

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS –
PPGCS

MERCOSUL

ANA ANGÉLICA MARTINS DA TRINDADE

COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE NO
MERCOSUL: ARGENTINA, BRASIL E URUGUAI



ANA ANGÉLICA MARTINS DA TRINDADE

COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE NO MERCOSUL: ARGENTINA, BRASIL E URUGUAI

Tese de doutorado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências Sociais do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia.

Orientadora: Professora Dra. Ruthy Nadia Laniado

Salvador

2015

Imagens Capa e Contra capa: Bandeira do Mercosul e representação cartográfica dos Estados Partes do Mercosul.

T833 Trindade, Ana Angélica Martins da
Cooperação internacional em saúde no Mercosul: Argentina, Brasil
e Uruguai / Ana Angélica Martins da Trindade. – 2015.
379 f.: 43 il.

Orientadora: Profa. Dra. Ruthy Nadia Laniado.
Tese (doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Faculdade de
Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2015.

1. Cooperação Internacional. 2. Saúde. 3. Regionalismo. 4.
Justiça Social. 5. Política Pública. I. Laniado, Ruthy Nadia. II.
Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências
Humanas. III. Título.

CDD: 362.10981


ANA ANGELICA MARTINS DA TRINDADE

COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE NO MERCOSUL: ARGENTINA, BRASIL E URUGUAI

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Ciências Sociais, com área de concentração em Ciências Sociais, e, aprovada em 14 de abril de 2015, pela Comissão formada pelos professores:



Prof(a). Carmen Fontes Teixeira (UFBA)
Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia



Prof(a). Lorene Louise da Silva Pinto (UFBA)
Doutora em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia



Prof(a). Antonio Eduardo Alves de Oliveira (UFRB)
Doutor em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia



Prof(a). Anete Brito Leal Ivo (UFBA)
Doutora em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco



Prof(a). Ruthy Nadia Laniado (UFBA)
Doutora em Government Studies pela University of Essex

Dedico este trabalho acadêmico aos meus filhos, Maria Luíza e Marcus Vinícius; aos meus pais Edna e Humberto Trindade (em memória), em especial, a meu pai, médico sanitarista, ensinou-me o valor da saúde pública.

AGRADECIMENTOS

Expresso meus sinceros agradecimentos às pessoas que marcaram a jornada de realização deste trabalho:

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (PPGCS) pela oportunidade de desenvolver e concluir este estudo. Agradeço ao Professor Dr. Clóvis Zimmerman pela sua contínua compreensão às demandas de conciliar a realização da tese com meu período docente probatório como professora recém ingressa na UFBA. Agradeço à Dôra Alencar e Alberto pelo apoio sempre recebido;

Aos professores do PPGCS e aos meus colegas do curso de doutorado pela convivência e pelos aprendizados proporcionados;

À Professora Dra. Ruthy Nadia Laniado, minha orientadora, pelos ensinamentos, tanto através de elogios, quanto de críticas que me permitiram o amadurecimento como cidadã e pesquisadora; e, tornaram possível a elaboração da tese;

À CAPES pela concessão de uma bolsa de estudo em parte do curso de doutorado até meu ingresso na Universidade como docente, incentivo esse fundamental para meu aperfeiçoamento em pesquisa;

À FAPESB que me proporcionou o trabalho de campo para a realização de entrevistas e pesquisas em Montevideu;

Às Professoras: Dra. Anete Ivo e Dra. Carmen Teixeira pelas contribuições críticas quando da Banca de Qualificação;

Aos meus colegas do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS/UFBA), do qual tenho muito orgulho em fazer parte, Ronaldo Jacobina, Paulo Pena, Sumaia Boaventura, Lauro Porto e, especialmente, à Mônica Angelim, que se mantiveram solidários, amigos a todo momento e, assim como eu, acreditam e trabalham pela ressignificação da saúde pública;

Aos participantes do estudo que contribuíram com suas percepções em torno do tema e cederam parte do seu tempo para refletir sobre questões que interessam a todos nós, sul-americanos. Agradeço de modo especial à Andrés Coitiño e à Tânia Cavalcante.

À minha querida irmã, Fátima Trindade, que é um exemplo de mulher para mim e foi incansável ao meu lado a todo momento;

À Nelson Siqueira, agradeço de modo especial, pelo companheirismo e pelo apoio em longas jornadas de elaboração do texto e por me incentivar a continuar seguindo meus sonhos;

Ao meu neto, Gabriel, que com sua chegada e presença renovou esperanças e a vontade de lutar por um mundo mais justo;

Aos meus filhos, Maria Luíza e Marcus Vinícius de quem tomei muito tempo para realizar este trabalho;

À Rosa e à Marilda Trindade por admirá-las e pelos incentivos constantes;

À Márcia Cristina Ribeiro, minha amiga, pelo convívio e pela paciência.

Aos alunos, orientandos, especialmente, aos bolsistas, Laisa Caldas, Lorena do Rosário e Marcel Oliveira;

*Salgo a caminar
Por la cintura cósmica del sur
Piso en la región
Más vegetal del tiempo y de la luz
Siento al caminar
Toda la piel de América en mi piel
Y anda en mi sangre un río
Que libera en mi voz
Su caudal.*

*Sol de alto Perú
Rostro Bolivia, estaño y soledad
Un verde Brasil besa a mi Chile
Cobre y mineral
Subo desde el sur
Hacia la entraña América y total
Pura raíz de un grito
Destinado a crecer
Y a estallar.*

*Todas las voces, todas
Todas las manos, todas
Toda la sangre puede
Ser canción en el viento.*

*¡Canta conmigo, canta
Hermano americano
Libera tu esperanza
Con un grito en la voz!*

Canción con todos

Mercedes Sosa

RESUMO

A cooperação internacional é relevante para políticas regionais de desenvolvimento e integração, como forma de contrabalancear as consequências da globalização econômica. Propõe-se analisar as diretrizes e os rumos da cooperação internacional, no sentido de implementar políticas convergentes de saúde para o desenvolvimento regional de países partes do Mercado Comum do Sul (Mercosul): Argentina, Brasil e Uruguai. A fundamentação teórica do estudo baseou-se no reconhecimento, nas modernas teorias da justiça social, além de serem utilizados debates sobre conceitos oriundos das relações internacionais, das políticas públicas e dos determinantes sociais da saúde. O objetivo principal do trabalho é discutir, por um lado, o que constitui a cooperação internacional para valorização de um bem público, a saúde, que se viabiliza nacionalmente; e, por outro lado, porque essa cooperação pode contribuir para melhorar a integração regional entre países. Foram consideradas quatro iniciativas de cooperação em saúde no sentido Sul-Sul: o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), o Programa de Ação Mercosul Livre de Febre Aftosa (PAMA), o Observatório Mercosul de Sistemas de Saúde (OMSS) e a Convenção Quadro de Controle do Tabaco (CQCT). A análise do tema sugere que a cooperação tem progredido no Mercosul em termos de iniciativas, tais como: (i) a institucionalização do direito regional à saúde; e (ii) proposições de governabilidade regional em saúde com exercício de convergência política e, a longo prazo, promoção de justiça social nos países estudados.

Palavras-chave: Cooperação Internacional. Saúde Global. Regionalismo. Justiça Social. Políticas Públicas.

ABSTRACT

The international cooperation is important for regional development and integration policies, as a way to offset the consequences of economic globalization. It is proposed the analysis of guidelines and the course of international cooperation, to implement convergent health policies for regional development of countries integrating MERCOSUR (Southern Common Market): Argentina, Brazil and Uruguay. The theoretical basis for the study was based on the recognition, the modern theories of social justice, besides being utilized debates on concepts coming from international relations, public policy and social determinants of health. The main objective is to discuss, on one hand, what is international cooperation for the valorization of a public good, the health, which becomes enabled nationally; and, on the other hand, why such cooperation can contribute to improve regional integration among countries. Four health cooperation initiatives were considered in South-South direction: the International Health Regulations (IHR), the Program of Action Mercosur Free of FMD (PAMA), the Centre Mercosur Health Systems (OMSS) and the Framework Convention of Tobacco Control (FCTC). The analysis of the subject suggests that cooperation has progressed in Mercosur in terms of initiatives, such as: (i) the institutionalization of regional right to health; and (ii) regional governance proposals on health care policy with the exercise of political convergence, and in the long run, the promotion of social justice in the countries studied.

Keywords: International Cooperation. Global Health. Regionalism. Social justice. Public Policy.

Lista de figuras

Figura 1 - Fluxo de constituição das normas Mercosul	159
Figura 2 - Organização do subgrupo de trabalho SGT N° 11.....	185
Figura 3 - Reunión de los Ministros de Salud del Mercosur	188
Figura 4 - A conformação do Seguro Nacional de Saúde no Uruguai.....	252
Figura 5 - Adaptação do instrumento de decisão do RSI 2005	282
Figura 6 - Mapa de focos de febre aftosa 1998 a 2007	301
Figura 7 - Mapa de zonas de alta vigilância	302
Figura 8 - Status sanitário das regiões na Argentina.....	304
Figura 9 - Status sanitário das regiões no Brasil.....	305

Lista de gráficos

Gráfico 1 - Acordos RMS por ano	191
Gráfico 2 - Temas de Acordos RMS 2005 - 2011.....	193
Gráfico 3 - A influência de organismos internacionais nas políticas de saúde	200
Gráfico 4 - Desigualdade em desenvolvimento humano na Argentina, 1996 – 2011	225
Gráfico 5 - Índice de desenvolvimento humano - comparativo - 2014.....	261
Gráfico 6 - Medidas de desigualdades	263
Gráfico 7 - Mortalidade infantil comparada.....	265
Gráfico 8 - PIB comparado.....	267
Gráfico 9 - Gastos em saúde.....	269
Gráfico 10 - RSI nos acordos da RMS - 2005 a 2011	287
Gráfico 11 - DSS determinantes sociais em saúde - 2005 - 2011.....	312
Gráfico 12 - O CQCT na pauta das Reuniões da RMS - 2005 - 2011.....	320
Gráfico 13 - Prevalência de fumantes	326
Gráfico 14 - Evolução dos acordos da RMS.....	331
Gráfico 15 - Cooperação entre os governos do Brasil, Argentina e Uruguai	333
Gráfico 16 - Influências e perfis.....	335

Lista de quadros

Quadro 1 - Conferências das Nações Unidas na década de 90.....	72
Quadro 2 - Características da saúde global, internacional e saúde pública .	76
Quadro 3 - Tipologia de integração regional	86
Quadro 4 - Mercosul as diferentes fases.....	153
Quadro 5 - Instâncias representativas da agenda social do Mercosul	178
Quadro 6 - O significado da integração social: SGT N° 11 "SAÚDE"	186
Quadro 7 - Resumo esquemático do sistema de saúde argentino.....	222
Quadro 8 - Formulação de políticas e participação no processo social no Brasil	236
Quadro 9 - Combate à violência doméstica no Brasil, por ano	240
Quadro 10 - Acordos relacionados ao RSI/controlado sanitário.....	289
Quadro 11- Acordos relacionados as DSS – 2005 a 2011	314
Quadro 12 - Acordos relacionados ao CQCT - 2005 a 2011.....	321

Lista de tabelas

Tabela 1 - Incidência da pobreza e da indigência na América Latina - 1980 - 2006	62
Tabela 2 - Evolução quantitativa das atividades-fim do Mercosul na área de saúde 2003-2010.....	182
Tabela 3 - Resumo dos documentos da RMS	286
Tabela 4 - Capacidades Essenciais Pontuação Média (%) por sub-região: (2010 a 2012)	292
Tabela 5 - Volume de exportações em milhares de ton.	307
Tabela 6 - Consumo per capita anual em kg.....	307

Sumário

Considerações iniciais	18
Introdução: o tema proposto	18
As escolhas teóricas	22
Justificativas para as escolhas do estudo	22
A escolha do Mercosul e dos acordos de integração em saúde	25
Objetivos gerais e específicos.....	29
Questões metodológicas do estudo	30
Quanto às entrevistas	34
Sobre os documentos da Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul (RMS)...	35
As viagens ao campo de estudo	36
Estrutura da tese.....	36
Capítulo 1- Globalização, regionalismo e cooperação internacional	38
1.1 A trajetória histórica da cooperação internacional.....	38
1.2 Abordagens teóricas das relações internacionais e a cooperação.....	41
1.3 A Cooperação Internacional em Saúde.....	49
1.4 O cenário mundial da cooperação internacional: tempos de globalização e política Internacional no Século XXI	51
1.5 As diretrizes do neoliberalismo e a fragilização das políticas públicas.....	60
1.6 Globalização e saúde: uma complexa relação	67
1.7 A América do Sul no contexto global: a dialética do regionalismo	78
1.8 Considerações sobre integração regional	82
1.9 Modelos políticos de cooperação internacional.....	89
1.10 Cooperação SUL-SUL: propostas de desenvolvimento e integração.....	95
Capítulo 2: Reconhecimento, direitos humanos e políticas públicas: a saúde como questão social	101
2.1 O reconhecimento na era pós-socialista	101
2.2 A centralidade da justiça social para a ampliação dos direitos humanos	107

2.3 Regimes de bem-estar social e a saúde	112
2.4 A proteção social e o paradigma do estado social	115
2.5 Considerações sobre políticas públicas e sociais	122
2.6 Direitos humanos em saúde: os avanços em âmbito transnacional.....	125
2.7 A saúde em seu sentido social.....	129
2.8 Saúde social, coletiva e pública	132
2.9 Os determinantes sociais da saúde	139
2.10 Governança global em saúde	141

Capítulo 3: Mercosul: a comunidade política regional e a questão da saúde
..... 148

3.1 Mercosul, um pouco de história	150
3.2 A estrutura institucional do Mercosul.....	153
3.3 Políticas supranacionais e readequação institucional para a integração regional	157
3.4 As liberdades conquistadas pelo Mercosul	160
3.5 Livre circulação de pessoas, profissionais e serviços – o reconhecimento dos direitos em âmbito regional	162
3.6 Os marcos políticos do Mercosul	167
3.7 A visão dos governos da Argentina, Brasil e Uruguai sobre o Mercosul segundo fontes oficiais.....	170
3.8 Mercosul Social, políticas públicas integradas e intersetoriais.....	173
3.9 A construção da política regional de saúde no Mercosul	180
3.10 Agenda regional de saúde da RMS.....	189
3.11 As influências internacionais recebidas pelas políticas de saúde	195
3.12 A integração na visão de gestores e pesquisadores da saúde	201

Capítulo 4: Países do Mercosul: desenvolvimento social, bem-estar e políticas de saúde
..... 205

4.1 O contexto social da saúde na Argentina.....	209
4.2 O contexto social da saúde no Brasil	228
4.3 O contexto social da saúde no Uruguai.....	245
4.4 Interação e diálogo sobre saúde entre Argentina, Brasil e Uruguai	259

Capítulo 5: As experiências bem-sucedidas dos fóruns em saúde no Mercosul: cooperação internacional e as iniciativas supranacionais..	274
5.1 O Regulamento Sanitário Internacional (RSI): saúde e mobilidade populacional.....	277
5.2 O Programa de Ação Mercosul Livre de Febre Aftosa (PAMA) para a produção rural na Argentina, Brasil e Uruguai	298
5.3 O Observatório Mercosul de Sistemas de Saúde (OMSS) e a integração política.....	309
5.4 A Convenção Quadro de Controle do Tabaco (CQCT) e as perspectivas de mudança de comportamento	316
5.5 Cooperação internacional em saúde no Mercosul	328
Considerações Finais	341
Referências	351
Anexos	368
Anexo 1 – Roteiro de entrevistas (português)	369
Anexo 1.1 - Roteiro de entrevistas (espanhol)	370
Anexo 2 – Quadro de entrevistados	371
Anexo 3 – Estrutura institucional do Mercosul.....	372
Anexo 4 – Relação geral de documentos do RMS.....	373

Considerações iniciais

Introdução: o tema proposto

O estudo em tela contempla um tema atual e constante nas Ciências Sociais, qual seja, a importância da saúde e da justiça social na democracia. São apresentadas reflexões teóricas, analíticas e sócio-históricas em torno dos esforços das sociedades contemporâneas – neste caso, Argentina, Brasil e Uruguai, economias emergentes e países periféricos na ordem mundial –, para equilibrar desafios globais e necessidades locais, em busca do seu desenvolvimento. Contempla-se a saúde como uma questão de política pública situada em um universo de dificuldades e necessária para estabelecer, de fato, condições de acesso universal e igualitário, visando ao bem-estar e à qualidade de vida, como forma de garantir a cidadania e de atender as demandas de expressivas parcelas das populações sul-americanas.

O foco central deste estudo é a política de cooperação internacional em saúde pública, uma vez que a mesma pode ser considerada uma política de integração com possibilidades de ampliar a justiça social e a democracia. A política externa de cooperação entre países é, ainda, relevante por repercutir nos processos políticos internos e na estruturação dos sistemas de saúde (neste caso, da Argentina, Brasil e Uruguai) voltados para ações e prestação de serviços nesse setor. Ao estudar a política de cooperação internacional, ressalta-se a relação entre as políticas externas e internas e os processos para a concretização da condição de cidadania universal, por meio de políticas públicas sociais, em termos do acesso aos serviços de saúde públicos. São também abordados os direitos fundamentais assegurados regionalmente, para estimular a mobilidade das pessoas e dos bens na região.

A cooperação internacional em saúde é analisada, neste trabalho, em termos teóricos e práticos, com enfoque na experiência de integração que envolve três importantes países membros do Mercado Comum do Sul (Mercosul), Argentina, Brasil e Uruguai, para a implementação de políticas de ampliação da saúde, no âmbito das diretrizes globais. Isso implica afirmar que se consideraram as repercussões nacionais de processos regionais em relação

às políticas e, conseqüentemente, aos sistemas de saúde pública nos países estudados. A integração de políticas de saúde envolve política externa e instituições supranacionais, por um lado, e a defesa dos interesses nacionais de desenvolvimento e soberania nacional, por outro. Isto ocorre em um contexto de expansão da assistência à saúde privada. O estudo considerou políticas e ações vinculadas aos acordos de cooperação internacional, bem como os novos sentidos da cooperação, ao envolver múltiplos atores com componentes e interesses diversos, até mesmo contraditórios, para alcançar expectativas comuns em escala local, nacional e regional, em um contexto mundial (PINO, 2007).

Ao estudar políticas de cooperação internacional no âmbito do Mercosul, destacam-se significativas reformas institucionais e mudanças democráticas, ocorridas nos últimos 30 anos na América do Sul, tanto em relação a atores e ao funcionamento do sistema político nacionais, quanto em termos de novos paradigmas políticos que emergiram, tais como solidariedade internacional, saúde global, supranacionalidade, soberania, a construção institucional da democracia, assim como desenvolvimento e justiça social. As análises apresentadas privilegiam as conseqüências das influências internacionais, em sub-regiões, em termos de universalidade e equidade dos sistemas públicos de saúde sul-americanos¹. Compreende-se que a existência de iniciativas de

¹O Ministério da Saúde no Brasil lançou, em março de 2012, o IDSUS (Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde), formado por 24 indicadores de saúde, sendo 14 de acesso ao serviço e 10 para medir a efetividade do atendimento recebido, cobertura vacinal e proporção de cura de algumas doenças, tendo variação de 0 a 10. O Brasil obteve nota 5,47 em relação ao acesso de usuários e à qualidade do atendimento do SUS no país. Segundo os estudiosos da temática, é a primeira vez que se propõe um índice para avaliar o desempenho da rede pública no país. A análise feita pelo governo demonstra que, de uma forma geral, o elemento que representou a baixa nota do país foi o acesso ao SUS e, ainda, o acesso a serviços especializados (NUBLAT, 2012). Na Argentina, os centros de saúde públicos de Buenos Aires, cidade que tem o menor número de pessoas sem planos privados, atendiam, em 2006, 1,5 milhão de pacientes a mais do que em 2002. Quase 20 milhões de argentinos, 55% da população, não têm planos de saúde privados. Na década de 90, ocorreram importantes mudanças na cobertura provida pelo setor saúde. Em 1997, cerca de 62,3% da população tinham algum tipo de cobertura da chamada medicina pré-paga. Em 2001, esse número caiu para 56,9% da população. Como conseqüência, a população dependente da cobertura do setor público passou de 37,7% para 43,2% em 2001 (JUNIOR; SILVA; DAIN, 2006). Já no Uruguai, o sistema de saúde é considerado seguro, misto e regulado, financiado por meio de um fundo nacional único e obrigatório que conta, ainda, com contribuições segundo a capacidade salarial. A cobertura igualitária varia de acordo com as necessidades; o cidadão tem um leque de opções disponível por meio de um formulário único, com todos os procedimentos e medicamentos igualmente para público e privado. Porém, a acessibilidade é considerada como um dos maiores desafios em termos de políticas de saúde no país. O setor privado disponibiliza certos serviços, como exames e medicações

governança global em saúde é capaz de contribuir para a integração intrarregional a partir da cooperação internacional no setor, com vistas a atingir interesses recíprocos de promoção da saúde (VALLONE, 2010).

Assim, o estudo em questão evidencia a política de cooperação internacional em saúde e as relações estabelecidas entre os governos dos países aqui estudados (Argentina, Brasil e Uruguai) e agências multilaterais (Organização Mundial de Saúde – OMS e Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS). São atores definidos conforme a influência que exercem na ampliação da justiça social em relação às políticas públicas de saúde, na região Sul da América Latina.

A política de cooperação internacional, na atualidade, apresenta novos sentidos, tanto globais quanto locais, e enquadra a análise deste estudo no período histórico de emergência das mudanças que levaram à redemocratização na região. O estudo compreendeu o período de 2005 a 2011. Em relação ao objeto empírico, a cooperação foi discutida a partir de experiências bem-sucedidas de integração em saúde do Mercosul. Foram avaliados documentos e relatórios referentes a programas de cooperação de caráter supranacional voltados à saúde, os quais corroboraram o papel político do Bloco para a definição de estratégias de harmonização e convergências regionais voltadas a uma nova perspectiva de desenvolvimento. Esta inclui decisões conjuntas a partir de um regionalismo que trata das consequências da questão social para o desenvolvimento.

As iniciativas de cooperação em saúde do Mercosul mostram a importância das relações de proximidade e confiança entre os países estudados e as agências internacionais de saúde, como com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Os acordos mais mencionados em documentos e entrevistas, e que serviram como estudos de casos de quatro experiências para esta pesquisa, foram os seguintes, em ordem cronológica e com destaque para os temas centrais das ações:

mediante pagamento adicional, e isso não ocorre no setor público que encontra dificuldades em cobrir todos os usuários, porque há uma enorme quantidade de pessoas no setor privado. Uma das principais metas do governo uruguaio é a de que, em 2016, 100% da população seja assegurada pelo sistema público de saúde. Porém, para alcançar a cobertura total, o próprio governo reconhece a necessidade de investir na formação política e técnica dos profissionais de saúde, além do fortalecimento do *Ministério de La Salud Pública Del Estado*. (JUNIOR; SILVA; DAIN, 2006; UBACH, 2012).

- i) Regulamento Sanitário Internacional (RSI), a versão mais atual é de 2005 e volta-se para a mobilidade dos cidadãos;
- ii) Programa de Ação Mercosul Livre de Febre Aftosa (PAMA), criado em 2005 para tratar da saúde animal e proteger a produção rural na região;
- iii) Observatório Mercosul de Sistemas de Saúde (OMSS), de 2008, tem a função de integrar os sistemas de saúde; e
- iv) Convenção Quadro de Controle do Tabaco (CQCT), articulada a partir de 2009, evidencia a importância da mudança comportamental para a saúde.

Desses acordos, foram destacados objetivos e resultados institucionais das propostas, em termos de implantação de uma política de saúde comum, com efeitos para a integração regional e os avanços nacionais para Argentina, Brasil e Uruguai.

Outra preocupação que conduziu este estudo foi a identificação de processos de negociações internacionais que aconteceram em uma das principais instâncias de saúde do Mercosul, a Reunião de Ministros da Saúde (RMS). Esse órgão foi privilegiado pelo caráter político de suas funções, pela atenção especial dada às diretrizes das políticas públicas e pela disponibilidade de documentos que oferece. Foram identificadas recomendações regionais para as políticas de saúde nacionais, a partir dos estudos dos documentos produzidos pela RMS, nos quais destacaram-se os seguintes fatores de análise: natureza dos acordos, temas mais frequentes, evolução das discussões e estratégias para adoção de medidas internacionais. Isso permitiu compreender as perspectivas dos avanços das negociações internacionais em termos de harmonização e uniformização das regras, no sentido destas se tornarem normas que se institucionalizam como direitos no Mercosul. Ademais, as medidas têm a capacidade de estruturar um sistema comum de proteção à saúde aos Estados Partes (EEPP) em questão, Brasil, Argentina e Uruguai.

As escolhas teóricas

Este estudo insere-se no campo da Sociologia das Relações Internacionais e da Sociologia da Saúde, tendo como eixos teórico-conceituais i) a cooperação internacional, ii) o reconhecimento dos direitos do cidadão, iii) a justiça social na democracia, iv) a saúde global; e v) os determinantes sociais da saúde.

Esses eixos permitiram entendimentos sobre os avanços, desafios e demandas atuais em saúde, acompanhados pelas reivindicações de lutas sociais que renovaram o próprio entendimento da saúde como direito humano e social, como uma questão de política que integra o nacional e o internacional como bem público. O reconhecimento das necessidades e condições da saúde reforça sua relevância para desenvolver e democratizar as sociedades (FRASER, 2000). Ou seja, neste trabalho, a saúde é compreendida como uma questão de direito e de distribuição que permite maior igualdade de condições providas pelo poder público. Esta é uma visão oposta ao entendimento do mercado que vê a saúde como um bem de consumo.

As questões centrais que orientaram a investigação destacam-se com as seguintes preocupações:

- a) É possível dizer que as políticas de cooperação em saúde, no âmbito do Mercosul, apontam tendências de governança regional que criam vínculos democráticos entre os países estudados, por meio da integração e do bem-estar social?
- b) As negociações políticas voltadas para a saúde no Mercosul e realizadas através da cooperação internacional permitem afirmar haver um modelo de proteção social regional?

Justificativas para as escolhas do estudo

Algumas importantes experiências de estudo e pesquisa anteriores sobre saúde e sociedade me despertaram o interesse em aprofundar o entendimento em torno da justiça social na democracia, e que evoluiu para a vontade de conhecer, em profundidade, a questão da cooperação internacional, no campo

da saúde, e sua relação com a democratização e a justiça. A primeira experiência surgiu durante o mestrado realizado no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (PPGCS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), concluído em 2001. Foi um momento importante de sistematização de teorias e práticas, frutos do trabalho que permitiu identificar formas alternativas de solidariedade para o enfrentamento das questões sociais, por meio do estudo de caso sobre a Organização de Auxílio Fraternal – OAF, em Salvador, uma organização não governamental de ação filantrópica moderna, voltada para a assistência à infância e juventude pobres (geralmente, crianças órfãs ou abandonadas). Essa experiência fez aumentar minhas inquietações quanto à grave situação social que, no caso da OAF, é caracterizada por privações agudas que sujeitam crianças e jovens à vulnerabilidade e exclusão social.

Foi possível, ainda, desenvolver reflexões sobre os efeitos da ação da sociedade civil e de entidades associativas baseadas na cooperação e no princípio da solidariedade em prol do bem público, no sentido de atender às demandas mínimas da população carente, ocupando espaços e funções que deveriam ser majoritariamente desempenhadas pelo Estado. Este, por meio de políticas públicas sociais, é capaz de enfrentar o caráter estrutural da pobreza e direcionar a ação estatal para soluções mais efetivas e duradouras. Das inquietações apontadas, resultou a dissertação de mestrado, denominada: “A filantropia moderna: autonomia e ação participativa – um estudo da Organização de Auxílio Fraternal – OAF”².

Ainda durante o curso de mestrado, mais um momento significativo de aproximação com o tema que envolve justiça social, direitos e igualdade distributiva foi a experiência como bolsista do PROCES – Programa de Capacitação para o Ensino Superior, com o ensino-aprendizagem da disciplina FCH 268 – Sociologia das Desigualdades Sociais³. Estudar os contrastes sociais existentes como expressão da desigualdade e pobreza estruturais e suas consequências na consolidação de instituições democráticas tornou-se uma

² Orientada pela Professora Dra. Ruthy Nadia Laniado, defendida no Programa de Pós-Graduação de Ciências Sociais da UFBA em 2001.

³ Sob a supervisão da Professora Dra. Ruthy Nadia Laniado, do Departamento de Sociologia do Curso de Ciências Sociais da UFBA (graduação).

vocação acadêmica, em busca de mais uma oportunidade para se consolidar entendimentos sobre temas relacionados à justiça social.

Outro fator fundamental, para aprimorar meus estudos e pesquisas sociais, foi o ingresso no curso de doutorado, novamente no PPGCS/UFBA, quando, a princípio, propus um estudo sobre a relação entre direitos, desigualdade social, o papel das agências internacionais, as políticas públicas e manifestações da sociedade civil. Após a conclusão do ciclo obrigatório de disciplinas teóricas no doutorado, veio, talvez, um dos mais significativos momentos da minha trajetória acadêmica e profissional, capaz de aproximar ainda mais a minha vontade de consolidar uma dedicação ao ensino com as pesquisas sociais. Com a minha aprovação no concurso público do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da Faculdade de Medicina da Bahia, como Professor Assistente I, percebi que o objeto de estudo no curso de doutorado deveria buscar uma aproximação entre a questão social, os direitos e a igualdade distributiva para as sociedades atuais, no âmbito da saúde.

No DMPS, novas oportunidades contribuíram com o avanço do estudo proposto para o curso de doutorado, como os vínculos com grupos de pesquisa que possibilitaram o aprofundamento teórico-metodológico dos aportes conceituais e temáticos deste trabalho, tal como com o projeto "Atenção integral à saúde do trabalhador: saúde, trabalho e funcionalidade", coordenado pela professora Dra. Mônica Angelim, e a proposta de estudo em parceria com o Laboratório de Análise em Política Mundial (LABMUNDO), intitulada "Brasil na cooperação Sul-Sul: América do Sul, África e BRICS", coordenado pela professora Dra. Elsa Kraychete. As orientações de alunos de iniciação científica e de trabalhos de conclusão de curso, no exercício da docência, permitiram-me o contato com olhares curiosos e com pontos de vista diferenciados sobre a temática, favoráveis ao aprofundamento da realidade.

O trabalho de pesquisa em tela, sobre a política de cooperação internacional em saúde no Mercosul, tem a finalidade de analisar os novos sentidos políticos das parcerias globais em relação às políticas de saúde. Esse novo sentido está relacionado a um momento de maior interdependência entre países no cenário internacional e à necessidade de mudanças políticas capazes de limitar o predomínio do mercado sobre o público, em relação ao social, e de

atenuar as injustiças sociais no mundo globalizado. Daí a precisão de compreender as consequências de estruturas políticas renovadas, no âmbito regional, para atender às demandas sociais.

Estudar a cooperação internacional em saúde, nesta tese, proporcionou-me entendimentos críticos sobre a intensificação das questões sociais, a partir das políticas neoliberais trazidas pela globalização, no que dizem respeito ao aumento da concentração de riqueza e renda e das desigualdades sociais, bem como à importância de se considerar a dinâmica política de uma democracia efetiva que consiga equilibrar justiça e igualdade.

A escolha do Mercosul e dos acordos de integração em saúde

A escolha das experiências de integração em saúde do Mercosul definiu-se em função do sentido global e central dado por esta entidade regional à saúde. Trata-se de uma entidade de referência para o continente sul-americano, em termos de diretrizes regionais inovadoras para políticas públicas em saúde. O Bloco estimula políticas de cooperação internacional, tendo como marco a integração regional e a consolidação de identidades sul-americanas, num mundo que sofre constantes fragmentações na política internacional, especialmente, desde o fim da Segunda Guerra Mundial (MAIOR, 2007).

Na modernidade avançada, vivem-se momentos de incerteza e de rupturas gerais, mas concretamente verificáveis em contextos socioeconômicos e em tempos de crise. Mudanças econômicas e políticas repercutem nas relações entre países e grupos sociais, reorientando modos de governança e de convivência, em especial, no que tange aos problemas sociais. A interdependência tornou-se constante nas relações internacionais, num contexto de globalização, assim como a política de cooperação tem intensificado a convergência de esforços para o enfrentamento de questões globais. Além do mais, as práticas de cooperação estimulam uma solidariedade de amplo escopo que extrapola o mundo da família, da amizade ou da vizinhança e que se instala no mundo da política mundial (VALLONE, 2010).

A cooperação consegue fazer convergir um universo heterogêneo de interações entre atores, desde os governamentais de diferentes localidades às

instituições privadas nacionais e internacionais que destinam suas atividades para o interesse coletivo e o bem público, na perspectiva de um desenvolvimento integral. Estudar a cooperação internacional requereu um aparato intelectual mais aberto, para poder lidar com um tema não só instigante, devido à sua atualidade, mas importante por sua contribuição ao enfrentamento das desigualdades e injustiças sociais existentes, a despeito do alto nível de desenvolvimento material das sociedades contemporâneas (FERNANDES, 1995).

No âmbito de um estudo que se propôs conjugar a Sociologia das Relações Internacionais e a Sociologia da Saúde, investigou-se uma iniciativa de integração regional inovadora que volta a sua ação para um projeto político de desenvolvimento social comum para os EEPP, com destaque para a saúde e para as práticas cooperativas. A cooperação estimula, ainda, o intercâmbio de conhecimentos e análises sistemáticas sobre os sistemas de saúde orientados por diretrizes de equidade e universalidade. Essa cooperação assumiu novos sentidos que remetem aos aspectos da cultura política sub-regional, seja em termos da atuação direta dos Estados, seja a partir da implementação de políticas públicas nacionais, seja, ainda, para elevar o nível de satisfação alcançado pelas políticas de saúde na região do Cone Sul.

Segundo Vallone (2010), a cooperação internacional tem sido uma frequente preocupação nos estudos de pensadores europeus, revelando, em especial, a retomada da interação entre países. A cooperação pode ser considerada um fenômeno recente, intensificado a partir do final da II Guerra Mundial, quando se caracterizava como uma política modesta, oscilante e sem uma estrutura institucional própria. No entanto, modificou-se ao longo do tempo. Nos anos 1950, era fundamentalmente técnica, já que se voltava para a ajuda a países em desenvolvimento. Nos anos 1970, novas estratégias para o desenvolvimento vieram à tona, voltadas para o enfrentamento de necessidades básicas. A partir dos anos 1990, a cooperação se redefiniu e passou a influenciar políticas públicas, além de promover novas concepções em torno dos problemas sociais.

O primeiro critério para a escolha das experiências cooperativas em saúde do Mercosul foi a natureza alternativa de suas propostas para tratar de questões essenciais, como a qualidade dos sistemas de saúde baseada em

respeito aos valores de dignidade (reconhecimento e direitos), equidade (direitos e justiça) e universalidade (democratização dos direitos).

O segundo critério que orientou a escolha do Mercosul-Saúde foi a perspectiva internacional contemporânea de integração, que engloba cooperação e desenvolvimento econômico aliado ao social. Tais elementos foram possibilitados com a consolidação da redemocratização dos países do Cone Sul, podendo-se almejar a harmonização de políticas públicas saudáveis, tão essenciais para Brasil, Argentina e Uruguai.

O terceiro critério de escolha das propostas e ações de saúde no Mercosul diz respeito às concepções de saúde que orientam suas ações e decisões. A saúde é entendida como uma questão política, tendo como elementos nucleares seu *status* legal como direito de cidadania, seus determinantes sociais e, ainda, seu papel para um desenvolvimento social mais integrado e distributivo (BUSS, 2000). Isso contribui para a redefinição dos entendimentos sobre bem-estar social na região (GOMES, 2008).

As iniciativas em políticas de saúde relacionam atores diversos, dos governamentais às agências financiadoras internacionais, buscando renovar a relação entre EEPP, principalmente entendendo suas políticas como parte dos direitos humanos e sociais que assistem ao cidadão, um direito provido como dever de todos, compartilhado com o Estado, independente de credo, etnia, idade ou posição social. A integração ocorre entre comunidades políticas nacionais para além dos interesses meramente comerciais, o que amplia o escopo do Mercado Comum e a aproximação entre os países da região (PINO, 2007).

Estudos sobre Teoria Social, a partir de autores como Miller (1998), Fraser (2002) e Dubet (2012), fundamentaram as análises sobre as novas bases da justiça social, assim como sobre as atuais estratégias e formas de políticas democráticas que norteiam a cooperação e as ações dos diversos agentes voltadas para um desenvolvimento social mais integrado. Elementos empíricos e pesquisa documental permitiram uma análise crítica da natureza da política de cooperação empreendida no âmbito do Mercosul-Saúde, o que significou a identificação de possibilidades de consolidação democráticas, em relação a um poder central hegemônico, baseadas nas práticas do diálogo, dos intercâmbios de informações e de serviços, bem como das negociações, constituídas de forma recíproca nas relações com outras nações.

O fortalecimento de práticas de cooperação internacional aponta para uma tendência a reestruturar ideais universais de cidadania e valorização da democracia como formas substantivas de participação e inclusão. O que implica em submeter o desenvolvimento social (em saúde) a critérios não-mercadoológicos, para garantir o acesso universal a uma assistência à saúde pública de qualidade, incluindo as condições sanitárias, e com serviços que combinem eficiência e equidade. Nesse sentido, o Mercosul-Saúde tem enfrentado questões sociais, como a iniquidade em saúde, com mais harmonização dos sistemas de saúde nos EEPP, maiores financiamentos destinados ao setor, por partes dos governos locais, assim como uma maior atenção aos indicadores de saúde da população da região. Identificaram-se ações que reúnem esforços internacionais, sub-regionais, nacionais e locais, com responsabilidades públicas estatais, inclusive, apoiando setores sociais em situações limites (GOMES, 2008).

Nas novas concepções de desenvolvimento em saúde, valorizam-se projetos que inter-relacionam diferentes áreas, como educação, redução da pobreza e das desigualdades sociais, emprego, entre outras. Dimensões éticas, políticas e sociais são consideradas e revelam que quanto maior o nível de acesso à educação, saneamento, água potável e segurança e de distribuição de renda, melhor será o padrão de saúde das populações sul-americanas (OPAS, 2012).

A cooperação internacional revelou a saúde como uma estratégia central das negociações que relacionam política nacional à política externa dos países. Isto é, a saúde global avançou a partir de ações intrarregionais, como indicam os acordos internacionais do Mercosul, os quais articulam estratégias de ação com vistas a ampliar a extensão da cobertura e a universalização dos serviços, uma melhor gestão para os recursos humanos e acesso a elementos essenciais, como medicamentos e vacinas. Este estudo apresenta, criticamente, as formas contemporâneas de cooperação internacional em saúde e as mudanças promovidas nas políticas públicas nacionais nesse setor, considerando os direitos sociais como direitos humanos. A construção de mecanismos institucionais e as garantias à participação da sociedade nos sistemas políticos regionais da América do Sul contribuem para corrigir as assimetrias regionais e para o fortalecimento democrático (OPAS, 2012).

Objetivos gerais e específicos

O primeiro objetivo geral da pesquisa foi estudar as políticas de saúde nacionais e as perspectivas de governança global nesse setor, em relação à justiça social, considerando a influência das práticas de cooperação internacional nas decisões supranacionais, bem como os diferentes atores das ações públicas relativas à questão social. Estados, agências internacionais e nacionais e organismos multilaterais estão inseridos nos processos políticos de formulação de políticas públicas específicas sobre saúde, influenciados (ou não) pelas ideias produzidas na comunidade internacional, tanto por parte das organizações, como a partir da ação coletiva. Tanto uma como outra compõem o espaço da política mundial hoje e influenciam em níveis nacionais e sub-regionais, como ocorre em países do Mercosul, a exemplo da Argentina, Brasil e Uruguai.

As análises críticas das políticas de cooperação de saúde que aproximam governos e sociedades, nos países indicados, mostram possibilidades de responder a demandas por justiça social e distributiva, bem como contribuem para o entendimento das novas questões políticas da atualidade.

O segundo objetivo geral que orientou a pesquisa foi o de desenvolver um estudo aprofundado sobre as políticas públicas de saúde como políticas de convergência para o desenvolvimento regional de países do Mercosul, levando em conta a cooperação internacional, em saúde pública, promovida pelo Bloco e que une países como a Argentina, Brasil e Uruguai, no período que se estende de 2005 a 2011.

Os objetivos específicos envolveram as seguintes questões de estudo:

- i. Identificar as diretrizes e ações da cooperação internacional em saúde e suas influências na política nacional dos três países, em termos de governança para a saúde e como recurso político para a implementação de direitos sociais e distributivistas, num contexto de globalização econômica e de prevalência de interesses neoliberais, dentro de um quadro regional.
- ii. Estudar as propostas e os resultados comuns e diferenciados das estratégias de viabilização das recomendações internacionais de

saúde na Argentina, no Brasil e no Uruguai, a partir das normas do Mercosul-Saúde que aparecem nos sistemas de saúde nacionais, como recurso de uma estratégia supranacional para a região, e que apresentem possibilidades de se tornarem direitos consagrados.

- iii. Identificar as influências mais relevantes, a partir das diretrizes do Mercosul em saúde pública nos três países, no período definido, bem como as contribuições dos projetos implementados – o Regulamento Sanitário Internacional (RSI); o Programa de Ação Mercosul Livre de Febre Aftosa (PAMA); o Observatório Mercosul de Sistemas de Saúde (OMSS); e a Convenção Quadro de Controle do Tabaco (CQCT) – para a consolidação da integração regional neste campo de ação.

O pressuposto da análise que norteou o estudo baseia-se no fato de que a ação regional concertada dos países melhora as condições de implementação de políticas públicas de saúde e traz avanços – universalização da saúde, políticas focadas (criança, mulher, índios etc.), viabilização de direitos – para as sociedades envolvidas. Entendeu-se que políticas públicas distributivas, por meio da cooperação em várias escalas (local, nacional, regional, internacional), e implementação de experiências que considerem os determinantes sociais da saúde contribuem, também, para um desenvolvimento mais democrático.

Questões metodológicas do estudo

A realização de uma pesquisa científica possibilita o desenvolvimento humano a partir do aprimoramento do conhecimento, com contribuições à consolidação de uma cidadania emancipatória, e tendo como base o compromisso construtivo. A expansão do conhecimento permite perceber a realidade social com perspectivas de compreensão lógica dos fenômenos, dos processos e das relações, tendo como fundamentos conceitos, métodos e técnicas. Pesquisar é estudar temas em profundidade e utilizar critérios científicos para avaliá-los, sendo fundamental a problematização de uma realidade (TEIXEIRA, 2010; MINAYO, 1994).

As Ciências Sociais buscam explicações para o social que se realiza de forma concreta e potencial. A pesquisa permite aos pesquisadores e pesquisados interagirem como agentes imersos em processos comuns de convivência, com perspectivas de abordagens de elementos objetivos e subjetivos presentes nas relações, ainda que de forma imperfeita e incompleta. Minayo (1999) destaca que, para compreender teórica e empiricamente uma preocupação de estudo, exige-se conhecer o fenômeno em profundidade através de exercícios prático-sensíveis. A autora destaca a indissociabilidade da teoria e da metodologia para a produção de conhecimentos, e alerta para a necessidade de se compreender, também, os aspectos subjetivos das relações sociais.

A presente pesquisa, no campo das Ciências Sociais, é um estudo qualitativo voltado para a compreensão da política de cooperação internacional em saúde, realizada no Mercosul, e que envolve Argentina, Brasil e Uruguai. Utilizaram-se, como fontes de pesquisa, a literatura da Sociologia das Relações Internacionais e da Sociologia da Saúde – livros, artigos, teses, dissertações, monografias – e estudos disponibilizados pelo Instituto Sul-Americano do Governo em Saúde e União de Nações Sul-Americanas (ISAGS/UNASUL) e pelo Observatório Mercosul de Sistemas de Saúde (OMSS). Outros documentos foram analisados, como relatórios do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e dos Ministérios da Saúde da Argentina, Brasil e Uruguai; documentos do Mercosul e da Reunião de Ministros da Saúde (RMS); e dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O estudo proporcionou uma aproximação à realidade social dos três países, com foco na questão da saúde. Argentina e Brasil foram escolhidos em função da liderança regional que exercem no Bloco, por se tratarem de dois países responsáveis pela origem da proposta de integração do Mercosul e por assumirem, hoje, papel político estratégico para o avanço da integração regional, a partir de diversas iniciativas. Também se destacam pela presença constante e atuante nos foros internacionais, especialmente, sobre saúde. O Uruguai se sobressai por ser o país sede do Mercosul e por ter alcançado, ao longo do tempo, a melhor condição de distribuição de recursos sociais básicos na região.

A primeira parte da pesquisa se deu com o estudo sobre o Mercosul, origem, mecanismos de funcionamento, diferentes fases, estrutura institucional, concepções de integração regional que norteiam planos de trabalho e ações, proposições e atores presentes. Para tanto, foram cumpridas as seguintes etapas:

- i) Consulta a documentos do Bloco, disponíveis no *site* do Mercosul e em *sites* dos governos dos países estudados, sendo boas as informações encontradas, porém insuficientes.
- ii) Análise de trabalhos científicos sobre o tema, para complementar a pouca quantidade de documentos oficiais encontrados e, principalmente, atualizados. Cito algumas referências utilizadas: Sato (2014), Queiroz e Giovanella (2011), Almeida (2008) Sánchez (2007) e Silva (2006).
- iii) Coleta de informações sobre o Bloco e sua estrutura institucional obtidas na sede do mesmo, especialmente, em documentos disponibilizados por gestores de órgãos visitados em dezembro de 2014.
- iv) Realização de entrevistas semiestruturadas com gestores do Bloco e com pesquisadores da área, em Buenos Aires, Salvador (Brasil) e Montevideú.

A segunda fase do estudo compõe um diagnóstico da política e dos sistemas de saúde da Argentina, do Brasil e do Uruguai. Inicialmente, sistematizou-se um conjunto de informações sobre a realidade demográfica e socioeconômica e sobre a saúde de cada país e suas populações, sendo organizadas as informações da seguinte forma: a) Condições de desenvolvimento dos países em torno da a1) geografia/demografia, a2) desenvolvimento social, e a3) acesso/qualidade dos serviços de saúde; e b) Estrutura política/institucional dos sistemas de saúde dos três países indicados.

Para a articulação dos dados acima, foram consultados os relatórios do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), da Organização Mundial da Saúde (OMS) /Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e do Mercosul; informações e documentos dos Ministérios da Saúde e das Relações

Exteriores dos três países estudados; dados do IBGE; e documentos do Mercosul.

O período de estudo dessa fase contemplou dez anos – de 2004 a 2014 –, definido de acordo com a retomada do poder político, na região, de líderes de centro-esquerda que incorporaram parte das demandas das lutas sociais em suas políticas públicas. Nesse período, houve, também, um redimensionamento do Mercosul, que se voltou para o equilíbrio entre o desenvolvimento econômico e o social, com um processo de institucionalização das questões sociais.

Para a análise específica dos sistemas de saúde nos três países, foram utilizados estudos do ISAGS/UNASUL, do OMSS, documentos da RMS/Mercosul, informações dos *sites* dos respectivos ministérios da saúde da Argentina, Brasil e Uruguai, e entrevistas semiestruturadas.

A terceira e última fase da pesquisa analisou quatro experiências bem sucedidas de cooperação internacional em saúde, no período de 2005 a 2011, caracterizando os objetos empíricos de análise que foram desenvolvidas e implementadas no Mercosul. Ademais, é o período em que foram localizados os documentos principais da RMS que serviram às análises das seguintes iniciativas de políticas solidárias:

- i) Regulamento Sanitário Internacional (RSI), a última versão do acordo é de 2005 e volta-se para a relação entre *saúde* e a *mobilidade populacional*;
- ii) Programa de Ação Mercosul Livre de Febre Aftosa (PAMA), surgiu em 2005 e enfoca a *saúde animal* essencial à típica *produção rural* dos países partes estudados;
- iii) Observatório Mercosul de Sistemas de Saúde (OMSS), acordo firmado em 2008 e que se centra na *integração dos sistemas de saúde*;
- iv) *Convenção* Quadro de Controle do Tabaco (CQCT), criada em 2009 na tentativa de abordar aspectos subjetivos da saúde relacionados à *mudança de hábitos*.

As experiências acima foram escolhidas, primeiro, porque utilizam a cooperação internacional para sua realização; segundo, devido ao caráter supranacional que assumem e; terceiro, porque foram mencionadas em muitas fontes consultadas, como textos, documentos e entrevistas semiestruturadas.

Tais experiências foram analisadas, considerando os seguintes aspectos: a) *Diretrizes criadas no Mercosul*, b) *Objetivos específicos dos programas*, e c) *Resultados nacionais* apresentados, como consequência das diretrizes adotadas, em termos de promover o reconhecimento de demandas sociais e justiça social.

Quanto às entrevistas

O estudo em questão se apoia em entrevistas semiestruturadas, organizadas a partir da identificação do informante e em três blocos temáticos: políticas em saúde no seu país, cooperação internacional em saúde e as políticas de saúde no Mercosul-Saúde, como pode ser observado no Anexo 1.

Foram selecionados para as entrevistas pesquisadores da área da Sociologia da Saúde ou da Sociologia das Relações Internacionais da Argentina, do Brasil e do Uruguai, e gestores do Mercosul, preferencialmente, aqueles relacionados à dimensão social do Bloco. As entrevistas ocorreram da seguinte forma:

- a) Trinta e uma (31) pessoas foram contatadas entre dezembro de 2012 e janeiro de 2013 e, em seguida, foram feitos mais três contatos, sendo o último em setembro de 2013. A seleção dos entrevistados ocorreu mediante a escolha de nomes que apareciam em documentos ou em textos acadêmicos. O contato com o entrevistado se deu por correio eletrônico, quando foram apresentados o estudo e a autora, e, em seguida, entregue o roteiro de entrevista;
- b) Do total de contatos arrolados, 11 (onze) responderam ao questionário via correio eletrônico, como demonstra quadro em Anexo 2;
- c) Duas (2) pessoas foram entrevistadas por telefone;

- d) Outras duas (2) responderam ao questionário via mensageiro instantâneo de comunicação com voz e vídeo, conhecido como Skype⁴;
- e) Oito (8) foram entrevistados pessoalmente.

Foi realizado um total de 19 (dezenove) entrevistas: 8 (oito) são pesquisadores vinculados a institutos de pesquisa ou a universidades; 2 (dois) são ou foram gestores do Mercosul; e 3 (três) são pesquisadores e gestores. Das entrevistas que não seguiram o roteiro, 6 (seis) informantes são gestores atuais do Bloco.

Ainda entre os entrevistados, dos 11 (onze) que responderam aos questionários, 4 (quatro) são argentinos, 6 (seis) são brasileiros e 6 (seis) uruguaios. E entre os entrevistados que não seguiram o roteiro pré-estabelecido, todos 6 (seis) são uruguaios.

Sobre os documentos da Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul (RMS)

Outra importante fonte de pesquisa para o estudo em tela foram os documentos da RMS. Diante da dificuldade de acesso aos documentos analisados do Bloco, 2 (dois) dos entrevistados enviaram pessoalmente arquivos com decretos, relatórios e atas; 1 (uma) entrevistada enviou decretos e relatórios sobre a Convenção Quadro de Controle do Tabaco (CQCT); outro, 1 (hum), informante enviou todo o material que foi produzido na RMS, no período de 2005 a 2011, quando foram localizados os documentos principais do órgão, a partir dos quais se deram as análises.

A partir dos documentos da RMS, montou-se uma base de dados com 101(cento e hum) acordos, 9 (nove) anexos, 2 (duas) declarações, 1 (hum) decreto e 2 (dois) memorandos, num total de 115 (cento e quinze) documentos.

⁴ Skype é um *software* que permite comunicação pela Internet, lançado em 2003 e, em 2011, vendido à Microsoft (SKYPE, 2015).

As viagens ao campo de estudo

Foram fundamentais, para a compreensão da realidade social e de saúde dos países do Mercosul, as viagens realizadas à Argentina e ao Uruguai. A primeira ocorreu em agosto de 2012, quando aconteceu uma visita e entrevista realizada no instituto de pesquisa sobre saúde sanitária em Buenos Aires, o *Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria*.

Em dezembro de 2014, aconteceu o mais esperado dos contatos, quando, em viagem ao Uruguai, fui visitar a sede do Mercosul para observar seu funcionamento e entrevistar pessoas da gestão geral do Bloco e, especificamente, de suas instâncias dedicadas à dimensão social e da saúde. Foram realizadas seis (6) entrevistas, com duração de 60 a 120 minutos, seguindo completa ou parcialmente o roteiro de perguntas pré-determinado⁵.

A pesquisa qualitativa permitiu integrar significados, concepções, aspirações, crenças e valores sobre os fatos, bem como a dimensão subjetiva das relações entre instâncias governamentais e não-governamentais, dos processos de integração e do fenômeno da cooperação, superando os limites das análises meramente quantitativas. A vivência dos sujeitos, suas experiências e suas representações oferecem perspectivas qualitativas à compreensão dos temas estudados e ocupam o centro de referência das análises e interpretações (CHIZZOTTI, 2001 *apud* ALMEIDA, 2008; MINAYO, 1994).

Estrutura da tese

O presente trabalho divide-se em cinco capítulos. O capítulo 1, intitulado "Globalização, regionalismo e cooperação internacional", trata das abordagens teóricas das relações internacionais em torno da cooperação internacional e das alterações operadas na sociedade a partir da expansão da globalização. Enfatizaram-se as repercussões de tal contexto global na América do Sul, sendo

⁵ Essa viagem e as entrevistas foram realizadas em conjunto com a professora orientadora deste estudo, Dra. Ruthy Nadia Laniado.

retomada a integração e a cooperação Sul-Sul na região com efeitos sobre a saúde.

O capítulo 2 apresenta como título "Reconhecimento, direitos humanos e políticas públicas: a saúde como questão social", e traz discussões em torno das teorias do reconhecimento e da justiça social no âmbito da democracia. Destacaram-se as perspectivas de regimes de bem-estar social e de democratização da saúde nas sociedades sul-americanas. A saúde é entendida a partir dos direitos humanos, tendo como alicerce avanços transnacionais, com base em seus determinantes sociais e na defesa de sua promoção.

Já o capítulo 3, intitulado "Mercosul: a comunidade política regional e a questão da saúde", apresenta o histórico das iniciativas de integração na América do Sul até a emergência do Mercosul. Em seguida, trataram-se das diferentes fases do Bloco até a atualidade, o mecanismo de funcionamento e as perspectivas de governança global em saúde.

O capítulo 4, "Países do Mercosul: desenvolvimento social, bem-estar e políticas de saúde", versa sobre a realidade social dos Estados Partes (EEPP) estudados, Argentina, Brasil e Uruguai, com ênfase na estruturação e nas reformas ocorridas nos sistemas de saúde nacionais.

O capítulo 5, "As experiências bem sucedidas dos fóruns em saúde no Mercosul: cooperação internacional e as iniciativas supranacionais", analisa quatro práticas cooperativas de caráter supranacional e com importantes repercussões regionais e nacionais, quais sejam: o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), o Programa de Ação Mercosul Livre de Febre Aftosa (PAMA), o Observatório Mercosul de Sistemas de Saúde (OMSS) e a Convenção Quadro de Controle do Tabaco (CQCT).

Por fim, as considerações finais indicam a centralidade da saúde nos acordos internacionais e a consolidação de um novo ator coletivo regional na América do Sul que contribui para diminuir rivalidades e aproximar afinidades em prol do desenvolvimento e do combate às assimetrias regionais.

Capítulo 1- Globalização, regionalismo e cooperação internacional

Os novos sentidos da cooperação internacional em saúde, construídos a partir de espaços regionais, e seus resultados para os países foram pensados, inicialmente, a partir das abordagens teóricas em torno das relações internacionais. Estas vão além dos Estados e permitem compreender a diversidade de atores, mecanismos de funcionamento e modos de ação internacional que ressignificam o sentido das relações entre diferentes mundos e propiciam a emergência de regionalismos. No contexto mais amplo das relações internacionais, destacaram-se referências conceituais e analíticas sobre o fenômeno da cooperação internacional, seus contornos atuais e os efeitos para os relacionamentos entre atores coletivos. A cooperação internacional se apresenta de uma forma diferente para os países emergentes que, hoje, ora são promotores ora receptores dos efeitos de políticas solidárias identificadas com as possibilidades de alteração de estruturas políticas de governança e de tomada de decisões em torno de temas sociais, como a saúde. Destacaram-se, portanto, as iniciativas cooperativas na direção Sul-Sul que focam a questão social da saúde no sentido global e indicam perspectivas de renovação política em termos de integração e coesão, como têm indicado as ações do Mercosul, especialmente.

1.1 A trajetória histórica da cooperação internacional

Até a eclosão da Primeira Guerra Mundial (1914-1918), a política internacional era entendida como tema de exclusividade da diplomacia⁶. Desde o tratado de Westfália⁷, o Estado e sua soberania eram considerados como os principais elementos constitutivos da ordem e das relações internacionais. Após

⁶ A diplomacia refere-se à condução das relações internacionais ou negócios de um determinado Estado ou organização internacional (VALLONE, 2010).

⁷ O Tratado de Westfália pôs fim à Guerra dos Trinta Anos. Foi assinado em 1648 e trouxe importantes mudanças para o sistema internacional, inaugurando o sistema westfaliano de estados (VALLONE, 2010).

a Segunda Guerra Mundial, outros atores das relações internacionais apresentaram-se às interações e, também, à cooperação no âmbito mundial. Os governos foram aos poucos se engajando em uma rede de instituições que passou a difundir normas de conduta e procedimentos técnicos, tendo a Organização das Nações Unidas (ONU), o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) como agentes internacionais centrais. Estes incentivaram a cooperação como uma das mais importantes formas de ação das políticas externas e nacionais (VALLONE, 2010).

A cooperação internacional participou intensamente do cenário internacional no período de 1944 e 1949, com a promoção da cooperação técnica que se voltou para a reconstrução da Europa; em seguida, tornou-se uma estratégia inserida na lógica do sistema de alianças estabelecida entre Estados Unidos e URSS, as duas grandes potências da época. Por volta dos anos 50, a prática da cooperação se expandiu pelo mundo, porém, pautada ainda nos princípios de ajuda, relacionando doadores e receptores passivos, visando apenas a remediar as consequências do subdesenvolvimento. As ajudas eram, então, de cunho paternalista.

Durante os anos 60, a cooperação entre países recebeu influência do paradigma da modernização; serviu, assim, para disseminar pelo mundo recursos humanos e tecnológicos capazes de favorecer o desenvolvimento. Mas, por volta de meados dos anos 60, o paradigma da modernização também passou a receber críticas dos movimentos de descolonização, das contribuições da teoria da dependência e dos países não alinhados do hemisfério Sul; o que exigiu repensar o sentido da cooperação internacional para o desenvolvimento. A partir dos anos 70, uma importante mudança marcou a trajetória da política de cooperação internacional, qual seja, a introdução da abordagem das Necessidades Humanas Básicas (NHB), quando se ressalta a importância dos aspectos humanos e sociais do desenvolvimento (ALMEIDA *et al.*, 2010; VALLONE, 2010).

Até meados da década de 1970, ainda no período da Guerra Fria, regiões periféricas recebiam ofertas de empréstimos dos organismos de crédito internacionais, acompanhadas por uma forte dependência, levando ao endividamento externo e prejudicando projetos de cooperação. A ONU, então,

difundiu o conceito de Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD) ou “cooperação horizontal”. Houve, assim, uma redução da forma tradicional de cooperação Norte-Sul, sendo construído o Plano de Ação de Buenos Aires (PABA), o qual definiu diretrizes para a ampliação da CTPD entre países do Sul. O intuito não era a CTPD substituir as cooperações bilaterais e multilaterais existentes, mas, sim, abrir novas opções para a política de cooperação (VALLONE, 2010; ALMEIDA *et al.*, 2010).

A CTPD introduziu um novo elemento à compreensão da cooperação com o princípio da “horizontalidade”, que se opunha às transferências unilaterais de “pacotes prontos”, tal como era a ajuda internacional⁸. Porém, já nos anos 90, a cooperação foi marcada pela ação dos programas neoliberais de ajustes estruturais, o que trouxe alguns retrocessos para o fenômeno, pois os alicerces da política neoliberal eram deficientes e o desenvolvimento fracassou em diversos aspectos. Assim, um novo paradigma de promoção do desenvolvimento foi pensado; uma série de conferências das Nações Unidas enfatizou preocupações sociais, ambientais e com os direitos humanos. Nos anos 2000, os avanços vieram dos países considerados em desenvolvimento, os quais formularam a cooperação de uma forma distinta, ou seja, ela deveria ser uma alternativa política às consequências danosas da globalização econômica (VALLONE, 2010; ALMEIDA *et al.*, 2010; MILANI, 2013).

As crises econômicas e a recessão mundial nos anos 80 trouxeram fortes impactos para os países do Sul devido à redução de recursos recebidos por meio de cooperação internacional. Os recursos disponíveis nos organismos da ONU, por exemplo, eram direcionados para países muito pobres, implicando na suspensão de investimentos para a América Latina. A partir de tal cenário, a cooperação Sul-Sul surge como alternativa para superar a crise mundial e retomar perspectivas de desenvolvimento regional.

⁸ Ajuda internacional e cooperação são duas formas, cada vez mais entendidas como distintas, como mencionado anteriormente, de ação externa. A primeira forma volta-se para a transferência unilateral de recursos financeiros, materiais ou humanos. Já a cooperação volta-se para o estabelecimento de interações entre diferentes atores, governamentais e não-governamentais, envolvendo projetos comuns, estruturados e com contrapartidas (VALLONE, 2010).

Nos anos 1990, as conferências da ONU defenderam a necessidade de considerar o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), formulado por Amartya Sen, e de propor mudanças na ajuda aos países mais pobres. A Conferência de Monterrey (2002) e a Declaração de Paris (2005) determinaram quais parâmetros humanos de desenvolvimento passariam a orientar a cooperação internacional. O cuidado com a saúde e sua relação com o desenvolvimento foi um fator que se destacou (ALMEIDA *et al.*, 2010).

1.2 Abordagens teóricas das relações internacionais e a cooperação

O estudo das relações internacionais e de seus elementos constitutivos não é recente e nem passageiro. Alguns estudiosos encontraram referências ao internacional na Grécia Antiga, como nas obras de Tucídides. As relações internacionais indicam um complexo de interações sociais capazes de distribuir poder, em especial político, em nível mundial. Recentemente, estudiosos produziram correntes de pensamento para compreender a dinâmica das relações internacionais ao longo do tempo (MACIEL, 2009).

Um dos paradigmas das relações internacionais é o realismo, que se subdivide em realismo clássico e neorealismo. Nessa corrente de pensamento, prevalecem considerações em torno da reconceituação contínua sobre Estado e sobrevivência, alianças, estado de natureza e poder.

A escola realista destacou reflexões de pensadores clássicos, a exemplo de Maquiavel e Hobbes. O primeiro se dedicou a análises sobre o mundo real das relações internacionais e da cooperação, com ênfase na capacidade do poder em estruturar relações desprovidas de qualquer caráter moral ou ético (MACIEL, 2009). Hobbes voltou-se ao conceito de estado de natureza, comparando-o a uma condição de anarquia no sistema internacional. Para o autor, se não houver um soberano para conduzir as relações no plano internacional, a anarquia se consolida como uma característica definitiva desse tipo de relação. Portanto, análises hobbesianas de cunho realista, em torno das relações internacionais, tratam, também, do sentido de cooperação na ordem mundial. Entendia-se cooperação como uma ferramenta de ampliação do poder dos Estados, com possibilidade ainda de equilíbrio de tal poder entre pares no

sistema internacional, além de remeter à ideia de alteridade⁹, sendo assegurados interesses comuns e específicos de cada Estado, respeitando-se princípios, como o de autonomia. A cooperação indicaria a possibilidade do estabelecimento de alianças internacionais em prol da ausência de guerras e do equilíbrio no sistema (AMORIM, 1994; MACIEL, 2009).

A junção das perspectivas de Maquiavel e Hobbes indica a essencialidade das alianças entre países em relação às práticas de cooperação, pois ambos os autores marcam a distinção entre a política interna do Estado, que prevê a ordem, e a anarquia internacional.

Para autores neorrealistas, as análises centram-se no sistema internacional, relacionando-o ao estado de natureza hobbesiano e à cooperação internacional, esta compreendida a partir da negociação em torno de necessidades essenciais à sobrevivência entre nações e à própria segurança estatal. As relações internacionais seriam definidas de acordo com a nação e a cooperação marcada pelo interesse estatal em manter seu poder e sua influência política, prestígio e vantagens. As políticas de cooperação são inseparáveis das relações de poder, o que muitas vezes esvazia considerações éticas (PINO, 2007; MACIEL, 2009; NOGUEIRA; MESSARI, 2005).

O enfoque grociano apresenta a dimensão internacional composta por interesses que podem ser negociáveis, e tem em Hugo Grócio seu principal representante. Esse autor defendeu a necessidade de a nação buscar o auxílio de outras e, a partir daí, de desenvolverem-se modelos de cooperação importantes para garantir a manutenção da paz (*apud* NOGUEIRA; MESSARI, 2005). Para a tradição grociana, o interesse de cada um não representa, necessariamente, o interesse de todos, sendo a paz um objetivo importante para que cada país possa garantir seus próprios interesses.

O modelo de cooperação proposto por Grócio (*apud* NOGUEIRA; MESSARI, 2005) foi o da “cooperação interessada”, sendo estabelecida dentro de uma sociedade de Estados. A dinâmica da cooperação torna-se importante por considerar conflitos e produzir interdependência e ordem, ainda que

⁹ A alteridade é uma concepção que indica como o homem social interage e interdepende do outro. Para a antropologia, a categoria alteridade significa a capacidade de conviver com o diferente. Significa que eu reconheço “o outro” também como sujeito de iguais direitos. É exatamente essa constatação das diferenças que gera a alteridade (THOMAZ, 1995).

imperfeitas, bem como contribui para a formação de uma sociedade internacional, por constituir sistemas de países que compartilham valores e interesses comuns. Com isso, Estados são centrais, mas mais importante é criar um sistema político mundial integrado por organizações internacionais e organizações não governamentais.

Merecem destaque, também, as considerações sobre as relações internacionais de Jean-Jacques Rousseau e Immanuel Kant. O primeiro defendeu a necessidade da unificação europeia para construir um ambiente pacífico de relações sociais. Segundo Rousseau (*apud* MACIEL, 2009), no âmbito das relações políticas internacionais, a instabilidade é inevitável, sendo necessário o estabelecimento do pacto social, capaz de garantir a liberdade civil e concretizar um regime político republicano. Essa ideia foi retomada de forma mais enfática no paradigma universalista kantiano das relações internacionais, o qual tratou a paz no seu sentido jurídico-político, partindo da relação entre estado de natureza e estado de sociedade.

Para Kant (*apud* NOGUEIRA; MESSARI, 2005), uma das principais características das relações internacionais é a imposição racional da solidariedade no agir estatal. Mais importante do que os conflitos entre Estados são os vínculos construídos em torno da identidade de interesses entre seres humanos. A proposição kantiana objetiva a construção da paz perpétua, pois a transformação da humanidade é prioritária; o estabelecimento de tal paz envolve todos os povos da terra (mesmo quando são inimigos) e se baseia em princípios legais e não em princípios filantrópicos (morais). A cooperação deve ter um caráter desinteressado. Porém, em releituras do paradigma kantiano, merece destaque o interesse comum em lugar da atuação desinteressada.

Kant (*apud* NOGUEIRA; MESSARI, 2005) acreditava que o estado de natureza do plano internacional teria uma maior possibilidade de desencadear convivências pacíficas, mesmo que o Leviatã não governasse, pois há uma tendência dos Estados de se aproximarem por interesses, sendo a paz imprescindível e a guerra irracional. O pacto internacional funcionaria na medida em que as repúblicas o compusessem, constituindo uma federação de povos livres. Cabe menção à defesa de Kant (*apud* NOGUEIRA; MESSARI, 2005) ao pacto federativo possível e não utópico, uma vez que sua natureza não seria de um tratado de paz, mas, sim, traria a possibilidade do fim dos conflitos e,

consequentemente, da paz permanente. Ou seja, o autor já indicava a importância da política de cooperação internacional para o equilíbrio das relações de poder entre Estados e para a defesa do valor do ser humano, que é absoluto, diferentemente do valor das coisas, que é relativo. A paz perpétua, por fim, derivará de elementos como estes.

Hoje, os estudos das perspectivas kantianas permitem perceber a cooperação como a tradução de consensos internacionais em torno de interesses comuns a toda a humanidade, o que parece mais apropriado do que tratar da cooperação desinteressada. A perspectiva universalista kantiana é sempre de grande relevância para se avaliar temas globais.

O realismo de Raymond Aron (2010) ressaltou abordagens históricas e sociológicas na compreensão das relações internacionais. Para o autor, há distinção entre sociedades nacionais e internacionais; as primeiras apresentam valores, leis e poder centralizado, enquanto que a sociedade internacional está mais variável a se apresentar como descentralizada. As relações internacionais definem um campo próprio de estudo que admite conceituações sobre as relações entre atores coletivos, os Estados, que tendem a usar a violência contra outros atores coletivos no âmbito internacional. Aron (2010) adverte que há uma hierarquia de posições entre atores estatais que leva à definição de fortes e fracos, o que, consequentemente, pode instaurar conflitos. Ou seja, a sociedade internacional convive com o risco eminente da guerra, apesar das iniciativas para manter a paz, como a Carta das Nações Unidas, um instrumento de reconhecimento da igualdade soberana entre Estados que procura estimular uma condição de vida mais harmônica.

O funcionamento do sistema internacional busca alcançar, de forma estratégica, o equilíbrio entre guerra e paz, sendo variável conforme a conduta dos atores políticos, as ideologias e a legitimidade política dos Estados, assumindo formas, bipolar ou pluripolar, homogênea ou heterogênea, consolidadas a partir da aproximação ou do distanciamento dos Estados. A relação entre dois atores estatais caracteriza-se como bipolar, porém, se a tomada de decisões envolver múltiplos atores, as relações definir-se-ão como pluripolar. Quando se organizam de forma homogênea, conseguem definir interesses comuns, há um reconhecimento recíproco e a solidariedade naturalmente se manifesta. Já os sistemas heterogêneos congregam Estados

compostos por princípios diferentes os quais podem gerar hostilidades e instabilidades que podem abalar a manutenção da paz. Para Aron (2010), o sistema internacional tende a se organizar de forma anárquica e pode decretar guerra geral a qualquer momento.

Muitos são os elementos que compõem as relações internacionais, como o interesse nacional; o comportamento dos atores, definidos por condições históricas; as decisões tomadas; as alianças pactuadas; a moral; a legitimidade; etc. Os atores coletivos procuram saber com que aparato de forças podem contar em caso de guerra, como as forças armadas, a população, os recursos econômicos etc. Como o risco de conflito é frequente, a sociedade internacional almeja a formação de organismos supranacionais para aproximar Estado e minimizar as rivalidades entre eles. Para Aron (2010), as relações diplomático-militares definem condições de guerra e paz, e as relações entre atores coletivos desencadeiam processos políticos, como a cooperação internacional. Esta pode ser guiada por interesses próprios, pela desconfiança ou luta pela sobrevivência por parte dos Estados, o que conduz a uma cooperação, muitas vezes, estabelecida de forma passageira e relativa (ARON, 2010).

O realismo nas relações internacionais, longe de acabar, revigorou-se ao longo do tempo com os autores neorrealistas que passaram a questionar a centralidade do papel do Estado nas relações internacionais, ressaltando a relevância de outros atores, como as organizações internacionais, organizações não governamentais, empresas multinacionais. Kenneth Waltz (1974), ao desenvolver sua teoria sistêmica das relações internacionais, afirma ser necessário considerar a relação entre agente e estrutura. A estrutura, por exemplo, orienta os agentes em relação ao que é aceitável e não aceitável. E como a anarquia é o elemento ordenador das relações internacionais, tratados e acordos de cooperação tornam-se essenciais para evitar a guerra (NOGUEIRA; MESSARI, 2005).

Para as análises neorrealistas, a cooperação é marcada pelo interesse estatal em manter seu poder e sua influência política, seu prestígio e vantagens. As políticas de cooperação são, portanto, inseparáveis das relações de poder, o que muitas vezes esvazia considerações éticas. Ou seja, segundo as análises das escolas realistas e neorrealistas, a atenção das relações internacionais

centra-se na natureza do ser humano e no interesse nacional (NOGUEIRA; MESSARI, 2005).

Estudiosos como Robert Keohane e Joseph Nye analisaram escolas realistas das relações internacionais, com destaque para o poder e a segurança nacional nas relações interestatais. A proposta dos autores lança um olhar mais amplo sobre a realidade internacional: as forças transnacionais. Para os autores, os Estados cooperam por serem egoístas, e não altruístas, apontando, ainda, para a crescente interdependência entre os entes estatais, o que deveria possibilitar o alcance da paz por meio da cooperação. Keohane e Nye (1977) criaram a Teoria da Interdependência para demonstrar que, nos regimes internacionais, há uma constante interdependência entre a política mundial e o comportamento dos Estados. Os regimes internacionais, portanto, tornam-se interdependentes para favorecer o controle das relações transnacionais e interestatais (KEOHANE; NYE, 1977).

Outro paradigma das relações internacionais é o liberalismo. Este se voltou, principalmente, para as relações entre indivíduos, sociedade e governo, no âmbito doméstico, sendo que alguns de seus pensadores dedicaram especial atenção aos problemas da sociedade internacional. Os liberais creem no progresso das relações internacionais que podem transformar os sistemas de Estados em uma ordem mais cooperativa e harmoniosa. Para a escola liberal, a cooperação poderia levar à formação de uma sociedade internacional regida por regras supranacionais de convivência, necessitando, para tanto, três condições: o livre-comércio, a democracia e as instituições internacionais. Todos os indivíduos deveriam ter obrigações em relação ao seu próprio Estado e, igualmente, em relação ao restante da humanidade, sendo importante definir como é possível conciliar as obrigações estatais com as que vinculam indivíduos a outros de diferentes nações (NOGUEIRA; MESSARI, 2005).

A corrente liberal sugere investimentos em organizações internacionais de caráter permanente, com a finalidade de promover a cooperação econômica, social e humanitária. Essa foi a ideia que estimulou a criação da Liga das Nações (1919), no sentido de ajudar no ordenamento do sistema internacional após a primeira guerra. Foi uma organização que nasceu com o intuito de manter a paz por meio de mecanismos jurídicos institucionalizados em convenções e

aplicados por órgãos também sob sua regulação, para todos os países associados (NOGUEIRA; MESSARI, 2005).

As críticas à visão liberal das relações internacionais são voltadas ao seu caráter simplista e por estar centrada no Estado, além de introduzir a expectativa de transformar o mundo numa aldeia global, apesar de afirmar que as forças transnacionais são distribuídas desigualmente. Para os críticos das teorias liberais, é necessário reconhecer o crescimento dos intercâmbios sociais e econômicos, as organizações internacionais, os movimentos sociais transnacionais e as corporações multinacionais que transformaram o mundo e flexibilizaram fronteiras, mostrando que o poder militar não é a alternativa viável para estabelecer relações equilibradas entre países (NOGUEIRA; MESSARI, 2005).

Contribuições importantes sobre as relações internacionais têm origem na tradição marxista. Esta analisa a história como um processo marcado por contradições e antagonismos associados à organização da produção material dos bens que garantem a reprodução das sociedades. Assim, o sistema capitalista deveria ser compreendido, antes de tudo, como uma formação histórica, e o sistema de Estados, como uma forma particular de organizar comunidades políticas atreladas à ideia de nação e ao princípio da territorialidade. Ao Estado caberia assegurar a estabilidade da ordem capitalista. O internacionalismo evidenciou o alcance global das lutas de classe ao organizar estratégias além das fronteiras, com a finalidade de estender revoluções democráticas. A cooperação internacional, segundo o enfoque marxista, é uma manifestação do imperialismo, e a ajuda externa, um meio de reproduzir padrões de desigualdade e injustiça herdados do período colonial. Assim, as reformas estruturais seriam prejudiciais aos países do Sul. A ajuda para o desenvolvimento representaria a dominação, e a cooperação seria um modo de “impor” estilos de vida ocidentais sobre diversos países que, em troca, receberiam ajudas com interesses reais de exploração (NOGUEIRA; MESSARI, 2005).

Por fim, há o enfoque neoliberal sobre a cooperação internacional. Milton Friedman (*apud* MACIEL, 2009) indica a cooperação como prejudicial para o desenvolvimento, sendo capaz apenas de garantir o livre mercado. A política de

cooperação para o desenvolvimento deveria garantir o livre fluxo de capitais e a liberalização dos acessos ao mercado mundial.

Portanto, ao se analisarem estudos sobre as relações internacionais, pode-se constatar que a cooperação internacional assume variados significados. Algumas abordagens são favoráveis e outras são mais críticas, considerando os efeitos e os resultados da cooperação em relação à reformulação dos modelos de governança mundial. Os liberais, por um lado, voltam seus argumentos para a capacidade racional de indivíduos e Estados que, por essa razão, cooperam, sendo a prática da cooperação econômica uma das mais expressiva política racional. Para os ultraliberais, a ajuda internacional retarda o desenvolvimento das nações e a auto-organização dos mercados, tendo como maiores beneficiários as elites governantes dos países receptores da ajuda.

Estudos relacionados à particularidade das relações políticas na América do Sul indicam uma maior influência das ideias da escola institucionalista ou neoinstitucionalista na construção de análises dos fenômenos internacionais que envolvem a região. Essa abordagem traz reflexões sobre os arranjos institucionais para a democracia, sendo indicada a necessidade de superar a visão reformista que dominou estudos sobre a realidade sul-americana. Análises sobre a criação de instituições e regras para facilitar o avanço do regionalismo e, conseqüentemente, do desenvolvimento têm como base convicções humanitárias. Ao cooperarem, os Estados assumem uma postura racional, oportunista e estratégica, e cada membro passa a buscar favorecer sua própria condição. Milani (2012) ressalta que nem todas as formas de cooperação são ingênuas, não se limitam a uma *justificação* política e podem constituir-se um fim em si mesmo, devendo ser destacados, também, os efeitos domésticos da cooperação.

A cooperação internacional realiza ações solidaristas na atualidade, voltadas para diferentes temas de caráter, especialmente, humanitário e de interesse global, com intuito de viabilizar o desenvolvimento humano. As parcerias globais harmonizam estratégias com vistas a definir um padrão de vida digno para todos os cidadãos e promover mudanças em estruturas de governança. No contexto global, merecem destaque as práticas cooperativas voltadas para a saúde, diante da centralidade do tema para as relações internacionais (BUSS; FERREIRA, 2010a).

1.3 A Cooperação Internacional em Saúde

Durante o século XIX, o aprimoramento da ciência sobre doenças infecciosas e avanços nas tecnologias de transporte e comunicação impulsionaram o surgimento da cooperação internacional em saúde. Ações e debates na comunidade internacional em torno da saúde como questão pública multiplicaram-se; conferências internacionais, tratados e organizações internacionais surgiram com o objetivo de fortalecer a cooperação internacional nesse setor.

Na Primeira Convocação Sanitária Internacional, em 1902, países expressaram a necessidade de uma cooperação capaz de resolver problemas de saúde nas Américas. Foi criado um Escritório Sanitário Internacional voltado para levantar informações sobre condições sanitárias de portos e territórios nacionais, para investigar casos de enfermidades contagiosas e proteger a saúde de cada país. Mais tarde, esse Escritório tornou-se a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (ALMEIDA *et al.*, 2010).

Desde a Carta das Nações Unidas ou Carta de São Francisco¹⁰, a comunidade internacional comprometeu-se com a melhoria da qualidade de vida dos povos por meio da cooperação internacional, entre outros mecanismos de ação. A Carta chegou a delegar ao Conselho Econômico e Social da ONU o enfrentamento de questões sanitárias, ou seja, já se conclamavam diferentes regiões para resolverem juntas as questões de saúde que afligiam as populações (RUBARTH, 1999).

Em 1948, outro fato importante foi a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), acompanhada pelo surgimento do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) que representou o primeiro conjunto de regras para o controle de doenças infecciosas. Tais iniciativas são um marco significativo para a cooperação internacional em saúde, na medida em que desencadeiam processos, regras e instituições que, aos poucos, formam uma perspectiva de governança global em saúde (ALMEIDA *et al.*, 2010).

¹⁰ Acordo estabelecido internacionalmente em 1945 e que depois da Segunda Guerra Mundial criou a ONU em substituição à Liga das Nações (RUBARTH, 1999).

A princípio, a cooperação internacional em saúde enfocava o desenvolvimento econômico. Por volta dos anos 70, o foco voltou-se para os incentivos acerca da construção de sistemas baseados na Atenção Primária à Saúde (APS). Já nos anos 80, com as duras crises econômicas e mudanças políticas consequentes, além da difusão de várias doenças por diversas regiões, como o HIV/Aids, os sistemas de saúde não conseguiram dar conta da demanda, em especial, dos países pobres.

As reformas neoliberais para o setor da saúde reduziram os gastos públicos, trouxeram privatizações e a desregulamentação do setor com ampliação do setor privado de assistência à saúde, intensificando problemas sociais. Como ressaltam Almeida *et al.* (2010), o acesso aos serviços de saúde ficou prejudicado por deixar de ser considerado um bem público. Isso repercutiu, também, em negligências para a saúde pública, como a prevenção e controle de doenças epidêmicas e transmissíveis. Por sua vez, a cooperação internacional voltou-se para intervenções tecnológicas e de medicamentos e equipamentos. A saúde, então, se tornou um bem de consumo e o indivíduo um cliente dentro de um mercado que negocia a saúde.

Paralelamente, e de forma contraposta, em 1984, a saúde é declarada como essencial pela Declaração Universal dos Direitos Humanos. A saúde recebe um reforço legal ao passar a ser reconhecida como fundamental para a dignidade e o respeito da dimensão humana dos seres sociais, desde que os indivíduos também assumam atitudes mais ativas e se engajem na busca por melhorias na condição de saúde pública (RUBARTH, 1999).

Nos anos 2000, novas iniciativas internacionais surgem contra o estado crítico da saúde das populações, entre elas, os Objetivos do Milênio (ODM), as Iniciativas Globais em Saúde (*Global Health Initiatives – GHIS*), a Comissão de Macroeconomia e Saúde (2001), a Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (2005) e a Declaração de Oslo (2007). Tais iniciativas diversificam recursos, atores e apoio político, porém, os resultados desses esforços ainda não atingem uma melhora de saúde para todas as populações do mundo, em especial as mais carentes (RUBARTH, 1999).

Com o reforço dos órgãos oficiais que tratam da política de cooperação internacional, como as Agências Governamentais de Cooperação, os Ministérios da Saúde, os Ministérios de Relações Exteriores, entre outros, o tema saúde

tornou-se constante nas negociações internacionais, regionais e nacionais, sendo frequentes acordos sobre saúde pública, em especial, referentes: ao combate de doenças crônicas, como a Aids; ao enfretamento do tabagismo, do alcoolismo e da obesidade; aos sistemas universais de saúde, vigilância ambiental e em saúde, vigilância epidemiológica, saúde mental, saúde indígena etc. No caso do combate a Aids, alguns projetos foram financiados na América Latina por meio da organização da assistência técnica e doação de medicamentos antirretrovirais (FIGUEIREDO; FONSECA, 2010).

Desde os anos 80, a cooperação desponta como uma forma de política internacional de solidariedade, afirmando-se na agenda da diplomacia de países em desenvolvimento, com destaque para a cooperação Sul-Sul que possibilita maior interação entre países que historicamente não tinham a tradição de aproximação, como Argentina, Brasil e Uruguai.

A cooperação internacional em saúde horizontalizou-se, estruturando-se com base em intercâmbios de experiências, aprendizado mútuo e compartilhamento de objetivos, resultados e responsabilidades, porém, os desafios ainda são complexos e necessitam de um enfretamento mais efetivo.

Neste estudo, foi abordada a relação entre cooperação e integração como aquela que constrói uma política internacional capaz de gerar a paz e o equilíbrio de poder, de fazer avançar os direitos políticos internacionais e de enfrentar situações de desigualdades profundas, como as da área de saúde. Esta relação deve, ainda, propiciar avanços na institucionalidade do controle do poder econômico do mercado sobre a sociedade (GONÇALVES, 2000).

1.4 O cenário mundial da cooperação internacional: tempos de globalização e política Internacional no século XXI

O cenário do século XXI propicia a emergência de novas formas de interação e negociação entre atores sociais nacionais, regionais e internacionais. A cooperação internacional tornou-se uma estratégia política, usada de forma mais intensa entre países, para tratar de questões que se tornaram globais diante de inquietações colocadas por grande parte da humanidade. Houve a intensificação da interdependência entre países, assim como são maiores as

condições de mobilidade de bens e pessoas ao redor do mundo; ou seja, a sociedade atual convive com alterações múltiplas e complexas que atingem diferentes escalas – local, regional e mundial. As relações intergovernamentais entre organizações e atores transnacionais são constantes, com repercussões para o encaminhamento de políticas referentes a demandas dos diferentes estratos sociais e povos.

Por um lado, o sistema capitalista de produção e acumulação flexível avança e promove progressos em termos de crescimento econômico, de revoluções tecnológicas e de formação de redes de informações. Por outro lado, essas mesmas mudanças dispõem de acesso desigual aos bens e serviços da modernidade, ampliando as desigualdades, ora materiais, ora simbólicas, com claros desafios à segurança na política internacional. Segundo Therborn (2000), a condição de desigualdade atual é global, apesar de pouco se considerar a plenitude do fenômeno. As desigualdades atingem tanto países pobres quanto ricos, gerando privações variadas a comunidades locais, grupos e classes sociais e às pessoas de um modo geral. Em outros termos, a realidade mundial atual intensifica condições desiguais de exercício das capacidades humanas, em especial de liberdades de ação em termos de acesso a padrões e oportunidades de vida. Frequentemente, as necessidades elementares das populações não são satisfeitas, e a superação de tais questões tornou-se prioridade para se chegar a padrões mais distributivos de desenvolvimento, como ressaltam Sen (2010) e Therborn (2000).

Giddens (2003) refere-se às divergências de entendimentos para explicar a atualidade. Alguns autores, como Ianni (2000) e Held (2001), se mantêm céticos ao analisarem a modernidade avançada, e defendem que não há nada de novo, que as mudanças ocorridas assemelham-se às de outras conjunturas do capitalismo. Existem, ainda, aqueles, como Sen (2010), que assumem uma postura mais radical e apontam para os novos efeitos positivos da atualidade, sentidos em toda parte do globo. Para Giddens (2003), revolucionário, no tempo atual, está relacionado à reação dos sujeitos e das nações acerca dos fenômenos globais, manifestada em qualquer parte do globo. Os fenômenos emergentes são de diversas ordens – política, econômica, tecnológica e cultural – e têm transformado, principalmente, as condições de comunicação, em que a informação circula em tempo real e chega a quase todo o planeta, com

repercussões sobre valores, ideologias e o ressurgimento de identidades. Neste sentido, Giddens (2003) entende que se vive em uma sociedade cosmopolita global.

Arendt (1981), também, buscou explicações para as mudanças da modernidade avançada, tendo centrado sua análise na política e na sua fragilização crescente causada pelo fundamentalismo econômico. Privilégios na participação política intensificam-se e conduzem a decisões sobre a vida coletiva com a interferência de poucos; há, ainda, o retraimento dos espaços e bens públicos, ou seja, o cenário é de intensificação de conflitos e tensões sociais com poucas alternativas viáveis de enfrentamento do mal estar e do caos social. Porém, a política ainda desponta como fonte de esperança, norteia-se por negociações, sendo ressignificada a partir da relação entre nações e da promoção de debates em novos espaços políticos, como os da ordem mundial, e em torno dos interesses coletivos (ARENDR, 1981).

Habermas (1987) refletiu sobre o cenário internacional do século XXI, revelando uma ordem política pós-nacional, na qual são pactuadas metas e estratégias, prioritariamente, econômico-financeiras para todo o mundo, cuja base ideológica é de cunho neoliberal. Cidadãos reduzem-se a consumidores, sendo as esferas públicas os espaços políticos de formação de resistência, tendo como base a interação dialógica. O diálogo gera normas para o “mundo da vida”¹¹ (HABERMAS, 1975 *apud* DOMINGUES, 1999, p 35), com capacidade de preservar princípios norteadores das interações e de articular o combate às injustiças sociais, complexificadas com a formação da economia mundial (HABERMAS, 1987).

Os dilemas causados pela modernidade são inúmeros. Castells (2006) enfatiza, entre estes, o esvaziamento das instituições e das organizações da sociedade civil. Os tempos capitalistas são de “trágica ironia” (CASTELLS, 2006,

¹¹ Habermas (1987) propôs um modelo dual de entendimento da sociedade capaz de dar conta da reprodução social, contendo tanto elementos materiais quanto simbólicos, e composto por um mundo sistêmico das instituições e pelo mundo da vida. O primeiro diz respeito às características funcionais do meio social; já o mundo da vida representa as formas de reprodução cultural, societária e pessoal repercutidas em normas consensualmente aceitas pelos participantes. O autor chamou atenção para como o mundo da vida pode preservar princípios universais importantes para os espaços públicos, sendo possível a integração entre instituições como família, sociedade civil, Estado e organizações não governamentais.

p. 418) e, contraditoriamente, instituições democráticas são constituídas ou reforçadas para a grande maioria dos países, porém, com poucas possibilidades de se efetivar a democratização da vida cotidiana. Criou-se um descompasso entre a realidade apreendida pelas categorias de análise das teorias sociais e a realidade vivida. Nas palavras do autor, as instituições democráticas representam “um sorriso de sarcasmo estampado na nova face da história” (CASTELLS, 2006, p. 418).

Para Castells (2006), a cultura merece atenção diante do enfraquecimento de identidades e subjetividades, estimulado pelo sistema de dominação que reforça posturas de egoísmo e hedonismo nas atitudes individuais, as quais são estratégicas para garantir a reprodução da ação dos mercados e das redes de tecnologia. As identidades são entendidas como o meio, a curto prazo, para se reverter o quadro de descrença na democracia.

Touraine (1994), assim como Castells (2006), aborda as mudanças atuais com foco em seus efeitos culturais; a ênfase é nas relações internacionais e no sentido da noção de sujeito. O momento atual representa uma fase do capitalismo na qual a acumulação não tem mais limites geográficos ou culturais; há uma separação entre a economia e as instituições sociais e políticas. As instituições financeiras passam a deter poder político e podem reproduzir muito mais coerção do que emancipação (TOURAINÉ, 1994; MULLER, 2012).

Ao retomar as ideias de Therborn (2000), percebe-se que, para compreender a sociedade atual, considerações conceituais em torno do avanço do fenômeno da globalização tornam-se imprescindíveis. Desde o final da Guerra Fria, e com a derrocada do socialismo na antiga União Soviética, o cenário geopolítico tem sido marcado pela intensificação do fenômeno multifacetado, multicontinental e controverso da globalização que alterou um número infinito de aspectos da vida social. De amplitude planetária, a globalização refere-se a uma pluralidade de processos sociais de intensidades variadas, sendo mais pertinente a utilização da expressão plural de globalizações. No sentido socioeconômico, essa nova ordem revelou a reorganização dos sistemas de produção, de tecnologia e comunicação, no final da década de 80, com vistas a favorecer a estruturação de um padrão de acumulação capaz de acelerar a liberalização do comércio internacional, a

abertura dos mercados e a desregulamentação das finanças, facilitando a sua expansão mundialmente.

Os processos de globalização ou mundialização introduziram, também, novos padrões técnicos de competição por oportunidades de mercado; os processos de crescimento econômico são reforçados seletivamente e dinamizados. As novas orientações trazidas pelo sistema econômico global alteram critérios de desempenho, competitividade, individualidade, eficiência e produtividade. Os discursos das agências de cooperação econômica e financeira revelam a hipervalorização do desempenho econômico, modificando as responsabilidades sociais do Estado em relação ao cidadão, com impactos diretos na vida democrática (MILANI, 2006).

As negociações políticas seguem as determinações econômicas e as forças do mercado, o que reduz (em alguns casos, até elimina) a influência dos espaços de deliberação nos quais se dá a participação popular. Com a internacionalização das relações econômicas, os controles centralizados nos Estados nacionais fragilizaram-se. Desenvolvem-se íntimas relações entre Estados e corporações multinacionais com perda de soberania¹² para os Estados, sobrepostas às exigências dos tratados comerciais internacionais. A interdependência econômica, tecnológica e de comunicação, característica da mundialização atual, enfraquece a ideia de soberania do Estado (MILANI, 2006; BADIE, 2000).

Historicamente, a soberania das nações também serviu, de um modo geral, para salvaguardar nações mais fracas contra a iniciativa dos poderosos. Foi conveniente durante a Guerra Fria, quando se formaram três “mundos”: 1) foi um importante elemento valorativo do mundo ocidental; 2) protegeu o mundo socialista das prováveis intrusões de outros sistemas; e 3) para o Terceiro Mundo, grande parte saído da descolonização, a soberania forneceu a possibilidade de emancipação e resistência em relação a atores políticos mais fortes. No entanto, no mundo Pós-Guerra Fria, o direito internacional assegurou os interesses dos Estados fortes; em outras palavras, as soberanias ficaram mais desiguais,

¹² De uma forma geral, o conceito clássico de soberania de Estado a define como o poder absoluto e centralizado de uma república sobre um território; ao Estado é concedido um poder ilimitado, independente de outras instâncias de poder para arbitrar sobre suas próprias leis e sua própria ordem interna e sua posição internacional. Não há uma responsabilidade direta com o acordo exterior (BADIE, 2000).

estabelecendo um enorme diferencial de poder divisor entre os Estados – os mais poderosos, os mais jovens e os mais pobres –, além de reforçar as condições de dependência entre países (BADIE, 2000).

Em contraposição a esta forma de soberania e ordem internacional, surgiram, segundo Badie (2000), construções solidaristas para favorecer o compartilhamento de esforços, valores e a exaltação dos bens, materiais e não materiais, comuns à humanidade, como, por exemplo, aqueles referentes ao meio ambiente, parecendo justificar a recusa da soberania e alicerçar a necessidade de uma gestão global. Os movimentos transnacionais e alterglobalistas são uma expressão desses novos valores que influenciam a política (BADIE, 2000).

Na era da liberalização e desregulamentação, promovidas pelo neoliberalismo, o fluxo de capital tornou-se ilimitado, assim como houve a fluidez de fronteiras e reformas nas relações entre Estado e mercado. Os atores internacionais se formam por meio de um número infinito de participação de diversas naturezas: intergovernamentais, não governamentais, estatais, não estatais, privadas, etc. Novas estruturas de poder, autoridade e governança global¹³ surgem para acelerar a globalização econômica, assim como se desenvolvem novos nexos entre os espaços local e global, e entre zonas de interações político-econômicas de diferentes escalas. Para que a economia mundial busque conquistar novos mercados e formar consumidores, cada vez mais precocemente, o sistema da economia global territorializa e reterritorializa localidades. Transformações territoriais e institucionais são exigidas para organizar o poder político-econômico mundial, e vários aspectos nas estruturas das soberanias nacionais são reconfigurados: negociações, jurisdição e formas de poder, legitimidade, sistemas de autoridade, dentre outros. Ademais, o comércio internacional faz prevalecer uma estrutura de justiça privada em mãos das empresas (IANNI, 1996; SASSEN, 2000).

Sassen (2000) afirma que há uma nova geografia de poder baseada na ascendência de um regime econômico legal e transnacional de governo,

¹³ As tendências políticas neoliberais vigentes fundamentam-se em uma minoração do papel do Estado e na implementação de uma *governança global* que, segundo a Comissão das Nações Unidas, representa um determinado modo de gestão das interdependências, que indica a comunidade internacional a resolver problemas comuns trazidos pelas contradições da própria economia internacional (MILANI; LANIADO, 2006).

possibilitado pela constituição de um espaço eletrônico e favorecido pelo crescimento digitalizado das atividades econômicas. Os sistemas de telecomunicação tornam viáveis fluxos de transmissão de dinheiro e de informações por todo o planeta, controlados por um poder global, mas sustentados nos territórios. Grandes empresas transnacionais, corporações multinacionais e serviços tornam-se centrais em importância e complexidade, concentrando mecanismos de expansão mercantil, industrial e financeira¹⁴. O advento de uma classe financeira favorecida pela afirmação do poder dos grandes bancos colabora com a formação de um poder que não está centralizado no Estado-nação (SASSEN, 2000).

Para Tavares e Beluzzo (2005), a cada alteração dos centros do capitalismo, são produzidas rápidas e agudas mudanças na divisão internacional do trabalho e nas relações da geoeconomia centro-periferia. Alternam-se, continuamente, ciclos de acumulação, de incorporação de progresso técnico, de valorização e desvalorização do capital financeiro e de deslocamento espacial das atividades em função da necessidade de superar crises periódicas apresentadas pela própria expansão do sistema. Com a doutrina neoliberal que se expandiu desde a década de 80, a globalização financeira e o valor da moeda americana aceleraram-se, indicando um período de uma ordem mundial unipolar, conforme os avanços.

O poder político da globalização econômica se desenvolveu mais ainda quando os EUA experimentaram uma ascensão como potência no cenário internacional, tornando-se os maiores competidores no mercado mundial. Com o fim da II Guerra Mundial, a ordem liberal entrou em declínio e o projeto de hegemonia americana se efetivou no interior de uma ordem geopolítica bipolar, com duas esferas de influência no mundo. Um sistema de instituições internacionais de controles político, militar, financeiro, jurídico surgiu para intermediar as relações entre nações, sendo lançados princípios orientadores da construção da nova ordem mundial. Foram criadas as Nações Unidas, em 1945, o Fundo Monetário Internacional (FMI), em 1945, o Banco Mundial (BM), em 1944, entre outras entidades. A hegemonia dos EUA e o poder da União

¹⁴ Dois terços do comércio mundial, hoje, são dominados por empresas multinacionais (UNCTAD, 2002).

Soviética desmoronaram definitivamente o Império britânico. A *pax americana* dominou a nova ordem mundial e estabeleceu avanços democráticos para proprietários e grandes acionistas (TAVARES; BELUZZO, 2005).

A política americana adotou o expansionismo e passou a defender os mercados financeiros internacionalizados. O crescimento foi retomado e os EUA consolidaram seu poder imperialista por meio da prática de macroeconomia política do poder e de concentração de riquezas por mercados de todo o mundo através de instituições financeiras. No pós-11 de setembro, o unilateralismo e o militarismo reforçaram-se em mais um nível de consolidação da hegemonia do império norte-americano (MILANI, 2006).

A globalização das três últimas décadas desenvolveu-se marcada por contradições e complexidades; articulam-se continuidades e rupturas entre o global e o local. Retomando a análise de Tavares e Beluzzo (2005), o desenvolvimento dos sistemas financeiros reflete, hoje, uma maior distância entre os países, favorecendo níveis de crescimento assimétricos entre países, assim como a distribuição da riqueza e da renda entre classes torna-se cada vez mais desigual. Em oposição à situação vivida pelos países mais ricos, as economias periféricas convivem com altas taxas de juros e câmbio, com flutuações nos preços dos ativos e das moedas, e desfrutam da condição de devedores em moeda estrangeira. As periferias do mundo consolidam-se como responsáveis pelo desenvolvimento de sistemas de crédito destinados aos países centrais. De fato, a prosperidade econômica se efetivou mais para os países mais ricos, ainda que nos EUA a pobreza tenha aumentado com a globalização e, também, na Europa, com a redução do *welfare state*. Pode-se dizer que a globalização promove processos de exclusão social e pobreza dentro e entre Estados, causando o aumento da desigualdade não só social, mas igualmente econômico-política e cultural (TAVARES; BELUZZO, 2005).

A globalização intensificou as desigualdades e a pobreza, causando desfiliações sociais com o aprofundamento da acumulação de capital. Todos os países estão, hoje, sendo afetados por tais fenômenos, sejam centrais ou periféricos. Como consequência, as lutas sociais contra desigualdades e injustiças se organizam e provocam movimentos de contestações e reações em quase todo o mundo. Foi o que demonstrou, por exemplo, a mobilização em prol da igualdade global em saúde, a *Global Equity in Health* (1996), que trouxe para

a ordem internacional a discussão conjunta de um dos maiores dilemas das desigualdades no mundo: a dificuldade de acesso à saúde em muitos países.

Os movimentos sociais afirmam que houve um aumento de propostas de ajuda internacional, especialmente, voltadas para os países periféricos, a fim de tratar da questão da saúde. Como indica Berlinguer (1999), as propostas de “ajuda” são conduzidas por organismos internacionais, geralmente financeiros, como o FMI e BM, que influenciam a OMS em termos de definição de diretrizes de ação. As iniciativas internacionais condicionam a ajuda ofertada, para a implementação de reformas no setor da saúde, ao desmantelamento das políticas de saúde e seguridade públicas nacionais. Esses bens sociais, saúde e previdência, até então públicos, são privatizados, dirigidos ao mercado. O efeito mais preocupante é a fragilização das políticas públicas voltadas para a proteção de bens essenciais à vida, como é o caso da saúde (THERBORN, 2000; BERLINGUER, 1999).

A ordem mundial imposta pelas novas concepções liberais reordenou e integrou outras condições de funcionamento econômico, político, ideológico e social aos governos em relação ao destino das sociedades territoriais. Reformas e liberalizações de atividades foram estabelecidas, para responder aos interesses do mercado, em substituição ao anterior modelo de *welfare state*¹⁵, com consequências para o setor de saúde, dentre outros (SOUZA, 2004).

1.5 As diretrizes do neoliberalismo e a fragilização das políticas públicas

A aceleração da globalização consolida-se como uma dinâmica estruturante dos projetos de expansão do capitalismo internacionalizado. Historicamente, o sistema capitalista de produção alicerçou-se na ideologia do liberalismo, com a promoção da defesa dos direitos individuais, da distinção das esferas pública e privada e da minimização do papel estatal. O poder do Estado

¹⁵ O Estado Providência ou Estado de Bem-Estar Social (ou ainda *Welfare State*), hoje em crise, originou-se do pensamento keynesiano, na segunda metade da II Guerra Mundial. Esse sistema teve entre os seus objetivos a garantia do bom funcionamento do mercado e a defesa/viabilização dos direitos dos cidadãos, em especial, no que tange à saúde, educação e alimentação. Um dos fundamentos da estrutura do *welfare state* europeu ressalta a igualdade de oportunidades e o desenvolvimento de políticas públicas de qualidade.

deveria ser a representação do consentimento dos cidadãos, com uma mínima interferência na vida dos indivíduos. Durante o século XIX, a concepção liberal de Estado mínimo foi questionada, diante das crises econômicas cíclicas, dos crescentes aumentos dos índices de pobreza e das desigualdades, principalmente, por teorias críticas e revolucionárias, como o marxismo. Contrariamente aos discursos liberais, as teorias de orientação marxista contribuíram para o fortalecimento das lutas operárias e para a articulação de movimentos sociais que defendiam intervenções estatais, no sentido de resolver questões sociais, principalmente após a crise da economia norte-americana de 1929.

A partir de então, o Estado tomou as rédeas da economia, com especial atenção ao fator de distribuição, colocando as diretrizes keynesianas em prática, de acordo com as especificidades de cada país. Foram os anos considerados dourados, que vão até a década de setenta. Começam, então, a surgir as dificuldades do Estado de bem-estar social em responder, principalmente, às políticas sociais necessárias. Ademais, diante do esfacelamento das experiências socialistas, as ideias liberais renasceram sob a denominação de neoliberalismo (SOUZA, 2004; SANTOS, 2007).

Para o pensamento neoliberal, qualquer política governamental baseada no *keynesianismo* deve ser combatida, pois coloca em risco as liberdades dos indivíduos. Um Estado máximo em relação às necessidades sociais poderia tornar ingovernável a democracia e a participação política. Portanto, a desregulamentação estatal das políticas sociais e produtivas transfere o controle da economia aos setores privados da sociedade. As interferências nos empreendimentos particulares, por parte dos poderes públicos, são tidas como impeditivas da eficácia e do crescimento econômico.

De acordo com Souza (2004), houve a emergência de três capitalismo transnacionais – o americano, o japonês e o europeu –, com destaque para a preeminência das agências financeiras multilaterais. Os países latino-americanos não puderam optar em relação à adesão aos projetos da globalização econômica. As grandes potências forçaram uma adaptação ao modelo neoliberal, reforçada por processos de reestruturação produtiva e gerencial trazidos pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial (BM). O objetivo central desse modelo foi a necessidade de livre ação e proteção

ao capital privado dos grandes investidores internacionais, reestruturando as relações entre Estado, sociedade civil e mercado.

Nas sociedades latino-americanas, os efeitos das mudanças introduzidas foram intensos e concomitantes com profundas alterações políticas ocorridas em vários países do subcontinente, numa conjuntura de desmonte de regimes militares e o retorno à democracia. A ação das agências internacionais trouxe propostas conservadoras de retomada do crescimento econômico e social em um ambiente de redemocratização e fortes mobilizações sociais. Privatizações, reorganização dos serviços públicos, ampliação da participação das empresas transnacionais em áreas estratégicas e redução da estrutura estatal fizeram parte das reformas neoliberais promovidas em vários países da América do Sul.

O receituário do Consenso de Washington¹⁶ exigiu o fim do protecionismo das economias nacionais e a abertura dos mercados; tudo foi adequado aos preços internacionais, investimentos em exportação, redução da inflação e da dívida pública, privatização de empresas públicas estatais, estabilização dos preços e dos juros, e redução do orçamento das políticas sociais e da intervenção estatal em assuntos relacionados à economia (SOUZA, 2004; ANDERSON, 1995). As nações sul-americanas mantiveram parcerias econômicas desiguais com o mercado mundial, produzindo benefícios maiores para os países centrais. Um dos resultados preocupantes desse processo tem sido a agudização da pobreza, como pode ser observado na Tabela 1, abaixo, elaborada pela CEPAL (*apud* REIS; OLIVEIRA; PINHEIRO, 2015, p. 4), que constata o crescimento da população pobre na América do Sul.

¹⁶ O Consenso de Washington foi um encontro que reuniu economistas de organismos internacionais, como FMI e BM. Ocorreu em 1989 em Washington, quando foram definidas recomendações mínimas para a condução das reformas econômicas na América Latina. Foi criada, ainda, nessa oportunidade, uma série de medidas para promover o ajustamento macroeconômico de países em desenvolvimento, baseado no ideário neoliberal e monetarista de Milton Friedman (LIRA, 2008).

Tabela 1: Incidência da pobreza e da indigência na América Latina - 1980 - 2006

Ano	POPULAÇÃO POBRE ⁽¹⁾		POPULAÇÃO INDIGENTE	
	Percentual	Pessoas	Percentual	Pessoas
1980	40,5	136,0	18,6	62,4
1990	48,3	200,2	22,5	93,4
1994	45,7	201,5	20,8	91,6
1997	43,5	203,8	19,0	88,8
1999	43,8	211,5	18,5	89,4
2000	42,5	207,1	18,1	88,4
2001	43,2	213,9	18,5	91,7
2002	44,0	221,4	19,4	97,4
2003	44,3	226,0	19,2	98,0
2004 ⁽²⁾	42,0	217,0	16,9	90,0
2005 ⁽²⁾	39,8	209,0	15,4	88,0
2006 ⁽³⁾	38,5	205,0	14,7	79,0

(1) Pessoas em domicílios em situação de pobreza; inclui a população em situação de indigência.

(2) Estimativa correspondente a 19 países da região.

(3) Dados estimados.

Fonte: Panorama Social de América Latina, 2006 (*apud* REIS; OLIVEIRA; PINHEIRO, 2015, p. 4).

Na fase atual do neoliberalismo, o FMI e o Banco Mundial, como condutores do processo de reformas econômicas e políticas, apresentaram mudanças constantes em seus discursos com promessas de um desenvolvimento mais igualitário para todas as nações do planeta. Acompanhando crises cíclicas de mercado, estrategicamente, as instituições financeiras redefinem suas metas e apontam para a necessidade de atender às necessidades básicas dos estratos das populações mais pobres, introduzindo políticas focadas no apoio social somente para a condição de extrema pobreza; isto é, revertendo o caráter universal dos direitos sociais. Porém, as diretrizes econômicas voltadas para o crescimento econômico não conseguiram reduzir a pobreza de forma significativa. Os esforços financeiros empreendidos para melhorar as condições de vida das camadas mais pobres da sociedade foram de um tipo compensatório, de modo a não comprometer a acumulação de capital.

O FMI, ao assessorar o BM, fixou códigos de conduta política e definiu pré-condições de crédito, sem deixar de manter a concessão de empréstimos. O financiamento de projetos econômicos e sociais privilegiou políticas públicas comprometidas com a definição de estratégias de controle e dominação das

classes subalternas, sendo desenvolvidas ações distanciadas da promoção da justiça social (BADIE, 2000; TAVARES, 2005).

De acordo com as análises de Kraychete (2006), a partir dos anos 90, os discursos do Banco Mundial se voltaram para o subdesenvolvimento, que, quando superado, poderia levar ao progresso e desenvolvimento. As determinações do Consenso de Washington, já referido anteriormente, foram indicadas pelo FMI e BM como pré-condições de acesso ao crédito. No início dos anos 1990, as condições incluíam cortes de gastos públicos, privatizações, abertura de mercado e mudanças favoráveis aos investidores externos. O desenvolvimento social, então, foi definido nas seguintes direções: investimentos em capital humano, para melhorar as condições de produtividade e o retorno econômico, e ação do governo voltada para o atendimento dos mais pobres em parceria com o setor privado; incentivo ao empreendedorismo individual; inserção da economia nacional na dinâmica mundial; e implementação de programas de ajustes econômicos.

Política econômica e eficiência das instituições para oferecer respaldo ao mercado se tornaram centrais na visão do BM; o papel do Estado e do mercado é reavaliado continuamente para evitar empecilhos às demandas econômicas, sendo o mercado responsável pela condução da dinâmica que leva ao desenvolvimento. No decorrer nos anos 90, o BM intensificou a discussão sobre o papel das instituições, com a finalidade de reafirmar as medidas liberalizantes do Consenso de Washington. A reestruturação das instituições estatais, para atender às necessidades de mercado, previu a urgência de parcerias com o corpo cívico da sociedade, inaugurando a chamada *good governance*¹⁷, com vistas a ampliar a participação popular através do Terceiro Setor e descentralizar o poder, porém, sempre condicionados aos interesses de mercado.

A noção de desenvolvimento foi ampliada para o foco no humano, com o objetivo de incluir os indivíduos mais vulneráveis nos processos de crescimento econômico, tendo como base o princípio de igualdade de oportunidade. Assim, os indivíduos poderiam ter melhores possibilidades de colocação num mercado

¹⁷ *Good governance* foi uma das estratégias de organização da administração pública de Estados, instituída pelo Banco Mundial nos anos 90, que previa aproximação estatal em relação às empresas e aos cidadãos, para serem implementadas e tomadas decisões referentes, em especial, às políticas econômicas (KRAYCHETE, 2006).

cada vez mais competitivo. Posteriormente ao período do pós-Consenso de Washington¹⁸, foi preciso definir novas medidas para orientar o crescimento econômico com intermediação do Estado. Era essencial, para alcançar o desenvolvimento, definir prioridades, considerar as limitações de recursos, estabelecer coordenação e planejamento estatal e, ainda, formar um consenso com a sociedade civil.

Portanto, as proposições do FMI e BM alteraram, com frequência, o lugar do Estado e do mercado, sendo importante acompanhá-las criticamente para analisar os rumos do desenvolvimento econômico mundial atual e futuro. Concepções liberais reforçam-se e dividem as sociedades entre pobres e extremamente pobres, e desprezam-se conflitos e disputas quando se trata de sistemas justos de cooperação; menospreza-se a importância dos embates nas relações de poder, como defendeu Weber (*apud* KRAYCHETE, 2006). Na realidade, nesta perspectiva, as desigualdades sociais não são consideradas fruto da dominação capitalista e do modelo de crescimento econômico; as ideias que respaldam os ideais desses organismos internacionais reforçam a concentração da riqueza alicerçada em políticas sociais de natureza apenas compensatória (KRAYCHETE, 2006).

Em 2004, a crise vivida pelo Consenso de Washington, com seu receituário de liberalização de mercado, levou ao Consenso de Pequim. A mudança indicava que as iniciativas chinesas ganhavam espaço no cenário mundial ao propor um modelo de sociedade que não se restringe a mudanças econômicas, mas inclui também reformas sociais (LORES, 2010).

Na América do Sul, as reformas sociais das últimas décadas enfrentam os determinantes históricos das desigualdades na região, como a má distribuição e concentração de renda, de bens e serviços, e o crescente desemprego e as perdas salariais, em especial, no Brasil e na Argentina – os maiores mercados e parques econômicos desse continente. No Uruguai, destaca-se a elevação das perdas salariais. A população sul-americana alcança, hoje, uma renda média que impossibilita a mobilidade social e distribuição de renda, assim como não

¹⁸ Em 1998, Joseph Stiglitz, vice-Presidente Sênior e economista-chefe do Banco Mundial, pronunciou-se criticamente em relação ao Consenso de Washington. As imperfeições do mercado foram assumidas e posições centradas na necessidade de intervenções micro e macro sobre a realidade foram anunciadas; estabeleceu-se, então, o período Pós-Washington (KRAYCHETE, 2006).

são geradas as condições para tirar famílias da pobreza. Ou seja, o receituário neoliberal realizou privatizações na região que repercutiram na diminuição da oferta de empregos e serviços essenciais à vida. Os gastos sociais de caráter universal foram retraídos (SOARES, 2008).

A globalização gera efeitos que se desenrolam tanto em escala local quanto nacional, sendo a América do Sul muito afetada. Segundo os estudos marxistas de Wallerstein (*apud* MARTINS, 2013), uma das unidades de análise da sociedade global é a organização da hierarquia da acumulação de capital, hoje estabelecida em escala mundial, em que o fator econômico mundial é decisivo e não mais a sociedade nacional. O autor chega a apostar em um futuro catastrófico para o sistema capitalista – a "grande crise" –, e sugere a superação do sistema a partir de uma diversidade epistêmica capaz de dar conta dos diversos movimentos cosmopolitas da atualidade, como o Fórum Social Mundial. Merecem destaque os aspectos culturais, políticos e sociais como sendo fatores determinantes da globalização.

Para analisar as mudanças da globalização que atingiram o Sul da América Latina, a partir de perspectivas sociológicas marxistas, e que geraram tensões intensas, destaca-se a associação paradoxal na região entre capitalismo e colonialidade, com prováveis reproduções da subordinação das culturas e interesses regionais aos marcos simbólicos do eurocentrismo. Martins (2013) lembra que o termo América Latina refere-se a uma homenagem feita na região a um navegador italiano, sendo, portanto, desprestigiada a presença de grupos ameríndios e africanos na constituição das sociedades nacionais. Esta pode ser considerada uma das formas de racismo manifestada na região, como reforça o sociólogo peruano Aníbal Quijano (*apud* MARTINS, 2013), que se dedica a estudar os processos sociais desse continente. Para esse autor, a construção de uma sociedade mais justa na região depende da superação das ideias eurocêntricas. A América Latina necessita construir sua identidade regional de forma aberta e heterogênea; encontrar um caminho comum e compartilhado, não necessariamente tão leal ao passado e à memória, pois trata-se de muitos passados e muitas memórias. A consolidação da identidade latino-americana é urgente e pode ser construída de forma sutil e subjetiva, porém, pode não representar todos os grupos da região (QUIJANO, 2003 *apud* MARTINS, 2013; PEREIRA FILHO, 2006).

Com a globalização, estabeleceu-se uma forte tensão no subsistema capitalista da América Latina entre as tendências coloniais, que defendem o neoliberalismo e suas zonas de acumulação, e as reações anticoloniais, com relevância transnacional de possibilidades de descolonialidade (MARTINS, 2013).

As propostas de políticas redistributivas para a América Latina, construídas a partir da globalização, procuram incluir distribuição de riquezas e de oportunidades, centradas no princípio da solidariedade, com o intuito de superar as tensões entre a colonialidade e a descolonialidade. Com a redemocratização, a partir dos anos 80, houve um revigoramento das lutas sociais que ressignificaram concepções capazes de refletir conquistas em termos de garantia de liberdades essenciais à vida, como ocorreu com a saúde. As concepções ampliadas de temas sociais passaram a influenciar as decisões na esfera pública e estatal. A sociedade, cada vez mais, exige a consolidação do Estado social, interventor, no sentido de enfrentar a vulnerabilidade social e garantir um mínimo de qualidade de vida por meio da implementação de políticas públicas (IVO, 2001).

Na globalização contemporânea, as políticas públicas sociais implementadas por vários países da América do Sul apresentaram tendências técnico-progressistas, oriundas da arena pública global, as quais trazem novas noções de desenvolvimento difundidas pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). A perspectiva atual de desenvolvimento pauta-se na renovação de políticas públicas sociais para assegurar qualidade de vida, bem-estar social, sustentabilidade etc., de forma que as questões sociais não fiquem dependentes dos planos econômicos, mas que haja uma interação entre políticas sociais e econômicas (IVO, 2001; IVO; LANIADO, 2008).

A abordagem política que norteia o tratamento dos conflitos sociais sul-americanos foi viabilizada a partir de intervenções técnicas desvinculadas de proteção ou assistência social. As políticas sociais reforçaram o foco na assistência, com a finalidade de controlar as condições de anomia que afetam as classes populares e os pobres mais vulneráveis e, ao mesmo tempo, racionalizar gastos sociais para favorecer a acumulação capitalista globalizada (IVO, 2001).

Com a aceleração da globalização, as políticas sociais passam a ser norteadas por princípios de justiça social, e a ser manifestadas, também, como demanda das lutas sociais. Nos espaços internacionais de diálogo e pactuação, é destacada a necessidade da ação conjugada de governos e sociedade civil para implementar políticas sociais que tenham a capacidade de distribuir recursos de bem-estar e de oportunidades de vida (LANIADO; IVO, 2008).

1.6 Globalização e saúde: uma complexa relação

No mundo Pós-Guerra Fria, os temas sociais tornaram-se globais, sendo considerados de interesse de toda a humanidade e parte integrante da agenda política internacional. Segundo Rubarth (1999), em momentos anteriores, predominavam as questões estratégico-militares como centrais nos debates sobre política internacional; as abordagens sociais eram consideradas secundárias e isoladas. Na atualidade, atores sociais, como as agências internacionais, os organismos multilaterais, as organizações civis, os governos nacionais e regionais, voltam-se para definir novas estratégias de desenvolvimento socioeconômico, pautadas na cooperação internacional e voltadas, prioritariamente, para o enfrentamento de temas sociais, como a saúde. Neste setor, há iniciativas conjuntas, inclusive internacionais, de discussão e ação para introduzir mudanças.

Segundo Fortes e Ribeiro (2014), no momento atual, a saúde despontou como fator essencial para o desenvolvimento, diante da sua relação com o crescimento econômico, a soberania dos países, a defesa dos direitos humanos e democracia, entre outros aspectos por ela afetados. É importante ressaltar que os efeitos da globalização em relação à saúde são causados por fatores como: degradação das condições de vida e de trabalho, especialmente, das populações pobres; mudanças ambientais; aumento do consumo de tabaco; elevação da obesidade; maior expectativa de vida e doenças correlatas; aumento da depressão, principalmente em ambientes e populações urbanas; maior prevalência das doenças crônicas e infecciosas intensificadas pela intensa mobilidade dos indivíduos; entre outros aspectos.

A saúde tornou-se um bem público global. Programas de saúde são relacionados a perspectivas de inclusão, ou seja, grupos e pessoas não podem sofrer exclusão por sua condição de saúde. Há a desconstrução da dicotomia entre incluídos e não-incluídos para ampliar o acesso aos bens, com capacidade de assegurar melhor qualidade de vida. Pode-se destacar, inclusive, que entre as condições essenciais para os novos projetos de desenvolvimento, que incluem a saúde como prioridade, há a sua interface com as demais dimensões que compõem as demandas sociais básicas, como educação, saneamento, alimentação, assistência social, lazer, entre outras. A globalização acelerou a dimensão global da saúde incorporando-a à política externa dos países, com repercussões, quanto às decisões, no âmbito nacional. Como consequência, a saúde teve suas concepções ressignificadas, ou seja, de simples estado vital, passou a ser reconhecidamente uma questão de política, tanto interna quanto externa, com força para interferir em acordos econômicos e questões de segurança. As responsabilidades em torno da saúde, hoje, são vistas como coletivas, e exigem negociações multilaterais tanto de regiões (hemisfério Norte, hemisfério Sul) como do conjunto global dos países (KICKBUSCH; BERGER, 2010).

A saúde como direito e fator de justiça social mobiliza, também, movimentos sociais transnacionais que, ao redor do mundo, lutam pela viabilização de políticas que universalizem esse bem e promovam reformas em sistemas de saúde para assegurar direitos humanos. A assistência à saúde requer equidade para que os serviços sejam estruturados de forma inclusiva. Aos cidadãos, a garantia de tais serviços é fundamental, uma vez que diferentes necessidades em saúde passam a fazer parte das decisões governamentais e oferecem respostas às reais demandas dos diversos grupos sociais.

Ações na esfera internacional voltadas a esse setor não são recentes. Em 1851, ocorreu a primeira Conferência Internacional de Saúde que estabeleceu normas para o primeiro código sanitário internacional, tendo como base a prática da quarentena.¹⁹ Em seguida, em 1883, no Egito, houve a criação do primeiro

¹⁹ O termo italiano quarentena foi usado por entidades religiosas para se referir ao tratamento praticado nos leprosários. Representou o isolamento de pessoas acometidas por certas patologias que preocupavam a comunidade internacional. Designava o período de quarenta dias para o isolamento de pessoas doentes ou suspeitas de contaminação. Tornou-se a principal forma de controle epidemiológico difundida pelo mundo (MENUCCI, 2006).

Conselho Sanitário, tendo como integrantes representantes de vários países. Foi o momento de serem discutidas estratégias de observação e controle das doenças, sendo definidas táticas de quarentena e de higiene internacionais para tratar das modificações nas condições sanitárias do planeta. Isso atendia ao advento da industrialização e às mudanças trazidas pela renovação de sistemas de transportes que permitiu uma maior circulação de pessoas no mundo. Tais negociações entre países estabeleciam a condição legal de não haver interferência na soberania nacional, devido às decisões tomadas em âmbito internacional (VILLA *et al.*, 2001).

Outro marco importante das ações internacionais em prol da saúde foram as primeiras práticas de cooperação internacional em saúde sanitária, diante da preocupação com a disseminação de doenças pelo mundo. Em 1906, criou-se o *Office International d’Hygiène Publique*, a primeira instituição com caráter internacional voltada para a cooperação entre países e para coletar e difundir informações epidemiológicas sobre doenças infecciosas que circulavam pelo mundo, tal como: peste, varíola, cólera, entre outras. Em 1909, é criada a Fundação Rockefeller, com o objetivo de oferecer financiamentos para projetos e programas em saúde em quase todos os países periféricos ao sistema capitalista central. O objetivo principal de tal iniciativa era o controle de agentes patogênicos, porém, sem considerar as especificidades das regiões em termos de cultura, política economia, aspectos sociais etc. Em 1923, surgiu a Organização de Saúde da Liga das Nações que, também, trouxe contribuições para estudos e ações dessa natureza. A saúde, então, ainda não promovia compromissos plurais e nem abordagens multifatoriais em torno das condições sociais de vida e de trabalho (VILLA *et al.*, 2001).

Para Berlinguer (1999), ao se considerar a trajetória histórica de ações internacionais em torno da saúde, percebe-se que, mesmo com a globalização, a saúde está longe de concretizar sua dimensão global. Segundo avalia o autor, houve uma distorção do sentido internacional sobre o tema, o qual deveria gerar a aproximação de interesses nacionais diversos, com o reforço da mobilização ativa de sujeitos e instituições em torno da denúncia de condições de vida insalubres. No entanto, criaram-se instituições de referência internacional em defesa da saúde que, ao longo do tempo, são influenciadas por interesses econômicos dos países dominantes, com a reprodução do modelo unicausal das

doenças. No desenvolvimento do capitalismo atual, condições desiguais de vida são cada vez mais intensas e causam dificuldades ao desenvolvimento social. Mesmo assim, não há ações voltadas para o combate das injustiças em termos de condições de vida, pois isso afetaria a estrutura de acumulação do capital, o que não interessa às forças sociais hegemônicas.

Em outro sentido, autores como Brown, Cueto e Lee (2006) defendem que o interesse pela saúde no âmbito internacional se intensificou devido aos organismos financeiros. A partir dos anos 80, o Banco Mundial, especialmente, passou a participar mais das decisões tomadas pela Organização Mundial de Saúde, impondo exigências para as medidas de monitoramento e de avaliação, bem como técnicas que possibilitem o controle dos custos em saúde, entre outras. Um pouco antes disso, em 1979, foi criado o *Population, Health, and Nutrition Department* (Departamento para População, Saúde e Nutrição) na OMS, por indicação do BM, que ampliou programas de financiamento para o desenvolvimento do setor da saúde em diversos países.

De acordo com Berlinguer (1999), o movimento pela internacionalização das diretrizes de saúde ocorreu, inicialmente, a partir das ações expansionistas europeias que, desde 1492, ampliaram a circulação das pessoas pelo Globo e, conseqüentemente, das epidemias pelo mundo, com a ocorrência do que a autora chama de genocídios nas sociedades. As epidemias preocupavam, também, por seus efeitos subjetivos, como estigmas, suicídios e perdas identitárias e de poder, elementos que nem sempre são ressaltados nas discussões internacionais. Vale lembrar a prática de colonização que disseminou epidemias entre os povos dominados devido aos contatos com o estrangeiro, causando desequilíbrio alimentar, baixa de imunidade, ambientes insalubres etc. Os processos de trabalho adoeciam e causavam estigmas ao trabalhador, além da condição de escravidão e a labuta nas minas que geravam patologias e sofrimentos. Porém, a desconsideração dos efeitos subjetivos das doenças e os conseqüentes preconceitos desencadeados não ocorreram apenas em tempos passados. Ainda recentemente, nas décadas de 1980 e 1990, por exemplo, o HIV/Aids, reconhecido como doença imunodeficiente pelo *Center for Disease Control* (CDC) de Atlanta, gerou estigmas e desrespeito à dignidade das pessoas acometidas pelo vírus, inicialmente mais propagado entre homossexuais.

Durante os séculos XIX e XX, a principal preocupação dos representantes dos países foi combater as epidemias, com o intuito de preservar a vida dos grupos que serviam ao sistema de exploração de riquezas. Por exemplo, foi o que ocorreu com os militares das tropas de combate nas colônias europeias na África e Ásia e com os trabalhadores considerados mão de obra barata. Por serem minimamente cuidados do ponto de vista da saúde, tanto um como o outro deixavam de ter condições de continuar cumprindo seu papel no processo de colonização.

Porém, como contraponto, nessa mesma época, houve um estímulo aos estudos sobre as causas das doenças, com base em agentes biológicos e vetores do adoecimento, o que fomentou a produção de medicamentos, de vacinas e de estratégias coletivas de proteção à saúde. Foi, inclusive, criada a Agência Internacional contra Epidemias, mais tarde transformada em OMS. Era o começo da institucionalização da ideia de saúde em âmbito mundial, que passou a disseminar medidas e diretrizes sobre a saúde como questão internacional.

Autores, como Buss (2007), consideram as conquistas trazidas pela globalização no setor de saúde, a começar pela intensificação do diálogo internacional, com a construção coletiva de declarações com parâmetros internacionais, relevantes para assegurar melhores condições de vida aos diferentes grupos sociais. Esses parâmetros vão assumindo um papel político, com efeito, até mesmo jurídico para os países. O autor elenca alguns dos encontros internacionais que se prestaram a esse propósito, durante a década de 90, como pode ser observado no Quadro 1 abaixo:

Quadro 1: Conferências das Nações Unidas entre 1990 e 2005

1990	Cúpula Mundial das Nações Unidas sobre a Criança (Nova York)
1992	Conferência das Nações Unidas sobre Ambiente e Desenvolvimento (Rio 92)
1993	Conferência das Nações Unidas sobre os Direitos Humanos (Viena)
1994	Conferência das Nações Unidas sobre Populações e Desenvolvimento (Cairo)
1995	Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher (Pequim)
1995	Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Social (Copenhague)
1996	Conferência das Nações Unidas sobre Assentamentos Humanos (Habitat II) (Istambul)
1996	Cúpula Mundial das Nações Unidas sobre Alimentação (Roma)
2000	Cúpula do Milênio: Declaração e Objetivos do Milênio (Nova York)
2002	Conferência Internacional sobre Financiamento do Desenvolvimento (Monterrey)
2003	Cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Sustentável (Johanesburgo)
2005	Cúpula Mundial sobre Objetivos do Milênio (Nova York).

Fonte: BUSS, 2007, p. 1587.

Buss (2007) enfatiza a Cúpula do Milênio, organizada pelas Nações Unidas em 2000, como um momento direcionador de pactos firmados entre vários países do mundo em prol de um novo padrão de desenvolvimento, a partir da definição dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), com vistas à redução da mortalidade infantil, melhora da saúde materna, combate às doenças (HIV/Aids, malária etc.), erradicação da pobreza e da fome, entre outras metas que implicam em questões de saúde.

As iniciativas globais para o enfretamento de doenças transmissíveis, negligenciadas por um período significativo de tempo, contam, hoje, com a ação de novos atores, como os organismos financeiros, a exemplo do Banco Mundial (BM), as organizações governamentais e não-governamentais, universidades e centros de estudos e pesquisas de vários países, os quais passam a disseminar reflexões e ações em torno da Aids, tuberculose, entre outras. As iniciativas deram origem ao *The New World of Global Health* que contribui com a construção de novos saberes sobre saúde global. Pode-se, ainda, citar as ações de novas fundações, como a Fundação *Bill e Melinda Gates* que investe mais em saúde global do que a própria OMS, o que é criticado por especialistas sobre o tema por indicar desequilíbrios estruturais das nações para conviver com a perspectiva de saúde global.

Mobilizações civis, também, despontam como atores globais de movimentos sociais transnacionais, como o Movimento de Saúde dos Povos (MSP), criado em 2000, na primeira Assembleia Mundial da Saúde voltada para

o tema, tendo como resultado a definição de uma declaração que estabelece parâmetros para a ação.

O avanço da saúde global permitiu discussões e encontros internacionais que articularam a criação, em 1972, de um fundo mundial chamado de *Tobin Tax*, para investir em respostas às necessidades humanas e ambientais básicas que dependem de financiamento para viabilizar práticas de cooperação entre governos.

Em 2005, a OMS criou a Comissão Mundial sobre os Determinantes Sociais que se tornou um marco para a formulação de políticas globais e nacionais, tema que será retomado mais adiante neste trabalho.

Segundo Buss (2007), houve uma piora no estado de saúde das populações ao redor do mundo, entre outros motivos, causada pela redução dos orçamentos públicos destinados a programas sociais, uma vez que o máximo de financiamento estatal deslocou-se para o aparato bélico das grandes potências mundiais. As dificuldades de acesso aos sistemas públicos de saúde aumentaram em função da seletividade de exclusão dos serviços de saúde, ou seja, aqueles que podem pagar por serviços privados têm acesso à saúde, enquanto que os que não podem pagar estão vulneráveis, adoecem e, também, disseminam doenças de forma intercontinental. As condições de vida estão mais complexas, especialmente, para as pessoas mais pobres que se encontram mais vulneráveis ao adoecimento.

Uma importante preocupação da saúde pública é com deslocamentos das pessoas ao redor do mundo, sem que haja um controle de contaminação. Diferentemente das viagens de trabalho e turismo, as causas dos deslocamentos são múltiplas, como fuga da fome, da miséria, do desemprego, de conflitos regionais, entre outros motivos. A situação dos “novos refugiados” passou a ser reconhecida como um dos recentes problemas da saúde global, o que tem exigido a intervenção da ONU.

Também a fome e a desnutrição abalam algumas regiões do mundo por se tornarem crônicas, sendo responsáveis pela morte de muitas crianças. Ou seja, riscos e danos à saúde se globalizam; são retomados antigos problemas que passam a conviver com novos determinantes de doenças intensificados a cada dia, como a degradação ambiental, o aumento do consumo de drogas e a violência. Trata-se da chamada transição epidemiológica, que é acompanhada

e avaliada constantemente por organizações internacionais e por líderes governamentais. Nesta conjuntura, a cooperação internacional desponta como possibilidade para estruturar ações conjuntas de combate às epidemias com efeitos multiplicadores em longo prazo, especialmente no diz respeito ao compartilhamento de formas alternativas de lidar com os problemas sociais ligados à saúde. Além do que, a união de esforços entre países reforçaria as possibilidades de êxito com maior equidade na solução de problemas complexos (BERLINGUER, 1999).

Perez (2012), também, discute a saúde no sentido global e, assim como Berlinguer (1999), destaca ações internacionais em torno das doenças epidêmicas, porém, com foco na diferenciação que surgiu entre as concepções de saúde internacional, saúde global e saúde pública global. Fortes e Ribeiro (2014) destacam que, com a globalização, o termo saúde global se consolidou, abrangendo atividades, filosofia, movimento, disciplina, entre outros aspectos. Ou seja, não existe consenso em torno do termo e de seu campo de ação, sendo o mesmo precedido pelas concepções de saúde internacional e saúde pública.

Ao serem observadas mudanças conceituais em torno da saúde no âmbito internacional, Perez (2012) destaca que a partir de 1851, quando da primeira Conferência Sanitária Internacional, discutiu-se a utilização do termo saúde internacional para tratar de epidemias de cólera e de peste bubônica na Europa. Ao longo do período de 1851 a 1902, quando líderes majoritariamente europeus organizaram onze encontros internacionais, para discutir a disseminação de doenças infectocontagiosas, a preocupação central era evitar prejuízos ao comércio internacional.

A partir de 1902, iniciou-se o período conhecido como de institucionalização da saúde internacional, com a criação de organismos internacionais permanentes dedicados ao tema, como a Organização Sanitária Pan-Americana. Foi um período de constituição de novos e importantes atores atuantes na esfera internacional: em 1907, inaugurou-se o Escritório Internacional de Higiene Pública e, em 1913, criou-se a já mencionada Fundação Rockefeller que, diferentemente das outras, era uma entidade privada voltada para o financiamento de estudos em saúde pública. Esta última instituição utilizou o termo saúde internacional no ano de sua criação para tratar de ações de prevenção e controle de doenças infectocontagiosas, prioritariamente em

países considerados subdesenvolvidos. Assim, o termo saúde internacional pode representar a articulação de ações médicas assistencialistas praticadas por Estados centrais e canalizadas para países pobres.

Em 1919, a Liga das Nações tinha em sua estrutura interna um Comitê e uma Seção de Saúde dedicados ao controle de epidemias e surtos no mundo. Mas, foi após a Segunda Guerra que se multiplicaram os organismos internacionais dedicados à relação entre saúde pública e direitos humanos, como a própria ONU e a OMS; valores estes rapidamente difundidos e beneficiados com a evolução da tecnologia e dos meios de comunicação. Nos anos 1950, a OMS já usava em alguns documentos a expressão saúde global, quando se passou a utilizar tal termo, ainda que com um sentido vago (PEREZ, 2012).

No século XX, a noção de saúde global ultrapassou fronteiras e associou-se ao fenômeno político da emancipação dos sujeitos, conduzindo ao surgimento de outra expressão em torno do tema, qual seja, a de saúde pública global, por tratar da condução de políticas públicas em âmbito mundial, com o envolvimento de instituições não somente públicas, mas, também, privadas, governamentais e não-governamentais, nacionais ou internacionais, para orientar tal processo. A saúde foi considerada um bem público e global que exige garantias intersetoriais e multidimensionais para todas as nações, com vistas à expansão do bem-estar de toda a população do planeta, de hoje e do futuro, como base para a democracia, a segurança global e a própria paz mundial.

A cooperação internacional é, então, valorizada com intuito de fortalecer políticas públicas de saúde baseadas em noções globais de saúde e com repercussões para a ampliação do acesso a esse bem de forma universal e equânime. No Quadro 2 abaixo, Koplán *et al.* (2009 *apud* PEREZ, 2012) sistematizam as diferenças entre os termos saúde internacional, saúde pública e saúde global.

Quadro 2: Características da saúde global, internacional e saúde pública

	Saúde Global	Saúde Internacional	Saúde Pública
Alcance geográfico	Foco em assuntos que direta ou indiretamente afetam a saúde, mas que podem transcender fronteiras.	Foco em assuntos de saúde de outros países, especialmente dos mais pobres ou dos com renda média.	Foco em assuntos que afetam a saúde de populações de uma comunidade particular ou de um país.
Nível de cooperação	Desenvolvimento e implementação de soluções frequentemente demandam cooperação global.	Desenvolvimento e implementação de soluções geralmente demandam cooperação bilateral	Desenvolvimento e implementação de soluções frequentemente não demandam cooperação global.
Indivíduos ou populações	Compreende tanto prevenção para a população, quanto cuidado clínico de indivíduos.	Compreende tanto prevenção para a população, quanto cuidado clínico de indivíduos.	Concentrada principalmente em programas de prevenção para a população.
Acesso à saúde	Equidade no acesso à saúde entre todos os países e para todos os povos é seu maior objetivo.	Procura ajudar pessoas de outros países.	Equidade no acesso à saúde dentro de uma nação ou comunidade é o objetivo principal.
Variedade de disciplinas	Altamente interdisciplinar e multidisciplinar, dentro das ciências de saúde e para além delas.	Abrange algumas disciplinas, mas não enfatiza multidisciplinaridade.	Encoraja abordagens multidisciplinares, particularmente dentro das ciências sociais.

Fonte: KOPLAN *et al.*, 2009 *apud* PEREZ, 2012, p. 28.

Fortes e Ribeiro (2014) atentam para distinções em torno do termo saúde internacional e global. A primeira apresenta caráter instrumental, sendo condutora da defesa individual de interesses sanitários que asseguram a segurança de populações específicas, de determinados países. Já a saúde global se baseia na ideia da saúde como um valor em si, com estímulos a ações altruístas e solidárias, tendo como norte o princípio de justiça social. A saúde global tornou-se um campo de conhecimento fundamentado na relação entre saberes oriundos das ciências biológicas e das ciências sociais, com destaque para os determinantes sociais da saúde e para a interdisciplinaridade do campo.

A noção de saúde global, diferentemente da de saúde internacional, objetiva a justiça social e a solidariedade. A justiça é concebida a partir de um conjunto de princípios éticos que estimulam a formação de grupos diversos com projetos individuais autônomos, sendo central o estímulo ao respeito mútuo. A justiça é, ainda, enfocada em seu sentido distributivo de recursos sociais e humanos, sendo, assim, reforçada a relação da saúde com a coletividade.

As definições diversas de saúde expandiram-se para o campo dos estudos e pesquisas com repercussões para a ação transnacional de promoção da saúde. Ao citar Amartya Sen, Fortes e Ribeiro (2014) destacam que as instituições que cuidam da saúde precisam se comprometer com a promoção da justiça na sociedade.

Reflexões em torno da saúde global indicam, ainda, a existência de problemas que estão longe de ser solucionados apenas com a intervenção estatal nacional. Tais problemas afetam uma grande quantidade de pessoas no mundo e podem ser persistentes e emergentes, como as epidemias, doenças infecciosas e as novas moléstias pandêmicas. São questões que envolvem migrações de pessoas e de profissionais, novas tecnologias em saúde, aspectos nutricionais, hábitos de vida, tendo como destaque, para lidar com esta diversidade de questões, os acordos e as regulamentações internacionais.

A saúde global é abordada, hoje, em espaços regionais de interações e negociações que geram possibilidades de renovação das diretrizes e das estratégias de políticas de saúde, representando a unificação e a harmonização entre diferentes interesses nacionais e que, ainda, contam com o compartilhamento de informações e experiências bem sucedidas nesse setor. Com a emergência de experiências de regionalismo, a noção de saúde global trouxe perspectivas para o estabelecimento de propostas comuns de desenvolvimento que visam um padrão de vida digno e de qualidade para as populações. Em espaços regionais, como os do Mercosul, as iniciativas integracionistas, pautadas em saúde global, indicam a retomada da proteção social pensada regionalmente para enfrentar obstáculos trazidos pela determinação das fronteiras.

1.7 A América do Sul no contexto global: a dialética do regionalismo

A expansão da globalização gerou novas modalidades de relacionamento e contatos entre países, com mudanças que alteraram a estrutura política de governança e de inserção internacional dos Estados. Diante da necessidade de participação nas transações financeiras mundiais, difundiu-se a tendência de formação de blocos econômicos de países, sendo retomados esquemas de integração regional que trouxeram maiores possibilidades de estabilidade econômica e social para muitas localidades. No caso da América do Sul, é fundamental atentar para a particularidade da trajetória histórica das relações políticas na região, por trazer desafios e possibilidades ao regionalismo.

A história econômica e financeira dos países sul-americanos é marcada por longos períodos de crises financeiras, devido a um crônico endividamento externo gerado pela dependência de capital para investimentos voltados ao crescimento econômico da região. Na atualidade, a internacionalização tomou conta dos Estados nacionais e de seus governos invadidos pela lógica de organização do setor privado. Machado (1999) indica que, no cenário do atual ordenamento internacional, a nação se enfraqueceu como categoria histórica.

Para Coutinho (2006), a maioria das crises político-econômicas da América do Sul, nos últimos 20 anos, deriva da ascensão e queda das orientações neoliberais na região. É necessário destacar dois momentos importantes. Um referente aos anos 1970 a 1990, quando o autoritarismo foi substituído por propostas de cunho nacional-desenvolvimentista, defensoras da liberalização econômica. E outro momento que compreende o final dos anos 1990 até os anos 2000, período considerado de reação popular contra as reformas do mercado e de defesa da ampliação da democracia, ocorridas em decorrência da retomada das lutas sociais e das manifestações para a escolha de governantes através de eleições diretas, as quais resultaram no surgimento de novas lideranças políticas sul-americanas.

A partir da década de 1980, a competitividade internacional propiciou mudanças políticas intensas, a começar pela redefinição do papel dos Estados nacionais diante das exigências da agenda de reformas neoliberais, com expressivas alterações na vida política da América do Sul. Muitos efeitos desse

processo provocaram insatisfação na população sul-americana diante do desprezo aos interesses nacionais, com as ondas de privatizações, a abertura comercial, a desvalorização dos produtos nacionais, a desregulamentação do mercado, a precarização do trabalho, o aumento da carga tributária sobre os mais pobres, entre outras medidas. A estabilização monetária almejada no período foi alcançada pelos governos nacionais, com controle da inflação e a adoção das determinações dos organismos financeiros internacionais, como Bando Mundial (BM) e Fundo Monetário Internacional (FMI), que consolidaram interferências políticas na expansão da economia global.

Nos anos 1990, emergiram governantes neoliberais no Cone Sul, como Carlos Menem, na Argentina, Fernando Collor e Fernando Henrique Cardoso, no Brasil, e Luis Alberto Localle, no Uruguai. As economias nacionais enfraqueceram, mantendo uma estrutura agrário-exportadora com muitas limitações para competir internacionalmente em termos industriais. O Brasil foi um dos poucos países que se manteve forte em alguns setores da economia nacional. A Argentina viveu a desindustrialização do país, tendo sua moeda local atrelada ao dólar. Os Estados nacionais, apesar das reformas, permaneceram debilitados, pois, se a economia se estabilizou e a ameaça da ressurgência de regimes autoritários foi afastada, por um lado, por outro, as instituições democráticas não se consolidaram e os governos foram considerados inaptos para garantir o bem-estar das populações (SARAIVA, 2007).

Com relação às questões políticas na esfera internacional dos anos 1990, os países sul-americanos passaram a almejar uma atuação internacional mais ativa, com ênfase nas estratégias de integração regional. A política externa despontou no período como uma das preocupações centrais dos governos nacionais, destoando de tempos anteriores quando a política externa resumia-se à proteção das fronteiras e das ameaças externas. A partir dos anos 2000, o foco da política externa de países sul-americanos direcionou-se ao estreitamento de laços regionais entre os países. Os frequentes acordos bilaterais entre Brasil e Argentina, Brasil e Uruguai e Argentina e Uruguai foram reorganizados a partir do foco no regionalismo. Programas governamentais definiram maiores investimentos na política externa, a fim de organizar uma melhor infraestrutura com capacidade de dar respostas às questões internas e às demandas da

globalização, distinguindo-se das iniciativas de períodos anteriores voltadas à política transfronteiriça de poucos recursos (FIGUEIREDO; FONSECA, 2010).

Canclini (2001) ressalta que, apesar das instabilidades econômicas e dos problemas sociais, as mudanças políticas trouxeram condições de relações diferenciadas, tanto entre países centrais e periféricos, como para os emergentes entre si. A partir da década de 1990, a América do Sul retomou experiências de integração com expectativas de autoproteção em relação aos intensos efeitos econômicos, sociais e políticos da atual globalização. As nações sul-americanas, politicamente, buscavam equilibrar-se entre a influência liberal das reformas econômicas e as renovadas tendências desenvolvimentistas, com ênfase nos interesses nacionais e regionais. A opção sul-americana pelo regionalismo foi clara, priorizando a política de cooperação nas agendas exteriores e a constituição de um mercado comum. Porém, o continente encontrou obstáculos ao avanço da integração regional, advindos do protecionismo e da preservação da soberania que levaram ao descumprimento de decisões tomadas em bloco por parte de alguns países partícipes. Além do mais, os países sul-americanos apresentam deficiências em termos de infraestrutura e da qualidade dos benefícios sociais para suas populações.

O processo de integração sul-americano ainda propicia poucas mudanças culturais na região, boa parte da sociedade regional desconhece os benefícios da integração e a mídia local quando aborda o tema enfatiza as limitações do caráter aberto de novas adesões aos projetos regionalistas. Tomando a União Europeia como exemplo, observa-se que existem requisitos mínimos colocados aos países que se candidatam ao ingresso no Bloco. É o chamado *acquis communautaire* que condiciona a inserção de países ao esquema de integração com base nas seguintes exigências: reformas econômicas, assimilação de valores democráticos e de justiça, respeito aos direitos humanos, além do país aspirante ter condições de incorporar regras exigidas pelo Bloco (ALMEIDA, 2009).

Contudo, a América do Sul dispõe de potencialidades políticas que favorecem a integração regional, como as posturas de governantes e de movimentos sociais que, na atualidade, mostram-se favoráveis aos esquemas de integração puramente sul-americanos, com a defesa de formação de espaços de liberdade e autonomia regionais. Com a ressalva, também, de que todo

processo de integração enfrenta ciclos, fases, avanços e retrocessos, continuamente, na busca pela liberalização de barreiras tarifárias e não-tarifárias, harmonização de regras e convergências de políticas. Enfim, o que fez diferença na superação dos momentos de crise, além dos fatores mencionados acima, foi o compromisso político firmado pelas lideranças nacionais, favorecendo a união entre os países (ALMEIDA, 2009).

Atualmente, a CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe)²⁰ avalia que os projetos integracionistas da região tiveram poucos avanços devido às restrições externas, mas que se tornam atraentes na medida em que se pautam em práticas de cooperação, especialmente no sentido Sul-Sul, com possibilidades de inserção internacional mais autônoma, num contexto de intensificação do multilateralismo nas relações internacionais e da formação dos monopólios empresariais. Novos canais de negociação econômicos e políticos foram criados com ampla participação dos países envolvidos, assim como foi dada ênfase à renovação dos princípios políticos globais para defender a qualidade de vida das populações (ALMEIDA, 2009).

A partir de 2006, novos líderes ascenderam ao poder com apoio popular, em países do Cone Sul, com origens sociais diversas, jovens, carismáticos, muitos vindos de classes populares, e outros defensores delas. Testemunhas vivas dos danos causados pelas ditaduras militares em seus países, entre os anos de 1960 e 1970, muitos foram participantes ativos dos processos de redemocratização, por volta dos anos 80. Vale ressaltar as iniciativas da Argentina e do Uruguai de liberar arquivos da ditadura militar com o intuito de localizar desaparecidos políticos e culpados da época autoritária. Ou seja, o contexto mostra-se propício para o deslanche dos projetos integracionistas regionais (COUTINHO, 2006).

A ascensão das novas lideranças ao poder no Cone Sul representou um período de muito dinamismo político para a região e a possibilidade de se vislumbrar soluções para problemas políticos básicos, como condições mínimas de igualdade e bem-estar social. Houve, ainda, uma retomada do nacionalismo

²⁰ A CEPAL foi criada em 1948 pelas Nações Unidas (ONU), para tratar de problemas econômicos da América Latina. Realiza estudos técnicos e empíricos com intuito de contribuir com a formulação das políticas econômicas da região (SANTOS; OLIVEIRA, 2008).

como possibilidade de reação aos efeitos devastadores das políticas neoliberais e para unir os países da região e reorientar perspectivas políticas nacionais de desenvolvimento voltadas a região. Segundo Coutinho (2006), a nova onda política que tomou a América do Sul, a partir dos anos 2000, sugere perspectivas de contenção do neoliberalismo e de reestruturação das economias nacionais, sendo aproveitado o potencial do momento em termos de abertura mundial (COUTINHO, 2006).

A história política da América do Sul revelou processos políticos complexos, com destaque para imperialismos, dependência, populismo, ditaduras militares e desenvolvimentismo, os quais deixaram suas marcas até a atualidade. As transformações foram abruptas e antagônicas, fundamentadas em nacionalismos e institucionalismos frágeis e limitados, o que, por sua vez, repercutiu no ritmo lento da integração da região. Porém, a possibilidade de renovação política está posta diante da força política dos movimentos sociais de contestação que acometeu os países da região, capaz de expressar a crescente insatisfação popular e de articular esforços nacionais em torno do combate às injustiças sociais.

Por último, um ponto fundamental a ser considerado, em termos da integração regional, é a convergência de políticas públicas e setoriais a partir do estabelecimento de metas mais uniformes. As iniciativas nesse sentido são isoladas, pouco convergentes, com esquemas limitados e com poucos países participantes. A integração sul-americana, portanto, necessita da convergência de políticas para chegar a um alinhamento parcial, acompanhado por um conjunto de reformas que viabilizem a integração física e política.

1.8 Considerações sobre integração regional

As relações internacionais estabelecem novas formas de interações que entrelaçam as dimensões internacional, supranacional e intergovernamental, sendo possível a utilização do termo global. Muitos fenômenos se internacionalizam, com destaque para o regionalismo que, na medida em que avança, promove mudanças decorrentes dos constantes fluxos de pessoas e bens, acompanhados de um somatório de forças que transcende os limites dos

Estados nacionais. A avaliação das estruturas de governança depende dos entendimentos sobre integração regional para seja possível a compreensão da complexidade da relação entre as demandas globais e as necessidades locais, especialmente quando são consideradas as repercussões das mudanças atuais em contextos regionais periféricos.

Devin (2010) dedicou-se a pensar as transformações no cenário internacional a partir da sociologia de Norbert Elias. Destacou reflexões em torno da interdependência e da integração, considerando as possibilidades de ligação entre essas duas dimensões. Constatou que os fluxos de transações, cada vez mais, colocam em interação territórios e atores sociais diversos, delineando um contexto de relações entre potências estatais.

O novo ordenamento mundial forma megablocos em contraposição aos Estados-nação. O poder político se transnacionalizou e passou a contar com interferências de novos atores que vão tomando o seu lugar, junto com os que sempre dominavam a cena. A governabilidade e as decisões políticas constroem-se em organizações intergovernamentais com a participação de outros organismos internacionais, como a Organização Mundial do Comércio (OMC), o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM), os quais têm peso na definição das políticas públicas a serem definidas pelos estados nacionais (GRANDI, s/d).

A fase atual da globalização traz a consolidação de um sistema multilateral de organizações internacionais que estimula a retomada de processos de integração em detrimento das estruturas baseadas nos Estados nacionais, a fim de que seja favorecida a competitividade entre blocos de países. A formação dos blocos econômicos representou, então, novas formas de relações comerciais entre Estados e a adequação a um novo ambiente internacional (TRAPP, 2010).

O bloco regional indica projetos políticos de integração, sendo colocados em prática a partir da união comercial entre países, em geral, geograficamente próximos. A formação dos blocos promove práticas de cooperação internacional e uniformidade interna de regras, sendo uma realidade recente, especialmente, para países europeus integrados na União Europeia (UE), instituída desde os anos 50 (ALMEIDA, 2005).

Muitos estudos das Ciências Sociais, ao abordarem o fenômeno da integração, destacam reformulações de temas tradicionalmente investigados, como Estado, compreendido como unidade de análise central no processo integracionista, com ênfase em sua capacidade dinâmica de criar um espaço sub-regional. Souza, Oliveira e Gonçalves (2010) evidenciam que o Estado das propostas integracionistas reduz a autonomia dos Estados-membros devido à necessidade de harmonização de regras. Em contrapartida, todos os países membros de um projeto de integração se beneficiam econômica e politicamente, sem desconsiderar que há uma utilização desigual desses benefícios entre Estados, principalmente quando se trata de regiões marcadas por assimetrias historicamente estabelecidas.

Segundo Ibañez (1999), no processo de integração regional, merece ressaltar a interação promovida entre membros autônomos, a partir do prolongamento de práticas cooperativas entre atores de uma mesma região. Os objetivos econômicos são logo evidenciados, porém, a integração regional traz repercussões políticas e sociais. Há, inclusive, dimensões variadas que compõem o processo em questão, como o regionalismo, que representa projeto de nações, e a regionalização, que se refere ao processo integracionista em si.

Schvarzer (2004) reforça que os novos padrões de relacionamento político entre países, proporcionados pela integração regional, geram diferentes perspectivas de desenvolvimento para os atores envolvidos com a construção de canais de negociação, ou o estabelecimento de instâncias regionais interessantes à acumulação do capital e ao neoliberalismo, por aplicarem orientações políticas condizentes com a expectativa dominante.

Para Charillon (2010), na atualidade, há a emergência das integrações regionais, diante das possibilidades de renovação política trazidas pela regionalização, o que inclui a eficiência das ações dos atores governamentais através de suas políticas externas. Os países, hoje, ao se unirem, almejam a constituição de uma política externa comunitária ou regionalizada, baseada em capacidades de responder, de maneira comum, às demandas do regionalismo. Vale destacar que a política comunitária visa a enfrentar as especificidades nacionais, ocupando o lugar da diplomacia comum.

Charillon (2010) aponta, ainda, as seguintes condições para o desenvolvimento da integração regional: relações multilaterais entre países; a

harmonização e coordenação, entre Estados, de visões de mundo e dos interesses nacionais de cada um; o desenvolvimento de hábitos de cooperação para compartilhar informações; a definição de respostas comuns; e a constituição de uma agenda política negociada. O processo de regionalização, portanto, é longo e dispendioso, com benefícios poucos visíveis a curto prazo. O autor adverte, também, quanto aos limites da regionalização, referentes a possíveis discordâncias nos regimes decisórios que não admitem divergências; ao consenso e à compartimentalização da política externa considerados problemáticos; e à rivalidade entre as diplomacias nacionais.

Para Charillon (2010), a integração regional exige a definição de uma política externa regionalizada, com interdependências burocráticas e transgovernamentais, de ordem supranacional, que leve à formação coletiva de um novo ator diplomático no âmbito das relações internacionais. Não se trata da substituição de políticas externas nacionais por uma política externa regionalizada, mas, sim, da superposição de dois níveis de ação e de decisões, ou seja, de agendas políticas que utilizam canais diferentes de negociação e de comunicação. O novo ator regional criado é internacional e tem identidade própria.

Para Ibañez (1999), destacam-se, nas diferentes fases de um processo de integração regional, a área de livre comércio e acordos de liberalização comercial, união aduaneira, mercado comum, união econômica, integração econômica total e união política ou confederação. Cada uma destas fases está descrita no Quadro 3, abaixo.

Quadro 3: Tipologia de integração regional

1 - Acordo de livre-comércio	Ausência de barreiras tarifárias e não-tarifárias entre os países. Nesse tipo de acordo, os países participantes podem concordar em abolir totalmente todas as barreiras internas ao comércio entre eles.
2 - União aduaneira ou alfandegária	É um passo adiante em relação à área de livre-comércio, pois estabelece tarifas externas comuns para produtos importados de terceiros países.
3 - Mercado comum	É um passo além da união aduaneira, uma vez que estabelece a livre circulação de trabalhadores, serviços e capitais, e implica maior coordenação das políticas macroeconômicas, além da harmonização das legislações nacionais (trabalhista, previdenciária, tributária etc.)
4 - União econômica	Prevê uma moeda e um Banco Central únicos para os países do bloco. Para o seu funcionamento efetivo, os países devem possuir níveis compatíveis de inflação, <i>déficit</i> público e taxa de juros; as taxas de câmbio se tornam fixas entre esses países.
5 - Integração física	Prevê a construção de infraestrutura transnacional a partir de redes integradas de base logística e energética, compartilhadas entre diversos países de uma região.
6 - União política ou confederação	É o grau máximo de integração, em que os poderes legislativo, executivo e judiciário dos Estados-membros são vinculados, ao abrir mão de suas soberanias individuais para dar lugar a uma nova nação soberana que é o somatório das nacionalidades.

Fonte: Senhoras; Vitte, 2001 *apud* Martin; Palmeira, 2006, p. 5.

Na América Latina, o regionalismo ganhou forças partir dos anos 80, com uma nova modalidade de integração, distinta das iniciativas anteriores, devido à realização de práticas particulares de regionalismo e de regionalização que fortaleceram as capacidades internas e garantiram a inserção latino-americana no contexto das relações mundiais. Uma das estratégias típicas do novo projeto de integração na América Latina é o regionalismo do tipo aberto, definido pelo pensamento cepalino²¹ com base no multilateralismo, ou seja, voltado para a abertura e liberalização comercial, com vistas a desenvolver uma forte base institucional, sendo colocado em funcionamento por meio de decisões que envolvem atores públicos e privados (MACHADO, 1999).

Conforme Machado (1999), a Cepal apontou para a existência de um regionalismo aberto que passou por diferentes fases na América do Sul. Nos anos 50, quando a região buscava sua inserção internacional, ao se adaptar às

²¹ Os técnicos da CEPAL, os chamados cepalinos, formularam conceitos em torno das consequências da industrialização tardia dos países periféricos para o capitalismo mundial. Seus trabalhos contribuíram para a elaboração da teoria do subdesenvolvimento econômico. A CEPAL foi, ao longo do tempo, desenvolvendo teorização própria sobre questões que preocupam a América Latina e tornou-se referência em discussões sobre desenvolvimento econômico e social, e cooperação entre países latino-americanos (SANTOS; OLIVEIRA, 2008).

orientações vindas da Conferência de *Bretton Woods*²², as relações internacionais com a América Latina eram essencialmente econômicas e ocorreram num cenário marcado pela dicotomia centro-periferia. No período em questão, a teoria desenvolvimentista defendia o crescimento econômico e a expansão da industrialização sem atentar ao desenvolvimento social, sendo a cooperação econômica o meio para assegurar o avanço econômico.

Nos anos 70, o regionalismo foi marcado pela crise do sistema *Bretton Woods*, e a participação latino-americana no contexto internacional foi questionada em função da dependência estabelecida nas relações de força e de poder dentro do sistema internacional. A Cepal produziu reflexões sobre o binômio desenvolvimento/subdesenvolvimento, as quais envolviam o Estado nacional e as manobras do capital internacional presentes nas assimetrias produzidas nas relações internacionais, o que incluía a inserção dos países da América Latina e as condições de dependência. No pós-guerra, no ILPES (Instituto Latino-Americano de Planificação Econômica e Social), órgão da CEPAL, e no CESO (Centro de Estudos Socioeconômicos da Universidade do Chile), foram elaboradas teorias sobre o subdesenvolvimento com ênfase nos efeitos da expansão do capitalismo central na periferia e a retomada do neocolonialismo na América Latina, sendo levadas em conta as históricas relações de submissão e sujeição (MACHADO, 1999).

Finalmente, nos anos 80, o regionalismo foi retomado na América Latina como via de inserção internacional privilegiada para a criação do Mercosul, uma experiência de regionalismo aberto. Tal regionalismo foi compreendido pela Cepal como protetor dos interesses dos países-membros, porém, sem superar o favorecimento da liberalização da economia internacional em função dos interesses dos países ricos. Segundo Corazza (2006), a Cepal indicou que, a partir dos anos 80, o regionalismo voltou-se "para fora" e adequou-se às exigências "de fora", com alterações na função do Estado que, também, assumiu

²² Em 1944, um total de quase quarenta e cinco países reuniram-se na localidade norte-americana de *Bretton Woods* para criar regras e instituições que estruturassem um sistema monetário internacional, que ficou conhecido como sistema *Bretton Woods*, sendo desdobrado na formação de organismos financeiros como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM), além do estabelecimento do dólar como moeda de referência econômica mundial (CARVALHO, 2015).

o papel de facilitador da abertura das economias para a competitividade internacional.

Sierra (2004) explica que a integração regional tem consequências políticas importantes para a América Latina, como a supranacionalidade e os encontros em torno das históricas desigualdades estabelecidas entre países centrais e periféricos ao sistema capitalista. A integração regional depende de políticas externas nacionais, sendo redefinidos os "nós" e o "outro".

Fawcett e Hurrell (*apud* CHARILLON, 2010) indicam uma escala crescente que serve para a compreensão dos processos de integração regional:

1) regionalização flexível ou integração informal, 2) a consciência de uma identidade regional compartilhada, 3) a permanente aplicação de uma cooperação interestatal, 4) uma integração regional promovida por uma política voluntarista dos Estados, 5) uma coesão regional mais reforçada, quando a região forma a base principal de ação e quando a própria interdependência gera todas as formas de políticas comuns existentes. (FAWCETT; HURRELL *apud* CHARILLON, 2010, p. 254).

Os avanços em termos de integração na América do Sul e no Cone Sul ainda são tímidos, pois a região apresenta realidades sociais marcadas por desigualdades. A ampliação da democracia é, também, um desafio às perspectivas integracionistas para a região, ocupando lugar central na agenda política mundial²³.

Já pode ser considerado positivo o fato da recente onda de regionalismo na América do Sul ter renovado antigos esquemas de integração e gerado novas modalidades de cooperação regional em diversas áreas, como a social, a de infraestrutura e a tecnológica, esta última, relacionada à indústria bélica. O contexto sul-americano se adequou às exigências neoliberais com efeitos mais amenos do que os dos anos 1990. Na atualidade, quanto mais a integração regional avança, mais resistência as nações sul-americanas apresentam às definições neoliberais de Estado, voltadas para interesses externos.

²³ Segundo Grandi (s/d, p. 423): “*En la agenda de la Unión Europea (UE), del G-7, y durante las últimas Asambleas del Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) la inflación, el déficit fiscal y la deuda externa han dejado de ocupar su primer lugar para cederlo a otros temas como el desempleo, el deterioro del capital social, la pobreza y marginación, y otros tópicos de orden social, así como el fortalecimiento de las instituciones, la democracia y la gobernabilidad en general*”.

Ao retomar Charillon (2010), identificam-se resultados expressivos da experiência em curso de regionalismo, na América do Sul, conduzida pelo Mercosul. A aproximação diplomática ajudou na formação do Bloco e, hoje, a evolução da integração tratou das tradicionais tensões e rivalidades entre Argentina e Brasil, as quais foram abrandadas. Percebe-se que perspectivas de solidariedade, de coesão social, de justiça distributiva, entre outros, vão sendo valorizadas, na medida em que países se aproximam e decidem investir em integração regional. As possibilidades de distribuição de bens sociais parecem possíveis, mesmo em realidades marcadas historicamente por injustiças, como aquelas das sociedades emergentes.

1.9 Modelos políticos de cooperação internacional

Para Souza (2008), o mundo é um espaço político privilegiado para originar a renovação de instituições. A partir das relações transnacionais e de suas interfaces, a cooperação tem destaque por ser frequente e intensificar interações nos mais diversos sentidos e regiões, Norte-Sul, Sul-Sul, Oriente-Occidente, Leste-Oeste.

Os fenômenos internacionais apresentam uma natureza histórica e sociológica, revelam conflitos e aproximações, atitudes e cálculos de forças que envolvem variáveis econômicas, políticas e sociais para representar interesses distintos. Estudos da sociologia sobre relações internacionais permitem interpretações referentes aos reflexos das relações entre Estados na vida dos sujeitos sociais, mostrando decisões, objetivos e deveres pactuados coletivamente. Reconhecem-se relações diplomático-estratégicas entre aliados e inimigos a partir da conduta do *homo diplomaticus* inserido em coletividades políticas de governo estatais (ARON, 2010).

Nos últimos anos, a cooperação internacional tem despertado interesse nos estudos das Ciências Sociais devido às novas formas que vêm assumindo, no sentido de transcender o mero tecnicismo do desenvolvimento de projetos, para se transformar em uma forma de política de solidariedade, pautada na corresponsabilidade entre países, em especial, os periféricos. Segundo estudo realizado pelo IPEA, intitulado Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento

Internacional 2005-2009, os países ricos, tradicionalmente, ofereciam práticas de cooperação já definidas, pacotes fechados para os países beneficiados. Em contraposição, os novos projetos cooperativos invertem a ordem tradicional ao se basearem na participação de diferentes atores, nem sempre governamentais, para realizarem a cooperação. Os projetos de cooperação atuais possibilitam um aprendizado mútuo e um maior poder de influência para as diferentes nações participantes nos fóruns internacionais.

Para Pino (2007), refletir sobre cooperação exige considerações em torno da participação, em especial, dos atores estatais, que podem assumir diferentes papéis: países doadores, países beneficiários, países mediadores, governos. Destacam-se, ainda, as recentes inserções de partícipes nos processos de cooperação, como as organizações não-governamentais²⁴. Segundo Milani (2013), a política de cooperação atual criou estratégias alternativas de atuação em relação ao modelo tradicional de cooperação Norte-Sul, que era baseada na política da piedade e do dever moral por parte dos países mais favorecidos.

As propostas inovadoras de cooperação horizontal nasceram de acordos entre países periféricos; procuram propiciar uma ação política em comum entre participantes. As políticas de cooperação na atualidade pautam-se em questões de caráter humanitário e descartam a caridade como virtude, uma vez que, segundo Arendt (*apud* SOUZA, 2008), a piedade pode provocar, conseqüentemente, um retraimento da esfera pública e dos espaços de diálogos e negociações.

A cooperação que se norteava pela caridade reproduzia desigualdades no sistema internacional, reforçada pelas rígidas hierarquias entre os países e devido ao estabelecimento de relações entre aqueles que têm o dever de ajudar e se beneficiam disso, e, de outro lado, os beneficiários que aceitavam, subalternamente, as ofertas de cooperação externa que vinham acompanhadas de promessas de desenvolvimento local. Reconhece-se, nesses mecanismos de dar-receber, que estes fragilizam a força do diálogo para dar lugar à força da dominação, como argumenta Arendt (*apud* SOUZA, 2008). Ou seja, a ação que

²⁴ Tem destaque, no âmbito da saúde global, a Fundação *Bill e Melinda Gates* que se tornou um importante parceiro da governança, por destinar um orçamento anual de 6 bilhões de dólares para iniciativas como a ampliação da cobertura vacinal (MILANI, 2013).

envolve a política de cooperação necessita garantir a liberdade e a pluralidade da ação.

A cooperação tradicionalmente praticada nas relações internacionais foi ineficaz, uma vez que suas metas e ações objetivavam interesses econômicos, não tendo trazido expressivos resultados ao tratamento dos problemas sociais. A cooperação técnica Norte-Sul, por exemplo, compreendida inicialmente como assistência técnica, não conseguiu superar as relações passivas dos receptores, além de intensificar a submissão e a dependência entre países periféricos e países centrais; portanto, a cooperação tradicional não estimulava a autonomia (PINO, 2007).

A partir do século XX, a cooperação internacional tornou-se uma importante ferramenta de relacionamento do sistema internacional. Passou a representar uma significativa forma de interação econômica, comercial e social entre atores internacionais que procuram unir esforços e produzir benefícios mútuos para os países participantes. A cooperação pode gerar perspectivas de alargamento de interesses supranacionais, já que se baseia em discórdia nula. Ou seja, de acordo com Holsti (*apud* PINO, 2007), a cooperação se dá, essencialmente, quando há interesses convergentes que, quando alcançados, favorecem a todos os participantes, por meio de acordos e regras (PINO, 2007; VALLONE, 2010).

Ao longo do tempo, a política de cooperação foi se descaracterizando como uma ação para beneficiar interesses apenas econômicos, mesmo que, ao longo de sua trajetória histórica, tal política não deixe de construir parcerias econômicas importantes. Na verdade, criou uma complexa rede de parceiros, como o Banco Mundial (BM), o Fundo Monetário Internacional (FMI), a Organização Mundial do Comércio (OMC) ou, ainda, organizações não-governamentais, movimentos sociais e centros de pesquisa. Fato este citado por Sato (2010) como importante, na medida em que se constituem novas ideias estruturadas em práticas e consciências coletivas e renovadas em torno da convivência internacional. A partir dos anos 90, a política de cooperação voltou-se, especialmente, para reforçar o papel do Estado e das instituições públicas, sendo destacados aspectos como o pluralismo, a descentralização, desenvolvimento sustentável e governança, voltando-se, portanto, pelo menos no plano teórico, para o bem-estar das populações de hoje e do futuro.

As concepções de cooperação foram modificando-se ao longo do tempo. Começam a surgir modelos em oposição à assistência Norte-Sul, frutos dos debates internacionais, como a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD), resultado de uma das Conferências Internacionais da ONU. Segundo Figueiredo e Fonseca (2010), a CTPD foi motivada na América Latina a partir da matriz realista, segundo a qual a cooperação representa uma importante forma de inserção internacional dos países em desenvolvimento. A CTPD contribuiu com o fortalecimento institucional dos países participantes, uma vez que são estabelecidas estruturas institucionais capazes de viabilizar o intercâmbio de conhecimentos, com resultados a curto, médio e longo prazos.

A cooperação foi, aos poucos, se apoiando em parâmetros valorativos do ponto de vista ético e moral, representados pela defesa da equidade e da universalidade para enfrentar as disparidades consequentes do desenvolvimento nacional. Assim, a cooperação internacional vincula-se a formas de assistência prestadas, por atores com melhores condições socioeconômicas, a outros em situação de risco ou de carência. A ajuda humanitária representa um dos objetivos mais comuns das práticas cooperativas, pautadas no princípio ético do humanitarismo que defende a compaixão entre seres humanos, o que pode envolver contrapartidas materiais. A ajuda humanitária distingue-se do assistencialismo por ser praticada de forma supranacional, em situações emergenciais, como desastres naturais, catástrofes, epidemias, guerras etc. As Nações Unidas (ONU) contam com um Escritório de Coordenação de Assuntos Humanitários (OCHA) desde 1991, com a disponibilidade, inclusive, de fundos de financiamento para ações humanitárias que envolvam vários países.

Práticas humanitárias semelhantes às que são coordenadas pela ONU foram realizadas anteriormente por organizações supranacionais, como a Cruz Vermelha, criada em 1863, voltada ao apoio às vítimas de conflitos armados ou de outras formas de violência. Mais recentemente, Médicos sem Fronteiras, criada em 1971, presta assistência médica a países e grupos assolados por epidemias, desnutrição e guerras, vendo a saúde como um direito inalienável dos indivíduos em qualquer parte do mundo. Podem ser citadas, também, outras entidades, a saber: *Mercy Corps*, formada em 1979, com a meta de desenvolver ações de fortalecimento da sociedade civil devido a crises econômicas, sociais

e conflitos armados; Oxfam International, fundada em 1942, voltada para a distribuição de alimentos para mulheres e crianças em situação de vulnerabilidade social; Anistia Internacional, criada em 1961, como organização humanitária que disponibiliza recursos voltados para a defesa dos direitos humanos de vítimas de formas diversas de discriminações. As ações de ajuda humanitária mobilizam muitas pessoas que são organizadas por agências de cooperação para realizarem trabalho voluntário em missões de risco no mundo. São ações que procuram favorecer o acesso aos direitos humanos, fundamentais à condição de sobrevivência e reprodução social com dignidade (PAULA, 2013).

Quanto aos atores, a cooperação internacional pode ser bilateral (envolvendo dois países), multilateral (conta com a participação de Estados e de organizações internacionais) e, ainda, triangular (ocorre quando um país financia outro para este executar as políticas de cooperação com um terceiro que será o beneficiado diretamente pela atividade). A cooperação técnica multilateral passou por diferentes fases no Cone Sul. No início esteve voltada para a estruturação de instituições técnicas vinculadas a setores produtivos. Em seguida, passou a apoiar o Estado nas suas funções públicas para responder às demandas sociais; isto é, compromissos assumidos internacionalmente, no âmbito multilateral, deveriam ser incluídos nas administrações públicas nacionais (PINO, 2007; FIGUEIREDO, FONSECA, 2010).

A Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID) merece destaque na América Latina por representar um fenômeno político central para a política externa na região. A CID teve origem em iniciativas norte-americanas, após a II Guerra Mundial, para transformar estruturas produtivas, econômicas, institucionais e culturais dos países beneficiários e, assim, desenvolver o capitalismo na região (MILANI, 2013). A partir de 1945, houve a institucionalização da CID, tendo as Nações Unidas um papel fundamental em mediar o processo de sua operacionalização (MILANI, 2013).

A CID representa um sistema de relações entre a política dos Estados e os interesses de atores não governamentais. É guiada por um conjunto de normas difundidas por organizações internacionais e pela crença generalizada da promoção do desenvolvimento em bases solidárias. O sistema da CID envolve países doadores (tradicionais, emergentes) e beneficiários (países de

baixa renda e, em algumas situações, de renda média), sendo as relações entre os atores facilitadas por organizações não governamentais, *think tanks* (usina de ideias), centros de pesquisa, universidades etc. A CID trata de hierarquias diante de questões humanitárias, além de engendrar o capitalismo.

A partir de 1990, os temas que passaram a ser destacados pela agenda internacional, para a CID, são os que envolvem o combate a pandemias (ebola, gripe aviária etc.) e à pobreza, a proteção da biodiversidade, parcerias entre os setores público e privado, aceleração de políticas de convergência econômica e equilíbrio macroeconômico. O diálogo tornou-se a prioridade nas relações de negociação da CID sobre políticas públicas (*policy dialogues*) e as agendas da cooperação se voltaram para a lógica de cooperação e parcerias. Nos anos 2000, destacaram-se as Declarações de Paris (2005), de Acra (2008) e de Busan (2011), as quais enfatizaram as capacidades nacionais que devem ser priorizadas para que os países em desenvolvimento implementem políticas públicas com responsabilidade mútua, ferramentas de gestão, harmonização de práticas e estratégias dos Estados-doadores (MILANI, 2013).

Um efeito da CID que também merece destaque foi a emergência do Sistema de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento, a partir das metas de ajuda para a reconstrução da Europa, introduzidas pelo Plano Marshall²⁵ que manteve sua ação por meio de programas de assistência técnica, inicialmente voltados para os países europeus e, depois, para os países pobres da América Latina. Com o surgimento da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE (1948), a CID passou a contribuir com a criação de condições de expansão do comércio mundial.

A partir das décadas de 1970 e 1980, houve mudanças nos discursos das organizações internacionais sobre a CID. Aumentaram as preocupações com os prejuízos sociais trazidos pela condição desigual do desenvolvimento, sendo necessário enfrentar os problemas que impediam o desenvolvimento nos países subdesenvolvidos, como a corrupção, a falta de competência técnica dos gestores públicos, o mau funcionamento das instituições etc. A noção de justiça

²⁵ O Plano Marshall, também conhecido como Programa de Recuperação Europeia, foi desenvolvido em 1947, pelos EUA, como um plano humanitário voltado para a recuperação dos países aliados da Europa que foram muito abalados pelos longos anos de guerra contra a Alemanha. Recebeu o nome do Secretário do Estado dos Estados Unidos, George Marshall (ALLEN, 2007).

norteou, então, a busca contemporânea por um desenvolvimento a ser alcançado igualmente por todos os países. Assim, a OCDE passou a se dedicar a um diagnóstico, análise e entendimento sobre a pobreza, abrindo espaço para a implementação de políticas sociais focalizadas de caráter compensatório (KRAYCHETE, 2012; VALLONE, 2010).

Nas décadas de 1990 e de 2000, a CID se ampliou, uma vez que a ordem bipolar do mundo teve fim e a perspectiva de um mundo mais pacífico estabeleceu-se, repercutindo em novas agendas e novas prioridades. Da ideia de ajuda internacional, chegou-se à de cooperação, com destaque para projetos focalizados em grupos sociais muito vulneráveis. O eixo das atenções deslocou-se do crescimento econômico para o desenvolvimento humano, sendo a saúde considerada um pilar importante para se chegar a padrões de vida digna. Por um lado, visões mais abrangentes da CID se produziram, capazes de institucionalizar perspectivas multidimensionais, especialmente, para a saúde. Porém, por outro lado, o debate sobre os determinantes estruturais e políticos, referentes às assimetrias do capitalismo entre países e regiões, fragilizou-se na ordem internacional (MILANI, 2012).

Após os atentados terroristas de 11 de setembro de 2001, ocorridos nos EUA, uma nova questão passou a permear as agendas da CID, tornando-as mais controladoras e repressivas: a política de segurança. Houve, ainda, uma maior preocupação acerca da eficácia da ajuda internacional, sendo exigida uma efetiva capacidade nacional para lidar com programas e projetos bilaterais e multilaterais relacionados a políticas públicas locais apoiadas em cooperação.

1.10 Cooperação SUL-SUL: propostas de desenvolvimento e integração

O avanço do capitalismo tornou-se ilimitado e com poucas perspectivas de ser contestado. O Estado assume papéis econômicos protagônicos e as instituições sociais se enfraquecem ao gerir a interdependência econômica e a globalização, sendo incapazes de lidar com os desafios das novas décadas. Contudo, contraditoriamente, as alternativas a uma conjuntura de hegemonia imperialista e de dominação surgiu com a retomada da cooperação pautada em valores de solidariedade. A cooperação ressurgiu como humanitária e política,

contestando o sistema internacional, e se reforça entre países da América do Sul nos anos 90.

Baldwin (2006 *apud* VEIGA; RIOS, 2009) chama a atenção para o fato de que no cenário internacional atual emerge um novo tipo de globalização, a de “alta definição” (*HD globalization*), que traz uma série de mudanças, sendo uma das mais notáveis a que se refere à emergência de novos atores políticos, dentre eles, os países em desenvolvimento da América Latina. Tais países conquistaram a possibilidade de disputar e influenciar as regras internacionais e apresentam maiores chances de integração regional com desenvolvimento nacional.

A América Latina tem acumulado capital político e, com isso, amplia sua participação em foros internacionais. Os desequilíbrios econômicos e sociais internos ainda são muitos e complexos, porém, surgem, também, maiores perspectivas de enfrentamento das questões sociais latino-americanas, diante do potencial de crescimento desses países e de sua luta por ter um peso maior nas relações econômicas e políticas mundiais (BALDWIN, 2006 *apud* VEIGA; RIOS, 2009, p. 97)²⁶.

O paradigma liberal de desenvolvimento passou a ser revisitado na ordem internacional, juntamente com a ressurgência do nacionalismo e com a criação de sofisticados esquemas de integração regional. Novos polos de poder regional se estabelecem com apoio internacional. A perspectiva do regionalismo se intensifica e os países passam a cooperar para construir regiões mais fortes a fim de enfrentar as consequências sociais da globalização. O regionalismo dos anos 90, na América Latina, vinculou-se, portanto, a uma revisão política de projetos nacionais de desenvolvimento. As negociações comerciais intrarregionais intensificavam-se e, assim, surgiram mercados comuns e uniões aduaneiras. As novas perspectivas de regionalismo aberto ocorrem com base

²⁶ Para Baldwin (2006 *apud* VEIGA; RIOS, 2009, p. 105), a globalização passou por diferentes momentos: a primeira globalização reduziu custos de transporte e aumentou, assim, a mobilidade internacional dos produtos, o que intensificou o consumo. Já na segunda globalização, houve uma nova redução de custos, agora com relação aos bens da comunicação, o que repercute na fragmentação internacional de etapas produtivas do processo de produção de um bem final, sendo, também, afetados os setores de serviços e as redes internacionais de valor, até então concentradas nos países do Norte. Na globalização de alta definição, tem-se a emergência do Sul e da Ásia como importantes atores do capitalismo mundial.

em objetivos comerciais, porém, tem sido destinada uma atenção especial à inclusão de temas sociais nas discussões e acordos regionais (CARDOSO; FOXLEY, 2009).

Ou seja, a globalização do século XXI aponta para as possibilidades de redistribuição da riqueza e do poder no mundo, com maior participação de países em desenvolvimento, contrariando os próprios interesses do sistema de acumulação. De acordo com Pino (2012), os países emergentes tornaram-se *global players* e, assim, tanto participam do financiamento quanto da execução de programas e projetos voltados para o desenvolvimento de outros países e para as atividades de organismos multilaterais. As modalidades de cooperação hoje existentes não se limitam mais a ajuda, mas incluem intercâmbios tecnológicos, científicos, comerciais e sociais entre países.

Entre os anos 1990 e 2010, a cooperação tornou-se um instrumento político com capacidades de integração e desenvolvimento, favorecendo a inserção internacional dos países emergentes do Cone Sul e a consolidação dos direitos humanos na região. A Cooperação Sul-Sul (CSS) articulou-se na região, sendo estabelecida como um marco dentro da nova ordem mundial. Foi a possibilidade de retomar o crescimento econômico dentro de um pensamento nacionalista em bases regionais. Apesar de o neoliberalismo fortalecer-se nas economias nacionais, a democracia voltou a ser almejada pelas lutas sociais, e os governos buscaram novas formas de inserção internacional para os países do Cone Sul, de maneira a não ficarem em posição de subalternidade e dependência (SARAIVA, 2007).

Segundo Milani (2012), a CSS emergiu no sistema internacional como conquista do ativismo multilateral dos países em desenvolvimento. Com a articulação atual dos países do Sul, há o reconhecimento da capacidade da região de se inserir nos mercados mundiais e na dinâmica da globalização, a partir da defesa dos interesses regionais. Os benefícios da globalização deixaram de se concentrar, exclusivamente, nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE (MILANI, 2013).

Milani (2012) destaca a Conferência Ásia-África, realizada em Bandung (1955), como marco histórico para a CSS por ter favorecido a coalizão de países terceiro-mundistas que denunciaram as dificuldades criadas pela relação com as grandes potências. A Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e

Desenvolvimento (UNCTAD) merece, também, ser ressaltada por apontar a CSS como propiciadora de intercâmbio entre os países do Cone Sul a partir de programas de cooperação, a princípio, econômica. A Conferência sobre Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento, realizada em Buenos Aires, em 1978, é outro marco para a cooperação para o desenvolvimento entre países do hemisfério sul, assim como a Conferência sobre a CSS em Nairóbi, consolidando-se o tema de facilitação das condições de desenvolvimento na região do Cone Sul (BUSS; FERREIRA, 2010a).

O conceito político Sul-Sul surgiu na década de 1950, a partir das Conferências Ásia-África e Bandung, quando os países chamados “Terceiro Mundo” uniram-se no “Movimento dos Não-Alinhados” e passaram a se organizar para fazer frente à bipolaridade típica da Guerra Fria. Os não-alinhados buscavam uma ordem econômica mais favorável. Estabeleceram marcos importantes para o enfrentamento dos conflitos e a construção de possíveis consensos políticos entre os países emergentes.

Os países emergentes da América do Sul, especialmente os que participam da CSS, tomam medidas multilaterais e têm uma dupla inserção, ou seja, como beneficiários e como doadores. Como enfatiza Milani (2013), constrói-se uma diplomacia de cooperação Sul-Sul desde 1990, com vistas a se consolidar como uma modalidade de cooperação pautada em relações bilaterais com coligações multilaterais. Países como Brasil, China, Índia, África do Sul e Venezuela participam da CSS, criam fundos de investimentos, programas de integração econômica, projetos de desenvolvimento etc., os quais ocorrem entre países que têm similaridades em termos de condições históricas, econômicas, políticas e sociais.

A CSS reforçou espaços regionais de integração voltados para áreas sociais, como a saúde pública. A CSS para a saúde destaca-se por criar possibilidades de participação em processos de reforma da governança global e de reconfiguração de alianças regionais relacionadas ao tema. O tema saúde transcende as fronteiras regionais e recebe contribuições externas para os países envolvidos. Países do hemisfério Sul, como o Brasil, assumem a liderança da constituição de relações entre a saúde e as relações internacionais. A iniciativa Saúde Global e Política Externa, de 2007, destaca a saúde como um

aspecto central da política externa e sinaliza a necessidade de se estabelecer novos paradigmas de cooperação (BUSS; FERREIRA, 2010a).

As diferentes modalidades de cooperação Sul-Sul são a Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID) e a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD), referidas anteriormente, que se consolidam como alternativas para a intervenção em um bem tão essencial à vida como a saúde. A partir da CSS, a saúde reforçou-se como um direito de cidadania e consolidou-se como uma questão global e do desenvolvimento. Como destaca Milani (2013), a saúde é reconhecida como elemento integrador, a partir da prática da CSS, com perspectivas de alcançar progressos relacionados a elementos não-materiais, como a solidariedade social e o estabelecimento de consensos políticos entre países.

A Cooperação Norte Sul (CNS), segundo o Comitê de Assistência ao Desenvolvimento (CAD) da OCDE (ALMEIDA, 2013), entende-se como fluxos destinados à promoção do desenvolvimento econômico e do bem-estar dos cidadãos dos países em desenvolvimento. A CNS promoveu a concessão de empréstimos a taxas de juros muito baixas para celebrar acordos entre países. A CNS surgiu após o discurso do Presidente americano Henry Truman, em 1949, que marcou a separação entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos, países do Norte e do Sul. A OCDE foi criada, em seguida, para fortalecer o sistema econômico de mercado para além das fronteiras europeias. Essa organização conta, hoje, com 34 países cooperantes, entre eles Bélgica, Canadá, Chile, França, Alemanha, Japão, Portugal e EUA, e volta-se para a articulação da cooperação do tipo vertical. Na atualidade, assume princípios e estratégias em torno do desenvolvimento de países periféricos, com base na Parceria Global, para oferecer trocas de conhecimentos e experiências. A CNS se difere da CSS devido ao caráter horizontal desta última, uma vez que a CSS envolve países em condições de desenvolvimento semelhantes e dispostos a convergir esforços em prol da integração socioeconômica regional (ALMEIDA, 2013).

As diferentes modalidades de cooperação revelam que uma das funções mais importantes das interações políticas internacionais é a troca de experiências bem sucedidas que permitem transferir, além de conhecimento técnico, possibilidades conjuntas de tomada de decisões em torno de questões essenciais para indivíduos e grupos. Além do que, as práticas cooperativas

atuais modificam concepções de cooperação internacional baseadas em antigos modelos. Brasil, Argentina e Uruguai, nações expressivas sul-americanas, praticam a política de cooperação em prol do desenvolvimento nacional e regional, tanto no sentido econômico como social. Nestes três países, desde os anos 80, existem instituições oficiais de referência para tratar de projetos de cooperação. São instâncias de apoio às negociações, coordenação e execução de programas de cooperação técnica que lidam com diferentes atores governamentais e não governamentais. No Brasil, há a Associação Brasileira de Cooperação (ABC), ligada ao Ministério das Relações Exteriores. No Uruguai, há *La Dirección de Cooperación Internacional*, também relacionada ao governo federal e, na Argentina, existe a *Dirección General de Cooperación Internacional* (DGCIN), dependente da *Secretaría de Coordinación y Cooperación Internacional del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto de La República Argentina* (BRASIL, 2015a; ARGENTINA, 2015a; URUGUAY, 2015).

Outro marco importante para a cooperação no Cone Sul ocorreu em 2002, quando Brasil e Uruguai estabeleceram a Nova Agenda de Cooperação e Desenvolvimento Fronteiriço, durante as gestões dos presidentes Fernando Henrique Cardoso, do Brasil, e Jorge Battle, do Uruguai. Assim, as políticas de cooperação são, frequentemente, estruturadas a partir de conferências, reuniões de cúpula intergovernamentais, fóruns, e são orientadas pelas diretrizes de eficiência e equidade. Com isso, reforçou-se o estabelecimento de uma agenda internacional de desenvolvimento comum (KRAYCHETE, 2012; VALLONE, 2010).

Capítulo 2: Reconhecimento, direitos humanos e políticas públicas: a saúde como questão social

As dimensões teórico-conceituais tratadas neste capítulo envolvem os temas do reconhecimento e da justiça social. São eles entendidos como princípios norteadores da democratização das políticas públicas relativas aos sistemas de proteção social com caráter universal, a saúde em especial. Trata-se da saúde em seu sentido amplo, com enfoque na dimensão coletiva que se realiza na esfera pública, capaz de evidenciar o reconhecimento desse bem como um direito humano. Assim, o capítulo aborda reflexões que indicam os elementos das relações internacionais que repercutem em políticas públicas nacionais de saúde, centradas em valores de universalismo, equidade e solidariedade, para os países do Cone Sul da América Latina.

Dentre as várias mudanças promovidas pela globalização, encontra-se a formação de blocos regionais. Nestes, além dos esforços para a convergência de interesses e regulamentação em campos diversos, verifica-se a renovação de paradigmas de proteção e bem-estar sociais, para alterar os mecanismos de reprodução da hegemonia do mercado sobre as necessidades em saúde, reveladoras das desiguais condições de vida e da vulnerabilidade dos indivíduos como cidadãos ou como sujeitos de classe social. As demandas sociais, hoje, transcendem aspectos materiais e sustentam-se em valores pós-materiais, revelando a busca pelo reconhecimento de direitos e de pertencimento. Isso inclui a questão do redistributivismo, principalmente em termos de renda e benefícios sociais geridos pelo Estado, a qual permanece como demanda política ao longo das atuais experiências democráticas na América Latina.

2.1 O reconhecimento na era pós-socialista

Os regimes internacionais definem novas regras de relações entre os países, com a indicação de preocupações globais que interessam ser abordadas por todos os países, em particular, as desigualdades sociais. Os Estados convivem com condições

heterogêneas de desempenhos econômicos e instabilidades políticas, acentuando, assim, desequilíbrios sociais, dinâmicas díspares de desenvolvimento e injustiças materiais e culturais (VEIGA; RIOS, 2009).

As esferas públicas que tratam de questões internacionais, também, se tornaram transnacionais, tais como os espaços de diálogo e tomada de decisões que contam com a participação de diversos atores. Os contatos interpessoais são estabelecidos de maneira transcultural, com destaque para a expansão do pluralismo e da hibridização dos entendimentos de questões comuns de distintas culturas. Diante das mudanças contemporâneas nas relações entre povos e países, as teorias sociais reforçam o pensamento crítico para compreender as alterações vividas, tendo como uma das categorias centrais de análise o reconhecimento.

O estudo de tal categoria permite compreender questões em torno dos condicionamentos histórico-culturais no capitalismo, das lutas sociais contra as injustiças, dos novos padrões de justiça (social) emergentes, do igualitarismo e, ao mesmo tempo, do respeito às diferenças culturais. Segundo Matos (2004), destacam-se como formuladores das teorias críticas do reconhecimento Axel Honneth, Nancy Fraser e Charles Taylor.

Para Nancy Fraser (2002 *apud* MATOS, 2004), filósofa norte-americana filiada à teoria crítica, avaliar os conflitos sociais globais que ocorrem na realidade pós-socialismo ajuda-nos a compreender a teoria do reconhecimento. A autora analisou riscos e recursos trazidos pela globalização para o enfrentamento de injustiças econômicas, tendo verificado que as lutas sociais transnacionais tiveram papel significativo na formulação de demandas que convergem com as necessidades de redistribuição e de reconhecimento. Sua tese é que a vida em sociedade exige a inserção das pessoas na dinâmica de relações materiais e subjetivas, de forma que os cidadãos possam participar de maneira independente e com direito à voz e voto no processo de tomada de decisões.

Com a globalização, houve para muitos grupos sociais uma ruptura dos direitos consagrados ao longo do século XX, como alguns dos direitos humanos e sociais, a exemplo do direito à educação, à saúde, entre outros, fruto da reorganização do sistema político-econômico de mercado, e acirramento das desigualdades e de

padrões sociais de comportamento marcados por intolerância e preconceitos. De acordo com Fraser (2002), as injustiças sociais ocorrem devido à intensificação das desigualdades e às conseqüentes privações as quais repercutem na perda da capacidade de autointerpretação dos indivíduos, gerando fragilizações das identidades e dos vínculos políticos. A luta pelo reconhecimento se contrapõe a isso, apoiada na indignação e na formulação de denúncias em torno das contradições sociais.

O reconhecimento possibilita a formação de sentimentos de igualitarismo, dignidade e respeito às diferenças entre indivíduos e grupos. Apresenta-se de forma objetiva ao direcionar demandas para políticas públicas referentes à ampliação do acesso e do usufruto dos direitos políticos e sociais. Relaciona-se à política de identidades e se articula com movimentos sociais, dando base para lutas pelo reconhecimento legal e moral de direitos, especialmente, para minorias (como os direitos de gênero, por exemplo).

A luta pelo reconhecimento tem base local/nacional, mas, também, denuncia injustiças em escala mundial; defende o exercício de potencialidades emancipatórias, com enfrentamento dos diversos eixos de subordinação social. Fraser (2002) atentou que a interdependência do reconhecimento em relação à justiça social exige uma justiça que norteie tanto perspectivas distributivistas como de reconhecimento recíproco.

Axel Honneth (2003 *apud* MATOS, 2004), filósofo e sociólogo alemão, membro da geração mais recente da Escola de Frankfurt e influenciado por Jürgen Habermas, defende a teoria do reconhecimento como teoria crítica destinada a analisar as relações intersubjetivas de reconhecimento que, se desrespeitadas, geram conflitos interpessoais e sociais. A sua preocupação foi entender as transformações no âmbito moral, capazes de consolidar ou não identidades positivas e subjetividades. O autor focou sua análise nos aspectos subjetivos do processo de formação de identidades, sendo a luta por reconhecimento mútuo o melhor meio de assegurar o sentimento de autoconfiança, autorespeito e autoestima, fundamentais para um posicionamento crítico e autoconsciente dos indivíduos na política democrática. O reconhecimento, para esse autor, destaca-se pelo valor ético, o qual, ao favorecer a autorrealização individual na vida cotidiana, permite individuação e, também, inclusão social no

coletivo.

Honneth (2003) apresentou três esferas de reconhecimento: a do amor, a da ordem social e a da solidariedade. As experiências de reconhecimento preparam os indivíduos para o convívio consigo mesmo, com ênfase no cultivo da autoconfiança (cultivada desde a infância). Realiza-se nas relações de amor e amizade, acompanhadas pela paulatina maturação da moralidade e do autorrespeito. Começa-se a nutrir nos sujeitos a necessidade social de autonomia, que assegura a participação dos indivíduos na vida pública.

O reconhecimento esteve presente nas sociedades tradicionais, segundo Honneth (2003), pautado na concepção de *status* e apoiado em uma determinada estrutura jurídica. Aspectos morais da condição de membro ativo da comunidade definiam a inclusão social. Com o advento da modernidade, o processo de reconhecimento alterou-se devido a conquistas legais e institucionais que procuraram combater exceções e privilégios da velha ordem social aristocrática. Portanto, na era moderna, a segunda esfera do reconhecimento refere-se ao direito, com destaque para a capacidade formal da ação moral autônoma, atrelada à capacidade do sistema jurídico, regido pelo Estado, de combater injustiças. Na nova ordem social, a função do direito centra-se na defesa da existência dos diferentes interesses presentes na sociedade; a partir daí, houve a separação entre o direito e o juízo de valor. Aos cidadãos autônomos, cabe decidir racionalmente sobre as questões de ordem moral; e a luta por reconhecimento revela uma pressão social constante em torno das garantias de novas condições de participação na formação pública da vontade.

A terceira forma de reconhecimento considerada por Honneth (2003) é a solidariedade, que se refere à importância da inserção dos indivíduos na vida compartilhada, levando em conta a individualização produzida na modernidade ao representar as características individuais dos seres humanos e estimular a formação da autoestima, entendendo ser esta essencial para a participação na vida pública e nas relações com o outro. A solidariedade, como forma de reconhecimento, enfatiza as possibilidades de integração orientadas por parâmetros morais de tolerância, em relação às diferentes propriedades pessoais dos seres sociais, fomentando relações sociais mais simétricas e capazes de gerar perspectivas de autorrealização. Neste

nível, estabelece-se um padrão de autocompreensão cultural da sociedade. Em outros termos, o autor, ao tratar o reconhecimento como forma de solidariedade, ressalta a autorrealização na vida em comunidade e a formação de um sistema intersubjetivo de avaliação moral, sobre igualdade e alteridade nas relações coletivas, capaz de contribuir para a coesão social (HONNETH, 2003).

Honneth (2003 *apud* SAAVEDRA; SOBOTTKA, 2008) enfatizou a essencialidade do reconhecimento dos direitos fundamentais, uma vez que sujeitos sociais necessitam contar com a proteção jurídica e moral, para garantir liberdade, participação e acesso mínimo a bens materiais e não materiais fundamentais à sua sobrevivência. O reconhecimento dos direitos abrange três esferas capazes de assegurar o autorrespeito, quais sejam, civil, política e social; enquanto a luta pelo reconhecimento busca a garantia do autorrespeito em termos de amor, integridade social, dignidade humana e solidariedade. Para o autor, sem isso, o desrespeito gera prejuízos sociais e sofrimentos humanos com privações de toda ordem.

Charles Taylor (1993), filósofo canadense, é o terceiro autor que Matos (2004) destaca como formulador da teoria do reconhecimento. Sua análise pauta-se na necessidade do reconhecimento, na relação entre indivíduo e coletividade, a partir da noção de comunitarismo. Este está relacionado às múltiplas identidades sociais, culturais e étnicas, e tem a capacidade de estimular a formação e manutenção das comunidades culturalmente diferentes. O reconhecimento das diferenças deve ser público e assegurado, na medida em que instituições públicas e grupos sociais (culturais) específicos envolvem-se com as questões da diversidade. Para o autor, as políticas públicas necessitam considerar as diferenças (culturais) entre indivíduos e grupos, sendo as identidades culturalmente indispensáveis à própria condição humana. Taylor (1993 *apud* MATOS, 2004) analisou a relação entre reconhecimento e identidades com base no valor da categoria dignidade, em lugar da categoria honra. Enquanto a honra distribui-se desigualmente em sociedades hierarquizadas, a partir de privilégios apoiados na posição social, a dignidade é entendida como valor universal e igualitário, compartilhado por todos, independentemente de qualquer forma de hierarquia social. O tratamento da identidade considera particularidades e evidencia a originalidade de cada indivíduo como único.

Taylor (1993) enfoca em suas análises a capacidade dialógica como essencial à plena existência humana e à compreensão do sujeito em torno de si mesmo. A partir do diálogo, a comunicação entre indivíduo e grupo é favorecida sem desconsiderar o papel do outro no processo de reconhecimento. As reflexões desse autor apresentam o *self* individual como fruto das interações sociais, o que permite às pessoas se perceberem como sujeitos sociais, definirem qualificações individuais, além de compreenderem o mundo e a posição do indivíduo nele. Merece destaque a prática dialógica que proporciona a formação e o reconhecimento das identidades individuais e coletivas construídas na inter-relação do indivíduo consigo mesmo e com o outro nas esferas públicas (TAYLOR, 1993).

Além do reconhecimento se centrar no diálogo, a análise de Taylor (1993) reforçou o princípio da dignidade universal igualitária como fundamental à conquista da autonomia individual e da igualdade de acesso aos direitos. O autor defende que a reformulação das concepções em torno da cidadania liberal, vinculada aos princípios de reconhecimento, não se restringe ao âmbito nacional, pois as políticas do reconhecimento das diferenças e da dignidade exigem a não discriminação e um tratamento diferenciado para grupos que possuam necessidades particulares. A sociedade, ao estabelecer metas coletivas, pauta-se no reconhecimento público da diversidade cultural, dentre outras, como indispensável à convivência coletiva. O ideal social é poder combinar liberdade com igualdade, e prosperidade com justiça. Portanto, há a necessidade de uma legislação de proteção e promoção cultural (dentre outras), em especial no interior de um Estado liberal, para reconhecer identidades e demandas múltiplas (TAYLOR, 1993).

As ideias de Fraser, Honneth e Taylor sobre o reconhecimento centram-se na compreensão de aspectos culturais e de subjetividades, indispensáveis para as condições dignas de existência, no âmbito da esfera pública e da política democrática. Fraser (2002) destacou como prioritário para a sociedade atual o enfrentamento de formas de desrespeito à dignidade humana por meio da luta pelo reconhecimento, essencial para estimular a perspectiva de integração entre povos e nações. Isso é relevante para a formação de identidades regionais capazes de reforçar a união e a representação de interesses de uma região. Os movimentos por reconhecimento

necessitam de ações governamentais e civis que propiciem a construção de uma esfera pública efetivamente democrática e transnacional, com possibilidades de estabelecer um sistema de valorização social universal baseado, entre outros, no bem-estar social.

No âmbito das políticas públicas (nacionais) de saúde, o paradigma do reconhecimento se refere à defesa de condições sociais de vida digna que dependem das relações entre indivíduos autônomos e capazes de reconhecerem e serem reconhecidos como cidadãos incluídos, porque são dotados de autoconfiança, autorrespeito e autoestima. O caso da saúde como demanda e política públicas permite ao indivíduo exigir o usufruto de uma vida digna, com integridade física e mental. A falta de uma saúde digna fere a autorrealização e leva à manifestação de discriminações. As políticas públicas, quando relacionadas ao paradigma do reconhecimento, difundem as capacidades de construção de valores políticos renovados para a saúde, vinculando-a à dignidade, solidariedade e justiça social (SCHUMACHER; PUTTINI; NOJIMOTO, 2013).

2.2 A centralidade da justiça social para a ampliação dos direitos humanos

A justiça social é compreendida conforme as diferentes formas de evolução histórica das relações sociais e da política. Para Laniado (2013), a justiça está presente na história das civilizações, faz parte da estruturação da ordem social e das instituições complexas. As teorias que tratam do tema voltam-se para aspectos relacionados tanto às instituições como aos indivíduos, configurando um campo composto por princípios de liberdade, solidariedade, cidadania e igualdade. A justiça efetiva condições de liberdade e igualdade para indivíduos, uns em relação aos outros, aborda ainda a distribuição de recursos sociais e a formação das normas que regem a vida coletiva justa (LANIADO, 2013). Ao relacionar-se à equidade, refere-se à igualdade de posições ou à igualdade de oportunidades, como ressalta François Dubet (2012). Na modernidade ocidental, a noção de justiça se apoia nos princípios de liberdade e autonomia para definir parâmetros de sociedades justas que asseguram a independência das pessoas, umas em relação às outras (SCHUMACHER; PUTTINI;

NOJIMOTO, 2013).

As concepções de justiça são, portanto, influenciadas pelos contextos de lutas sociais que, nas sociedades liberais, refletem tensões advindas das contradições de classe e das desigualdades. As afirmações de igualdade que acompanham a justiça social, implementada pelas instituições modernas, são dificultadas por *déficits democráticos*, muitas vezes, causados pelas fragilidades das instituições para efetivar a justiça.

Tratar do tema justiça social em relação à saúde envolve reflexões sobre este bem no sentido individual e coletivo, sobre a sua capacidade de efetivar a equidade neste setor através do gerenciamento da política e dos sistemas de saúde oferecidos pelos governos aos seus cidadãos (MILLER, 1998).

A principal inquietação de Miller (1998) é saber se já se chegou ao fim da era da justiça social. O autor defende uma noção de justiça global que se contrapõe à ideia de igualitarismo e se pauta no respeito aos direitos humanos e na obrigação das comunidades garantirem a autodeterminação e a convivência norteada pela justiça social. A noção de justiça social orienta avaliações em torno das instituições, a partir das quais se dá a distribuição de recursos sociais. Das concepções de justiça social dependem, hoje, as políticas comunitárias que, cada vez mais, criam divisões sociais. Os princípios da justiça dependem de como as pessoas os aplicam nas relações sociais com o outro, para quem ou com quem se faz justiça. Porém, tais princípios combinam necessidades, equidade e merecimento. Na política, a justiça social é um ideal que se manifesta nas políticas públicas, leis e comportamentos orientados pelos governos e agências.

A justiça social se alcança na medida em que as necessidades das pessoas são satisfeitas, integral ou proporcionalmente. Miller (1998) entende, como Rawls (2002), que a justiça social orienta os critérios, para caracterizar os merecedores das recompensas, em função de seus méritos, porém, não cabe ao mercado estabelecer a meritocracia. Segundo o autor, na maioria das nações, os avanços em relação à justiça social são modestos, sendo difícil avaliar o nível de desigualdade que a justiça é capaz de permitir.

Miller (1998) lembra que a ideia de justiça social não surgiu na modernidade.

Desde a antiguidade clássica, Aristóteles fazia referência a suas diferentes formas de justiça; dentre elas, a justiça distributiva, concebida como uma medida para a repartição das honras e dos bens da comunidade, de modo que cada cidadão pudesse usufruir de recursos indispensáveis à boa vida a partir de seus méritos. Então, o justo era definido de maneira proporcional. A noção moderna de justiça social é construída a partir da retomada de concepções clássicas, como as de Stuart Mill, Leslie Stephen, Karl Marx, entre outros, que relacionaram o tema à ética do sistema econômico e social dominante. No século XX, tais ideias de justiça social foram sistematizadas de forma que se definisse o papel das instituições no que se refere à propagação de parâmetros de justiça (MILLER, 1998).

John Rawls (1971 *apud* PEREIRA, 1990) filósofo político atual, tornou-se uma das principais referências sobre o tema da justiça social. O autor preocupou-se em explicar como as sociedades definem juízos de valor em torno da liberdade, oportunidade, renda, riqueza e autoestima, valores estes que necessitam ser distribuídos igualmente, a não ser que a desigualdade seja igualmente benéfica para todos. A concepção de justiça de Rawls (2002) foi denominada de liberalismo igualitário, por conjugar preocupações clássicas do liberalismo com ideais igualitários de esquerda. Evidencia a equidade como um bem típico da racionalidade para organizar instituições sociais e para que as pessoas construam percepções a respeito do que é justo e necessário, em termos de acesso, ainda que mínimo, a recursos sociais. Para o autor, o modelo de justiça ideal baseia-se na igualdade de oportunidades, sendo a liberdade um direito fundamental, assim como merece destaque a justa distribuição dos benefícios socioeconômicos.

Rawls (2002) afirma que o fundamento da justiça social constitui a estrutura da sociedade moderna, entendida a partir das grandes instituições sociais que se caracterizam por organismos político-econômicos e sociais capazes de definir os direitos e deveres. O autor defende o igual acesso a bens sociais primários a partir da implementação de uma política de efetiva igualdade de oportunidades. A igualdade entre as pessoas é a preocupação central do autor, inclusive porque a diferenciação social dá-se em função de méritos e diferenças reais, sendo os critérios de julgamento indicadores da forma como as instituições regulam os direitos, deveres e bens sociais.

Na perspectiva de Rawls (1971 *apud* PEREIRA, 1990), as desigualdades são inerentes à condição da vida do homem em sociedade, podendo ser superadas a partir da vida em comum. Desigualdades sociais e econômicas podem ser aceitáveis de duas formas: a) as vantajosas para todos dentro dos limites do razoável (princípio da diferença) e; b) aquelas vinculadas a posições e cargos acessíveis a todos (princípio da igualdade de oportunidades). No entanto, o princípio da liberdade é tomado pelo autor como superior ao de igualdade, assim como o de igualdade de oportunidades é superior ao da diferença.

Para Rawls (2002), a justiça necessita de argumentos racionais e critérios objetivos, a partir de debates públicos, para se consolidar como prioridade nas decisões políticas e, assim, minimizar injustiças intoleráveis, como aquelas relacionadas a assistência à saúde. Enfim, o autor evidencia a importância das discussões públicas, quanto aos critérios racionais e, também, no que se refere ao cumprimento de deveres para maximizar a justiça.

Amartya Sen (2000), autor contemporâneo também dedicado a reflexões em torno da justiça social, defende concepções liberais sobre o tema que evidenciam a necessidade de estruturação de arranjos sociais justos para combater as injustiças. Segundo o autor, a razão pública torna as sociedades mais justas, bem como é fundamental o papel do Estado na condução da justiça, da democracia, dos direitos humanos, do desenvolvimento social das nações e da ética. O autor destacou o caráter universal da justiça com liberdades reais que possam ser gozadas por todos.

François Dubet (2012), representante da corrente francesa sobre o estado da justiça social a partir da igualdade de posições, concentrou-se na avaliação da estrutura social e das disparidades de acesso causadas por uma sociedade cuja organização divide desigualmente os indivíduos. Segundo o autor, as políticas públicas são necessárias para a efetivação da justiça social, tendo a igualdade como cerne de sua argumentação. Sua crítica às políticas sociais pauta-se no fato de, na atualidade, as medidas de implementação da redistribuição de riquezas, para assegurar condições de acesso aos bens essenciais da vida (como a saúde), serem oferecidas independentemente das diferentes posições sociais que os sujeitos ocupam. Ao longo do tempo, as posições menos favorecidas foram controladas pelos interesses das

classes dominantes, sendo concedidos alguns direitos sociais, de forma estratégica, para minimamente cumprirem as promessas de igualdade e evitarem, assim revoltas e revoluções populares.

As demandas por igualdade de posições e redistribuição remetem a uma estrutura social marcada por sistemas e conflitos de classes. Prioriza-se a igualdade social não porque os indivíduos sejam vistos como iguais, mas devido à dívida da sociedade em relação às contribuições dos trabalhadores para a produção de riquezas. Ou seja, a igualdade de posições concedida nas sociedades liberais, em especial aos mais pobres, não consiste essencialmente na redução de distâncias sociais, mas, sim, em formas de reproduzi-las. Com isso, os mecanismos institucionais estabelecidos em sociedades regidas pelo modelo da igualdade de posições realizam uma forma de justiça cuja eficácia é restrita.

Diante dos diferentes entendimentos em torno dos modelos de justiça, essas reflexões indicam a necessidade de definir prioridades de acordo com as necessidades da vida social moderna, com capacidade de assegurar bens básicos conquistados, como direitos que garantem o igualitarismo. O Estado e as políticas públicas são o centro da organização política, com capacidade de materializar a igualdade e incorporar novos mecanismos e instrumentos de garantia de direitos. Na saúde, isso significa ser capaz de alcançar os segmentos sociais mais vulneráveis, ampliando o caráter distributivo das políticas sociais (VENTURA, 2011; DUBET, 2012).

Os princípios de justiça social e do reconhecimento integram os regimes de bem-estar. O modelo de bem-estar social originou-se no século XIX na Europa e, com o pós-guerra, estabeleceu mecanismos de redistribuição e de solidariedade. Tornou-se fonte de conquistas, em termos de benefícios sociais para trabalhadores, assegurando maior acesso aos direitos sociais. Nas três últimas décadas, com a expansão da liberalização do mercado e a globalização econômica e tecnológica, o modelo de bem-estar sofreu dois confrontos graves: foi ameaçado pelos interesses das classes hegemônicas e; por outro lado, fragilizou-se por críticas advindas dos movimentos sociais de esquerda, insatisfeitos com o lento avanço da abrangência social desses direitos, deixando muitos excluídos dos seus benefícios. Para a América Latina, as análises não são consensuais sobre a existência de um modelo de proteção social

plenamente viabilizado na região, que tivesse como base o bem-estar social e maior equidade na distribuição de benefícios sociais (IVO, 2007).

Ao longo da história política das sociedades, a justiça social e o reconhecimento têm se tornado centrais quanto aos direitos individuais e sociais. A cultura política contemporânea tende a reconhecer o sujeito como portador de direitos, mas são as políticas públicas que permitem a democratização dos mesmos, em especial, o direito a saúde, objeto deste estudo.

2.3 Regimes de bem-estar social e a saúde

O direito ao desenvolvimento social tem como base os avanços materiais, a partir do crescimento econômico e do regime de bem-estar. São progressos que envolvem dimensões técnicas, modernização das relações comerciais e a superação da tradição. Para sociedades como as latino-americanas, que conviveram com trabalho servil e escravo e com políticas patrimonialistas, muitas são as dificuldades para se estruturar um projeto de desenvolvimento social amplo que exija a renovação de instituições e do papel do Estado e que permita avanços em termos de cidadania e recursos distributivos. A integração econômica e política regional é uma possibilidade nesse sentido (IVO 2007; 2013).

Algumas rápidas considerações em torno da democracia são necessárias para refletir sobre os modelos de proteção social que contemplam a democratização da saúde. Para autores como Schmitter e Karl (1991 *apud* GERSCHMAN, 2004), é preciso conhecer tipos ideais de transição à democracia, denominados de: i) pactuado e não-pactuado, quando a democracia é estabelecida com aval das elites; ii) imposto por decisão unilateral; iii) reformista, que conta com mobilização das massas populares e, iv) revolucionário, quando as massas populares, por via armada, derrotam seus oponentes. Da transição à consolidação da democracia, a constituição de um regime democrático precisa ser capaz de estruturar a política e a governabilidade por meio de eleições diretas regulares de representantes do povo, liberdade de escolha, sistema partidário, voto secreto, transparência dos poderes de Estado, entre outros aspectos que organizam a democracia como sistema político de reposição plural.

Ou seja, a democracia requer condições institucionais para definir regras claras e contínuas, que sustentem a defesa da liberdade e igualdade dos cidadãos. Em outros termos, a democracia pode ser considerada uma construção histórico-política, capaz de assegurar a ampliação política, como a internalização de comportamentos políticos, a conciliação entre interesses coletivos e particulares, a transformação de procedimentos e estruturas de acesso temporários em permanentes, a inclusão de atores, a adoção de ações e normas a respeito da tomada de decisões, entre outros aspectos (GERSCHMAN, 2004).

A democracia como valor e regime político, na atualidade, insere-se em uma ordem cosmopolita global que recusa hierarquias de poder e dá ênfase aos direitos civis e humanos. Honneth (2001) chama atenção, ainda, para a democracia relacionada ao liberalismo político, com referências a, pelo menos, duas correntes de entendimento do fenômeno, denominadas de republicanismo e procedimentalista. A primeira é voltada para as negociações intersubjetivas relativas a temas públicos indispensáveis à vida do cidadão; seu centro é o autogoverno na comunidade política. Para o republicanismo, a cidadania solidária e o processo de comunicação são essenciais à consolidação democrática, com destaque para os contatos sociais. O parlamento e o governo têm papel significativo, apesar de dependerem do Estado e de se sujeitarem a diretrizes específicas, além do que os programas políticos são publicamente negociados (HONNETH, 2001).

Na segunda abordagem, a procedimentalista, o processo democrático centra-se na esfera pública, local de resolução racional de problemas políticos. As instâncias estatais são independentes e as estruturas de comunicação não detêm poder político. As formas pré-parlamentares, como a opinião pública, dependem das pressões sociais, e os direitos básicos relacionam-se à interação da esfera pública democrática com a administração política. Aproximam-se, assim, o republicanismo e o procedimentalismo no sentido de que a liberdade dos indivíduos na esfera pública está relacionada à argumentação discursiva (HONNETH, 2001).

Segundo Dewey (1970 *apud* HONNET, 2001), a deliberação democrática é fruto das necessidades da comunidade, alavancada pela cooperação social, ou seja, a democracia é uma forma reflexiva de cooperação comunitária, combinando, assim,

deliberação racional com comunidade democrática. A opção democrática defendida por Dewey, é considerada por Honneth (2001) como superior à do republicanismo e procedimentalismo, por indicar que a formação e consolidação democráticas dependem da vontade política, assim como os cidadãos têm o dever de controlar o aparato estatal.

Para a região da América Latina, a democracia é um desafio político, ainda que nas últimas três décadas ela não esteja em crise e goze de relativa legitimidade e respeito aos cidadãos. Walker (2009) sinaliza que a democracia eleitoral, com eleições livres e participação, expande-se. Porém, a região apresenta um *déficit* democrático, já que há distanciamento entre as aspirações políticas da coletividade e a vida real, bem como fragilidades institucionais e de governabilidade. A perspectiva teórica da democracia eleitoral associa-se à corrente do procedimentalismo, enquanto a representativa relaciona-se ao republicanismo. Ainda segundo Walker (2009), ao analisar o Índice de *Freedom House*²⁷ de diferentes países do mundo, a liberdade política é um fato na Argentina, Brasil e Uruguai. Já no Índice de Democracia do *The Economist* (2007 *apud* WALKER, 2009), o Uruguai é considerado uma democracia completa, classificado como o 27º país nesta condição global. O Brasil e a Argentina aparecem como democracias imperfeitas (ou defeituosas), sendo classificados como 42º e 54º, respectivamente, em relação aos demais países do globo.

A democracia se sustenta num sistema de instituições bem estruturadas. Para a América Latina, estabelecer a institucionalização do regime político em pauta ainda é um desafio. O populismo e a liderança personalista ou carismática são ameaças para a estabilidade da democracia na região, dificultando a implementação das conquistas da democracia real, com a efetivação dos direitos de cidadania. Assim, tanto a fragilidade institucional quanto uma melhor estrutura política e de governabilidade, para o desenvolvimento social, contribuem para o *déficit* democrático na região e a não superação das desigualdades históricas.

As condições atuais de democracia no ocidente, vinculada à tradição

²⁷ O *Freedom House* é uma organização que se propõe a acompanhar a ampliação da liberdade no mundo. Surgiu em 1941 como uma iniciativa norte-americana para defender liberdades fundamentais (FREEDOM HOUSE, 2015).

socialdemocrata europeia, se relacionam a padrões de bem-estar social pautados em direitos sociais, incorporados pelos Estados, e na ampliação do espaço público para o debate. Conquistou-se, assim, a incorporação de interesses coletivos que eram tidos como subalternos ao exercício da própria democracia (GERSCHMAN, 2004).

2.4 A proteção social e o paradigma do estado social

As mudanças na sociedade capitalista, hoje, indicam a busca por alternativas de regimes de bem-estar social capazes de ampliar os direitos sociais básicos. Segundo Lo Vuolo (*apud* IVO, 2007), tais regimes possuem medidas políticas de melhorias de acesso às instituições responsáveis por bens sociais essenciais à vida. Novos paradigmas de bem-estar social emergem após a crise fiscal do Estado iniciada nos anos setenta. Normas e diretrizes sobre como conceber a ação do poder público em relação a esta questão são formuladas. Essa alternativa passa a ter perfil transnacional, já que a participação de atores e agências internacionais mostra que a questão não está restrita ao âmbito dos Estados nacionais. Com a globalização, as instituições internacionais, como o Banco Mundial (BM), Fundo Monetário Internacional (FMI) e mesmo a Organização Mundial do Comércio (OMC), recomendam reformulações nos arranjos institucionais nacionais para os regimes de bem-estar social que, por um lado, atendam às necessidades mínimas e, por outro lado, cedam parte das responsabilidades dos serviços de bem-estar ao mercado; considerando que o chamado Estado Social se volta para o provimento de recursos sociais apenas para os mais necessitados (PEREIRA, 2013).

Para Pereira (2013), o Estado Social é aquele que oferece, prioritariamente, assistência aos pobres e muito pobres, ainda que o seu papel constitucional (no Brasil) seja proteger todos os cidadãos. Esse perfil estatal difundiu-se ao redor do mundo a partir do Relatório de Seguro Social e Serviços Afins, de 1942, concebido por William Beveridge, na Grã Bretanha. A perspectiva de Beveridge, segundo Pereira (2013), era tratar de uma conquista das democracias capitalistas, sem fazer referência às instituições responsáveis. O Estado Social ficou conhecido como *Welfare State*; na América Latina, se popularizou como Estado de Bem-Estar Social e, em parte da

Europa, como Estado Providência (*État-Providence*). Vale lembrar que, antes disso, em 1880, na Alemanha, foi criado o Sistema de Seguridade por Otto Von Bismark com a denominação de Estado Social. Alguns analistas das políticas sociais criticam o papel e as metas do Estado Social por considerá-los assistencialistas. Outros indicam a importância de integrar esse modelo à lógica da economia capitalista, para favorecer a qualidade de vida das populações e, também, integrar as políticas sociais ao mercado.

Nos anos 1950 a 1970, houve uma significativa expansão do modelo estatal de bem-estar social nas regiões da Europa Continental e do Norte, devido à recuperação dos países do período pós-guerra. Essa política foi combinada com a adoção da doutrina econômica de John Maynard Keynes que defendia as políticas de seguridade social, a regulação do mercado e os investimentos públicos no chamado pacto keynesiano. Esse pacto gerou um período de alta produtividade econômica e pleno emprego na Europa, porém, a proposta foi criticada pelos defensores do liberalismo, cujos maiores representantes são Friedrich Von Hayek e Milton Friedman.

A partir da década de 1970, o Estado de Bem-Estar entrou em crise devido às instabilidades fiscais do estado capitalista. Houve uma reação conservadora que propunha a redução dos benefícios sociais administrados pelo Estado e o retorno ao livre mercado e à baixa regulação da economia pelo poder público. O ápice dessa reação em relação aos direitos sociais conquistados foi o ideário neoliberal que se impôs a partir dos fins dos anos setenta, tendo à frente as políticas de Ronald Reagan e Margaret Thatcher. Para os países em desenvolvimento, o Consenso de Washington representou a consolidação da adesão desses países ao ideário neoliberal, ou seja, menos Estado, mais mercado e menos benefícios sociais estatais (PEREIRA, 2013).

Um dos estudos que se tornou clássico, nos anos 1970 e 1980, sobre o regime de bem-estar social, foi o de Esping-Andersen (1991). Para o autor, esse regime refere-se à relação entre as instâncias Estado, mercado e família, articuladas por meio de políticas públicas, bem como ao *status* legal dos direitos sociais e direitos de propriedade, com possibilidades de praticar a desmercadorização²⁸ do *status* individual diante da expansão do mercado. Ou seja, o bem-estar social envolve estratificação

²⁸ A desmercadorização ocorre quando a força de trabalho, ao ser oferecida, deixa de ser tratada como uma mera mercadoria e pauta-se em direitos sociais modernos. Ocorre quando uma pessoa se mantém sem depender do mercado (ESPING-ANDERSEN, 1991).

social e estruturação estatal de provisão de recursos sociais.

Para Esping-Andersen (1991), a grande questão levantada pelo *welfare state* refere-se à capacidade desse regime, a partir da democracia parlamentar, de amenizar a divisão da sociedade em classes e as desigualdades sociais intensificadas pelo capitalismo. Na sociedade industrial, a política social é necessária, porque o mercado assiste somente àqueles que o servem, enquanto esta é uma função própria do Estado-nação.

Dentre as abordagens sobre o *welfare state*, segundo Esping-Andersen (1991), destacam-se a estruturalista, a institucionalista e a social democrata. A primeira compreende o bem-estar social de forma universalista, racional e dependente da eficiência do governo. Este, ao administrar bens coletivos, desvia recursos do uso produtivo para a previdência social. A redistribuição social propiciada pelo *welfare state* causa riscos à eficiência, mas, sem ela, não há desenvolvimento social. Duas conclusões são indicadas: o poder é estrutural e o Estado autonomizou-se em relação às classes dirigentes.

Para a corrente institucionalista, o desenvolvimento do *welfare state* depende de instituições democráticas, o que assusta os liberais por temerem que o avanço da democracia comprometa o mercado e instaure o socialismo. Como a democracia não resiste às demandas da maioria, a distribuição social compensa as fraquezas do mercado.

A socialdemocracia defende o potencial das classes sociais como agentes de mudança a partir de uma estrutura que alivie não só os males do sistema econômico, como, também, mobilize a classe trabalhadora. A atomização dos indivíduos e estratificação promovida pelo mercado são abordadas com vistas à solidariedade coletiva. Os pré-requisitos mínimos para que haja um Estado do Bem-Estar Social envolvem a articulação de movimentos sociais em prol dos direitos sociais, do seguro-desemprego, da igualdade e da erradicação da pobreza. Essa corrente fundamenta o *welfare state* na garantia do pleno emprego, salientando que a democracia social não pode condicionar-se a alianças entre a classe trabalhadora e os proprietários dos meios de produção, com o risco de emergência de uma nova classe trabalhadora, a *white-collar*, desmobilizada para a luta social.

As reflexões sobre o *welfare state* dependem, ainda, das avaliações de programas, condições de elegibilidade, tipo de benefícios e serviços, nível de emprego, enfim, de abordagens em torno dos direitos de cidadania. Com base em tais perspectivas, Esping-Andersen (1991) analisou regimes de *welfare state* de países desenvolvidos e criou uma tipologia que inclui o regime liberal, o conservador corporativo e o socialdemocrata. Três critérios foram usados para identificar e distinguir os tipos de regimes, quais sejam: a relação público-privado na provisão social, o grau de desmercantilização dos bens e serviços sociais e seus efeitos na estratificação social.

A classificação internacional utilizada pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), para avaliar os regimes de bem-estar, parte da tipologia criada por Esping Andersen. Segundo a OCDE (*apud* SOLANO, 2007), o regime liberal ou residual é encontrado em países anglo-saxões, como EUA, Austrália, Canadá e Nova Zelândia. O Estado oferece o mínimo possível ao bem-estar de recursos públicos e apoia a parcela da população que não pode contratar seu próprio bem-estar. Já o regime conservador ou corporativo difundiu-se por países da Europa Ocidental e dispõe do Estado e de suas instituições para distribuir benefícios sociais a depender do grau de organização das classes sociais e dos estatutos políticos. Os recursos que não se relacionam aos direitos fundamentais reforçam estratificações sociais e do trabalho. E, por fim, o modelo institucional ou social democrata tem como base o paradigma beveridgeano inglês e defende a responsabilidade coletiva e solidária em torno do bem-estar individual. Desenvolveu-se nos países escandinavos e pauta-se em políticas públicas universais de forma que o acesso ao direito social seja entendido como o máximo que o estado garante a todos os cidadãos.

Os Estados de Bem-Estar Social têm efeitos sobre o sistema de estratificação social por serem associados a uma sociedade mais igualitária, gerando distribuição de renda, porém, podem não ter grandes repercussões na questão das desigualdades sociais e tornar-se um regime de política de classe, pois seus programas variam entre classes e *status* de trabalhadores com particulares direitos e privilégios. Podem, ainda, organizar grupos de ajuda mútua a depender do sindicato ou partido, gerando expectativas em termos de modelos alternativos de solidariedade e justiça. Ou seja, na

realidade, podem formar guetos de categorias de classe que mais excluem do que incluem, já que fundamentam a sociedade na perspectiva da fraternidade, com frágil mobilização social (ESPING-ANDERSEN, 1991; DRAIBE, 2007a).

Ivo (2005) ressalta, com base no *"State of the art" in International Poverty Research*, que as crises do *welfare state* da atualidade têm repercussões para a dinâmica do trabalho e para os direitos sociais em todo o mundo. Para as sociedades que adotaram o neoliberalismo, a fragilização do bem-estar social causou a redução da qualidade de vida, além das medidas de precarização do trabalho que aumentaram o desemprego e o subemprego, combinados com os novos perfis demográficos da população. Novas alternativas de proteção social foram idealizadas, conciliadas com a preservação mínima da condição de cidadania.

Para Draibe (2007a), os novos contornos de bem-estar são reconhecidos como "bem-estar produtivo", "bem-estar positivo", "bem-estar ativo". Associando-se aos moldes da socialdemocracia europeia dos anos 90, os governos procuram reduzir riscos sociais a partir de maiores investimentos em educação e capacitação profissional. A ênfase centra-se em uma perspectiva restrita de autonomia do cidadão, de maneira que este tenha uma postura ativa e de coprodutor de sua própria proteção social. O *welfare state* e os esquemas de proteção social reduziram-se a normas de conduta, com desprezo da justiça social, da universalidade e da igualdade.

A autora identifica novas características dos regimes de *welfare state*: a) ao padrão de provisão social produzido e distribuído entre Estado, família e mercado, como pensado por Esping-Andersen, foi acrescentado o terceiro setor, composto por uma grande variedade de organizações, como as não-governamentais, as filantrópicas, entre outras; b) a estrutura de sistema público de políticas sociais é, em geral, formada por programas de previdência social, por serviços de educação e saúde e por assistência social, além dos programas de transferências monetárias; c) é um modelo de solidariedade, com efeito no grau de estratificação social, que estrutura um sistema de políticas sociais a partir da reprodução ou redução das desigualdades, interesses e poder na sociedade; d) influências advindas do sistema internacional geram oportunidades para mudanças institucionais em termos de sistemas de políticas sociais.

A questão na América Latina é mais complexa. O Estado de Bem-Estar na região nunca se desenvolveu de forma plena e abrangente a toda população. É nesta condição que se dá a introdução de políticas neoliberais nos países da região. Segundo Solano (2007), o regime de bem-estar social na América Latina propõe-se a superar as dificuldades institucionais que, historicamente, dificultaram o avanço da democracia e a execução de reformas definidas como necessárias para a agenda social da região. Destaca-se o seguro social como uma medida comum de articulação entre as coalizões distributivas partidárias e o projeto capitalista. No entanto, muitos cidadãos estão excluídos de tal sistema assistencial, reforçando desigualdades e dificuldades de acesso à cobertura de proteção social. A ideia de bem-estar se viabilizou de forma familiarista, centrada na figura paternalista do homem como provedor vinculado ao mercado formal de trabalho, sendo ele o portador de direitos que se estendem para o restante da família. No geral, são muitos os sistemas de bem-estar na América Latina baseados no paradigma do seguro social, como o universalista, o dual e o excludente (SOLANO, 2007).

A partir dos anos 1990, com a globalização, os países foram pressionados a adotar reformas neoliberais, o que levou a privatizações e priorização dos mercados, para inserir a regra da competitividade mundial. Introduziram-se, assim, reformas nas políticas sociais que foram apenas eficientes economicamente em relação aos planos previdenciários, porém, ficaram aquém de um padrão de justiça ou de bem-estar (SOLANO, 2007).

Nas duas últimas décadas, a ação das políticas de bem-estar na região tem sido cada vez mais focalizada, limitando a universalidade dos direitos sociais. Priorizam-se políticas de ajudas/benesses ao invés de direitos comprometidos com o princípio solidário da distribuição. As antigas “falsas consciências” de inferioridade cultural são revividas, da mesma forma que há obstáculos para o alcance do autorreconhecimento da cidadania como base de inclusão dos sujeitos sociais (SOLANO, 2007).

Por volta da década de 1970, em países como Argentina e Uruguai, os regimes de bem-estar eram classificados como universalistas, assemelhados aos regimes conservadores europeus que mantiveram estruturas de proteção social aos trabalhadores formais e às organizações da classe trabalhadora. O Brasil se incluiu no

regime dual, com níveis de gastos sociais e cobertura de seguridade baixos, assim como houve pouco investimento em educação básica e prevenção à saúde. A população urbana era privilegiada em relação à rural, mas crescia a pobreza e a vulnerabilidade social nas cidades.

Os países latino-americanos vêm passando por mudanças constantes em termos das estruturas de proteção social. A partir da década de 1990, com a consolidação das democracias na região, após décadas de ditaduras militares, e em contraposição às dinâmicas neoliberais, países do Cone Sul apostaram na implementação de regimes universalistas de seguridade social. A descentralização das políticas emergiu como uma forma de enfretamento ao clientelismo e ao neopatrimonialismo, ainda presentes na ação dos governos e no aparelho de Estado, responsáveis, de certa maneira, pela má distribuição dos serviços sociais. Tem havido, também, a união de esforços na região para promover redes de seguridade regionais e contribuir no combate à vulnerabilidade social, à tradicional familiarização do bem-estar e às políticas liberais de *workfare*²⁹ (SOLANO, 2007; SILVA, 2011).

Um movimento latino-americano em direção à renovação do ideário sobre políticas sociais de bem-estar tem evoluído paralelamente à formação de uma comunidade político-econômica do Cone Sul. O debate sobre proteção social foi retomado e se ampliou. O emprego se tornou a porta de entrada para o acesso aos direitos sociais, e a proteção social estabelece padrões mínimos de apoio do poder público, o que inclui direito ao trabalho digno, aposentadoria, saúde e assistência social. Hoje, com o declínio da sociedade salarial, por um lado, a proteção social é um problema para além das fronteiras nacionais, pois inclui novos grupos sociais relacionados ao não-trabalho, como migrantes e refugiados, sendo necessários avanços legais e institucionais para inserir esses "novos atores". Porém, por outro lado, cresce o mercado privado de proteção social que compete com a expansão do modelo de bem-estar social.

²⁹ Diante das críticas neoliberais ao *welfare state*, acusado de criar uma mentalidade assistencialista do não-trabalho não assistido, o *workfare* representou uma adaptação ao regime do bem-estar social. Neste, o beneficiário dos programas sociais participa obrigatoriamente de capacitações, tornando-se apto a ingressar no mercado privado de emprego de acordo com o que é exigido pela produção. Caso não consiga, o Estado se responsabiliza em inseri-lo no âmbito público de trabalho (SILVA, 2011).

Historicamente, a intervenção do Estado desempenhou papel fundamental na oferta de esquemas de proteção social. A sociedade exigiu do Estado a estruturação de sistemas de proteção, de acordo com a capacidade política de pressão dos grupos sociais, os recursos disponíveis e a governança dos agentes governamentais (COSTA, 2009). A cidadania, portanto, se relaciona com a capacidade de intervenção do Estado para garantir direitos; uma ação que assegura aos indivíduos vínculos com a sociedade, bem como pertencimento, por meio do reconhecimento de sua condição cidadã. A cidadania refere-se a um conjunto de direitos civis, políticos e sociais, fruto de lutas sociais, sendo estes de responsabilidade da ação do Estado (MARSHALL *apud* GERSHMAN, 2004).

Na contraposição entre globalização e formação de blocos regionais, surge a conformação de diretrizes de proteção social, no espaço supranacional, possível de tratar a questão da cidadania num alcance maior. Ou seja, a dimensão supranacional orienta novos esquemas de proteção legal para os indivíduos em geral, muito além dos países de origem (COSTA, 2009). A União Europeia, por exemplo, é uma referência em termos de experiências bem sucedidas neste sentido, já que as regiões procuram harmonizar o sistema de proteção social vigente no âmbito nacional, para facilitar, inclusive, o fluxo e a mobilidade de indivíduos intrarregionalmente. A proteção social nacional é influenciada pelo grau de integração da mesma à estrutura mais global de relação entre atores coletivos. A partir dos anos 80, a intensa competição internacional trouxe mudanças capazes de alterar a sociedade e suas estruturas políticas, buscando-se a conciliação de elementos díspares, como democracia, igualdade, por um lado, e capitalismo, por outro (TEIXEIRA, 1998).

2.5 Considerações sobre políticas públicas e sociais

As noções de políticas públicas variaram ao longo do tempo e, na atualidade, destacam a necessidade da promoção de justiça social para a sociedade. As políticas públicas, como ressaltam Ivo e Laniado (2008), são formas institucionais baseadas em concepções democrático-liberais, executadas pelo Estado, com capacidade de incluir, integrar e assegurar a cidadania, aspectos que tornam possível um padrão mínimo de

vida, de boa vida, em termos do usufruto de direitos sociais e cívicos. Além disso, segundo os autores, caracterizam-se como importantes fatos políticos para se entender os significados de justiça social difundidos em uma dada sociedade, em determinada época.

As discussões sobre o tema conciliam conhecimento científico e acadêmico com reflexões que envolvem Estados, governos e grupos de interesse. Incorporam variáveis como relações de poder e integração entre as diferentes fases do processo decisório. Podem formar um campo de estudo sobre questões públicas que produzem efeitos na vida dos cidadãos (SOUZA, 2007). Em outros termos, políticas públicas constituem um fenômeno complexo formado por numerosas decisões de indivíduos e órgãos (RONCARATTI, s/d) e composto por diferentes etapas, em que cada uma delas desenvolve-se autonomamente, tendo começo, meio e fim. Em outros termos, entende-se política pública pelo viés da escolha e ação governamental, ou considera-se como um processo ordenado, conduzido por especialistas que almejam responder às demandas sociais. Também é possível compreendê-la do ponto de vista das decisões de diversos atores políticos, podendo ser redefinidas a depender do contexto.

As políticas públicas são classificadas em distributivas, regulatórias e redistributivas. As de caráter distributivo/redistributivo envolvem múltiplos interesses e variadas possibilidades de acesso, definem beneficiados e não beneficiados, sendo os primeiros em maior número. Tais políticas têm o objetivo de reduzir as possibilidades de conflito social. Exigem negociação e envolvem um amplo processo de balanceamento de interesses conflitantes, considerando-se que para um ator ganhar, o outro deve perder (RONCARATTI, s/d). Já as políticas regulatórias envolvem processos ou atividades que requerem determinados tipos de comportamentos, individuais e/ou coletivos. Constituem-se, portanto, em determinações do governo que são cumpridas, com ordens e proibições, decretos e portarias.

Como destaca Souza (2007), os formatos mais recentes de políticas públicas indicam uma busca em torno de três elementos de eficiência obtida por meio: de desregulamentação, privatizações e reformas no sistema social; de credibilidade, isto é o estabelecimento de regras claras e instituições independentes e bem planejadas; e de independência política, tanto nacional como internacional. O destaque para o fator

eficiência das políticas públicas e das instituições visa opor o caráter redistributivo dessas políticas, desprezando, a princípio, a própria eficiência. As políticas públicas pautam-se em análises racionais acerca do interesse público.

Os novos formatos de políticas públicas são impulsionados por influência de organismos internacionais e multilaterais. São elaboradas propostas que indicam a necessidade de mudanças em torno dos compromissos assumidos pelos governos, tanto internas quanto externas. Baseiam-se em regras formais e informais, com capacidade para moldar o comportamento dos atores, sendo acompanhadas por processos institucionais de socialização. São as instituições que regem decisões, desenhos e a implementação das políticas públicas, bem como administram seus resultados (SOUZA, 2007).

As políticas públicas são, também, centrais para o avanço da economia capitalista, uma vez que a adoção de sistemas de proteção social baseados em políticas públicas assume mecanismos de redistribuição de bens sociais capazes de contribuir com o desenvolvimento e a inserção dos Estados nas relações internacionais, intensificando convivências e negociações que envolvem interesses socioeconômicos baseados em valores humanos compartilhados. Como as políticas públicas contemporâneas são, também, formuladas com base em diretrizes nacionais e internacionais, a cooperação é valorizada em larga escala, com possibilidades de avanços, por exemplo, nas áreas de saúde, educação, tecnologia, ciência etc. (VALLONE, 2010).

As políticas públicas tornam-se sociais quando evidenciam condições de reprodução dos indivíduos e das coletividades, além de indicarem perspectivas de transformação do sistema de proteção social. As políticas sociais objetivam o acesso aos direitos de cidadania, com repercussões para o igualitarismo e para a participação social, por referirem-se a abordagens acerca de temas que necessitam da definição de estratégias coletivas. As políticas sociais englobam a saúde, a previdência e assistência, almejam ações governamentais em torno do bem-estar, envolvem meios e determinantes de desenvolvimento social com perspectivas de reduzir a vulnerabilidade das pessoas aos riscos presentes na sociedade. No caso da política de saúde, trata-se de um recurso de proteção social à vida que depende das responsabilidades públicas

(que podem ser estatais ou não) e de ações governamentais de distribuição de recursos. A capacidade da política de saúde de atender às expectativas sociais depende do planejamento, da gestão de recursos disponíveis e de ações que garantam o usufruto de direitos no cotidiano de vida dos cidadãos (FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

A formulação e a implementação de políticas públicas sociais de saúde, na atualidade, necessitam de uma estrutura institucional norteada por valores que estão presentes na relação entre indivíduo e sociedade. A política de saúde, ao pretender contribuir para mudanças nas relações sociais e nos padrões culturais de grupos e de coletividades, preocupa-se com a adoção de valores cívicos que fortaleçam a esfera pública, a solidariedade e a cidadania universal; no sentido cultural, procura transformar a percepção em torno das relações sociais com vistas a evidenciar a inclusão e abolir qualquer forma de discriminação; acerca da produção e divulgação de informações, objetiva torná-las acessíveis aos cidadãos; entre outros aspectos. As políticas públicas e sociais abordam ações coletivas e de interesse público que possam ir além da atenção às demandas sociais, revelando um projeto político de bem-estar social construído a partir das interações entre Estado e sociedade (FLEURY, OUVÉNEY, 2008).

2.6 Direitos humanos em saúde: os avanços em âmbito transnacional

Na sociedade contemporânea, tratar de cidadania e políticas públicas remete ao reconhecimento dos direitos humanos como sustentáculo moral e político. As discussões e ações em torno dos direitos humanos têm ampliado seu alcance para o âmbito internacional, já que é possível buscar mais equidade entre Estados, ao se definir responsabilidades e instrumentos democráticos globais em torno das condições essenciais de vida. Com isso, reflexões sobre os avanços conquistados em termos de direitos humanos são indispensáveis, pois indicam mais do que garantias legais; evocam normas morais capazes de orientar ações de instituições e de indivíduos por parâmetros éticos universais. A saúde, objeto deste estudo, é um dos direitos humanos essenciais à boa vida (VENTURA, 2011).

Segundo Lafer (1987), as considerações de Hannah Arendt sobre direitos

humanos informam a expressão moderna e jurídica sobre direitos como valor da pessoa humana e da ordem da vida em sociedade, dando origem, historicamente, às normas e leis que asseguram igualdade e dignidade. As relações entre indivíduos passam a considerar a emancipação de sujeitos políticos, e os valores morais tornam-se políticos e sociais universais, validados independentemente das particularidades jurídicas de cada nação. Os indivíduos têm a possibilidade de se reconhecerem como pertencentes à humanidade, pessoas que nascem livres e iguais com garantias políticas de integração social.

O fim da Segunda Guerra Mundial serviu como marco no Ocidente para que os direitos humanos fossem reforçados e traduzidos como reação às experiências totalitárias vividas pelos países europeus. Desde então, tais direitos representam uma dimensão coletiva transnacional de valor integral, reorganizando a base da cidadania jurídica e política nas coletividades nacionais, a partir da ONU (MANN, 1996; LAFER, 1987).

Ao longo do século XX, as discussões em torno dos direitos humanos foram organizadas e defendidas por movimentos globais, o que gerou a possibilidade de se construir um mundo com interesses e projetos políticos comuns. A criação das Nações Unidas, em 1945, trouxe novos significados para o entendimento de tais direitos, sendo estabelecidos princípios e normas visando a garantir, pelo menos teoricamente, vida digna a todo ser humano. E de lá para, cá foram constantes as mudanças em relação à ordem social conservadora, monárquica e aristocrática. O mundo moderno, burguês e liberal, é caracterizado pelo poder do Estado e pela representação política dos parlamentos. O indivíduo convive com mudanças significativas em termos de direitos fundamentais, quais sejam: os direitos dos indivíduos, considerados os de primeira geração (direitos civis e políticos), que tornaram viável a afirmação da individualidade, impedindo a dissolução das pessoas na coletividade; e a estes se somaram os direitos de segunda geração (direitos sociais e, posteriormente, direitos econômicos e culturais), que devem ser assegurados pelo Estado para garantir bem-estar social aos indivíduos.

Diante de tais avanços e das garantias legais e institucionais, a cidadania foi reinterpretada, sendo revisto seu modelo liberal proposto pelo clássico estudo do

cientista social inglês Thomas Humphrey Marshall, realizado nos anos 60. A cidadania que se centrava em uma tipologia composta por direitos civis, políticos e sociais passou a relacionar-se a uma condição de inserção de indivíduos em comunidades políticas nacionais, exigindo participação social. A cultura cívica tornou-se determinante da cidadania, foi assumida como um princípio de justiça e como dimensão pública dos indivíduos que vivem integrados e em cooperação com base em relações que difundem vínculos jurídicos e políticos (FLEURY; OUVENEY, 2008).

Na modernidade, a cidadania desenvolveu-se a partir dos Estados-nação, ou Estados nacionais, os quais se referiam, genericamente, a uma forma de organização política centralizadora do exercício da soberania, do poder e da autonomia de decisões em relação a um determinado território, almejando cumprir funções de regulação, coerção e controle social (AFONSO, 2011). Para Fleury e Ouverney (2008), a relação de poder entre indivíduos e Estado representa uma das principais mudanças sociais modernas que envolvem cidadãos e procedimentos racionais e legais. Ou seja, um conjunto de direitos e deveres foi reconhecido igualmente aos sujeitos sociais a partir da consolidação da cidadania moderna.

Com a globalização, mudanças alteraram noções de cidadania e de Estados nacionais. A transnacionalização da acumulação capitalista gerou, por um lado, limitações à autonomia das decisões estatais e, por outro, ampliou a função política da regulação para a dimensão global, com perspectivas de tornar a cidadania universal. As questões em torno dos direitos humanos passaram a se dar no âmbito da governança mundial. Leis e políticas públicas nacionais e internacionais defendem a efetivação dos direitos, indicando as possibilidades de sujeitos livres e autônomos de pertencerem a comunidades políticas comuns. Assim, há a necessidade de entendimento dos direitos do homem a partir da justiça no sentido dinâmico, como sugeriu Agnes Heller (1988 *apud* LANIADO; RAMOS, 2003), com capacidade de se transformar para acompanhar as mudanças do tempo.

Ações destinadas ao usufruto dos direitos sociais e humanos possibilitaram o desenvolvimento da solidariedade que emerge como uma necessidade da própria sociedade diante dos efeitos do sistema econômico. A presença da solidariedade nas relações sociais indica progresso moral para a humanidade com perspectivas de

ampliação da inclusão e da justiça social. É através dos direitos humanos que os indivíduos percebem-se como integrantes da humanidade, construindo, a partir daí, a base de uma consciência ética coletiva e das relações com o outro (LANIADO; RAMOS, 2003).

Quando se fazem referências aos direitos humanos relevantes para garantir a dignidade humana, merece destaque o direito à saúde, por estar este relacionado à preservação da vida, como obrigação moral de responsabilidade social, a ser cumprida pelo Estado e monitorada pela sociedade civil. Ventura (2011) destaca que, em relação ao direito à saúde, este não deve ser movido de forma focalizada, mas de forma universal, e efetivado de fato com recursos e gerenciamento adequados para todos.

O direito das pessoas à saúde se faz cada vez mais presente em discussões, leis e políticas públicas, bem como em encontros, fóruns, convenções, conferências e debates nacionais e internacionais. Há a interferência dos organismos internacionais na questão do direito à saúde das populações, tendo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o papel de fazer incorporar a saúde na agenda externa e nacional dos direitos humanos, assim como de procurar integrar princípios, normas e políticas públicas em um regime internacional de direitos humanos.

Na Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu artigo 25, é mencionada a essencialidade da saúde para pessoas e comunidades, devendo ser compreendida em seu sentido mais amplo, o que inclui desde aspectos como alimentação, vestuário, trabalho, saneamento, entre outros, até a preocupação de se definirem medidas a serem adotadas pelos governos e, em especial, voltadas para os grupos sociais mais vulneráveis. Para tanto, é necessário estruturar uma assistência médica integral voltada para o cuidado, bem como para a prevenção, de forma a oferecer serviços e insumos de assistência à saúde com qualidade e à população em geral, sem discriminação. O papel do Estado, através de ações e políticas públicas, viabiliza o direito à saúde com mais equidade (VENTURA, 2011). Em sentido complementar, Mann (1996) ressalta a necessária relação entre direitos humanos e saúde pública, uma vez que, para proteger a saúde e respeitar direitos humanos, precisam ser estabelecidas metas complementares, como propor políticas e programas que conciliem as preocupações com saúde coletiva e os direitos humanos.

O reconhecimento dos direitos humanos em saúde tem uma trajetória recente, porém, marcada de tensões e avanços, tanto em termos políticos, quanto no que se refere às jurisprudências. Em sua dimensão individual, o direito à saúde propõe assegurar ao cidadão autonomia pessoal e punição às formas de constrangimento à sua liberdade. Ao se considerar a dimensão coletiva do direito à saúde, evidencia-se a capacidade das sociedades em garantir melhores condições de vida e saúde para todos.

2.7 A saúde em seu sentido social

Estudos relacionados à saúde retomam debates clássicos das Ciências Sociais. Crescem as inquietações acadêmicas e científicas nesse campo de conhecimento, indicando que há tanto as tradicionais tensões entre determinantes estruturais e ações individuais, quanto interpretações que enfatizam o caráter subjetivo das relações dos indivíduos com a experiência de saúde e doença. Ou seja, a saúde como fenômeno social revela elementos das relações sociais que demandam um entendimento crítico que enleva o caráter objetivo da doença e do corpo e, também, o caráter simbólico e de crenças dos indivíduos e grupos sociais sobre corpo, doença e dignidade.

Para abordar os complexos fenômenos da saúde e da doença, são necessários recursos de estudo e análise que conjuguem fatores diversos, como biológicos, sociológicos, culturais, econômicos, políticos e ambientais, assim como considerar as possibilidades de viabilizar a saúde em uma sociedade. Coexistem inúmeros discursos construídos sobre a saúde e a doença e que influenciam tanto a ação individual quanto a orientação de políticas públicas de saúde pública. Saúde e doença são realidades que representam a interação dos seres sociais entre si e com as instituições sociais. Os indivíduos se relacionam de forma objetiva e subjetiva com a saúde e com a doença, mas é o sentido subjetivo que envolve valores, representações, ideais, símbolos, percepções do senso comum, hábitos, crenças etc. sobre a questão.

Inicialmente, as Ciências Sociais dedicaram-se ao estudo das percepções oriundas do senso comum sobre doença, em relação ao comportamento humano, a partir da análise de episódios de “mal-estar”, de reações à dor, o que possibilitou

diferentes interpretações de acordo com a história de vida de cada indivíduo, bem como reflexões sobre aspectos subjetivos das realidades vivenciadas. A doença era, então, percebida como um fenômeno biológico objetivamente definido, com base nas orientações da ciência médica ocidental. Às ciências sociais restava compreender o comportamento dos doentes em suas diferenças e buscar as possíveis causas que expliquem tais diferenças, baseadas na cultura, na classe social, no gênero, entre outros aspectos a considerar (QUEIROZ; CANESQUI, 1986).

Com o desenvolvimento de uma ação mais autônoma e autogerenciada pelos indivíduos sobre seus corpos e condição de saúde, o significado de doença e saúde foi se modificando. As ciências sociais se voltaram para evidenciar as concepções de saúde que fazem parte de realidades cujos sujeitos são mais atuantes e demandantes de segurança social, uma vez que a saúde passou a ser assegurada como direito. Interpretações sobre saúde estão, muitas vezes, vinculadas a representações de um vir a ser, com objetivos a serem alcançados, tanto em termos individuais como sociais. Um exemplo recente é a definição de saúde da OMS, que diz o seguinte: “saúde é o mais completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”.

No caso das concepções classificatórias das doenças e doentes, as explicações tornaram-se mais claras e aparecem vinculadas a um saber técnico-científico. Desde a Grécia antiga, com Hipócrates (JACOBINA, 2007), quando entender saúde e doença dependia-se da racionalidade aguçada, a partir da observação cuidadosa dos fenômenos, uma medicina de elite centrou-se no cuidado do corpo, e o médico deveria contribuir com o estabelecimento da harmonia entre o indivíduo e seu ambiente. A doença era, portanto, entendida como um fenômeno natural que, ao ser controlada, assegurava a competência dos praticantes da cura. Já nas comunidades tradicionais, os eventos de doença eram explicados por uma visão mágica, influenciada por espíritos e outras forças sobrenaturais, sendo, ainda, indicada a ação medicinal de produtos naturais para o tratamento de patologias. Tempos depois, alteraram-se as explicações das causas das doenças, que passaram a ser associadas à ideia de pecado, resultado da desobediência dos humanos aos ditames dos deuses. Um modelo religioso de compreensão das doenças substituiu a visão mágica anterior,

sendo os sacerdotes os autores de tais explicações, e os doentes os responsáveis por seus sofrimentos (JACOBINA, 2007).

Os estudos científicos voltados para a taxonomia médica, desenvolvidos por volta do final do século XVIII e início do século XIX, a partir do advento de novos métodos de pesquisa, com a utilização de estatísticas, por exemplo, doenças novas e antigas foram minuciosamente descritas e classificadas. As ações de saúde eram voltadas, principalmente, para ordenar os espaços urbanos, nos quais havia grande transmissão de doenças, como ressaltou Foucault (1986) em suas análises sobre as diferentes etapas da formação da medicina social³⁰. A precariedade dos sistemas sanitários coletivos urbanos, como distribuição de água, coleta de esgotos e circulação de ar, bem como a desnutrição, o alcoolismo e a violência foram objetos de preocupação das classes dominantes, pois tal situação passou a oferecer riscos ao desenvolvimento de uma economia capitalista industrial fortemente centrada no espaço urbano. Daí serem propostas ações de saneamento. Conseqüentemente, formaram-se concepções positivas de saúde que associavam as condições do meio externo às doenças, e as caracterizavam como decorrentes da pobreza e da injustiça social (FOUCAULT, 1986).

Com as conquistas científicas alcançadas, como os antibióticos e outros medicamentos eficazes, o controle dos problemas de saúde foi abordado como uma questão pública e prioritária, tendo evoluído para o enfrentamento por meio de políticas públicas.

A saúde foi pensada, também, a partir do corpo, entendido como base existencial da cultura, o que implicou em afirmar que os indivíduos se constituem objetos para si mesmos. A ideia de corpo sempre esteve presente nas preocupações e estudos da humanidade. O corpo já foi associado à beleza, durante a Grécia antiga, à carne pecaminosa, no Cristianismo, e a uma máquina de funcionamento perfeito, segundo os cartesianos. Reflexões sobre o corpo aparecem em contos de fada, em

³⁰ Ao analisar a saúde sob a égide do capitalismo e as possibilidades das considerações coletivas em relação ao tema, Foucault (1986) indicou três momentos, ocorridos na Europa, que merecem destaque para a abordagem da saúde: a medicina do Estado, a medicina urbana e a medicina da força de trabalho. Estas representaram importantes novas fases da prática médica, sendo evidenciadas as estratégias biopolíticas de controle social dos corpos, propiciadas pelo próprio sistema capitalista de produção e acumulação de riquezas (FOUCAULT, 1986; JACOBINA, 2007).

rituais, no Carnaval, sendo também abordado por várias ciências, permitindo inúmeros ensaios e interpretações.

Com a organização econômica das sociedades ocidentais e o avanço do sistema capitalista de produção e acumulação de riquezas, a concepção de corpo passou a ser associada à força de produção, sendo notório o interesse de controle e disciplinamento do corpo dos indivíduos, como analisou Foucault (1986). As questões de saúde passaram a contemplar muito mais que práticas técnicas. Os diversos grupos de interesses perceberam a importância de se considerar o corpo tanto na sua dimensão biológica, somática, quanto na dimensão ideológica, com a finalidade (política) de controle das consciências dos trabalhadores, por parte das classes dominantes.

Hoje, as concepções de corpo apresentam-no como elemento essencial para localizar o indivíduo numa determinada cultura, relacionando comportamentos ao mundo objetivo e, ao mesmo tempo, considerando significados culturais. O corpo, então, serve ao indivíduo como uma espécie de orientação em relação ao tempo e ao espaço, normas e motivações. A noção de corpo já enfrentou dualidades entre corpo-mente, sujeito-objeto, humano-animal, caracterizando diferentes manifestações do imaginário dos seres sociais sobre si mesmos. O corpo é entendido como um “contexto em relação com o mundo”, ou o corpo é o “princípio gerador e unificador de todas as práticas” (MERLEAU-PONTY *apud* CSORDAS, 2008, p.105).

2.8 Saúde social, coletiva e pública

Desde o século XVI, o modelo sanitarista de atenção à saúde pública diferenciou-se daqueles vigentes e hegemônicos da época, como o modelo da clínica de organizações de práticas de saúde, centrado no corpo e órgãos biológicos e individuais. Ampliaram-se entendimentos sobre o caráter recíproco das relações entre saúde e estruturas políticas, bem como definiu-se como foco de intervenção a população. Johan Peter Frank, um dos pioneiros nessa área, na Alemanha, defendeu a polícia médica para registrar eventos epidêmicos ou endêmicos, e propôs que o controle das doenças deveria ser assumido pelo Estado, a partir de um departamento

especializado para coletar dados produzidos por médicos (TEIXEIRA, 2008). O modelo de saúde pública, ao enfatizar as más condições de vida das pessoas mais susceptíveis às doenças, estimulou a formação do pensamento social em saúde (TEIXEIRA, 2008).

No século XIX, a corrente da medicina social também integrou o modelo de saúde pública, com pensadores como Villermé, na França, Chadwick, na Inglaterra e Virchow, na Alemanha, os quais influenciaram políticas sociais e ambientais voltadas para o rompimento do círculo vicioso que envolvia pobreza e doença (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Virchow, especialmente, liderou movimentos que defendiam a prática médica como social e política. Para ele, o próprio termo saúde pública indicava uma questão política que demandava intervenções na vida social (JACOBINA, 2007).

Como dito anteriormente, as noções foucautianas também foram fundamentais para compreender o disciplinamento dos corpos e organização das primeiras intervenções governamentais de saúde sobre os indivíduos, ocorridas na Europa desde o século XVIII, voltadas para favorecer o desenvolvimento da economia capitalista. Tais noções marcaram a era moderna e contribuíram para expandir o pensamento social sobre a saúde e as ações de controle e fiscalização dos agentes estatais. Foucault (1986) retoma as contribuições das correntes de pensamento crítico sobre os determinantes das doenças, evidenciados por Friedrich Engels, a partir do socialismo científico. Este avaliou as transformações trazidas pela industrialização em termos da acentuação de adoecimento e morte nas cidades industriais da Inglaterra do século XVIII; fatores que atingiam, especialmente, os membros da classe trabalhadora. Posteriormente, ações de saúde evidenciaram que melhores condições de vida, como saneamento e educação, eram mais eficientes para reduzir índices de mortalidade do que intervenções médicas específicas, como aquelas baseadas em vacinas e medicamentos. Porém, as ações desenvolvidas nesta área da saúde eram utilizadas mais para favorecer o crescimento econômico e menos para a garantia de melhorias da qualidade de vida das populações (CARVALHO; BUSS, 2008).

A industrialização e a urbanização acentuaram crises sanitárias, tornadas mais frequentes por receberem tratamentos emergenciais e assistencialistas, a despeito das

considerações em torno do caráter social e político das questões de saúde, baseadas em valores da filosofia moral, como igualdade e justiça. Tais movimentos valorizaram as abordagens relativas à medicina social voltadas para uma compreensão crítica dos problemas sociais de saúde. A medicina social, inicialmente, recebeu influências das concepções preventivistas que estimularam, nas escolas médicas, por exemplo, a substituição das tradicionais cátedras de higiene por departamentos de medicina preventiva.

Nos EUA, o modelo de saúde pública desenvolveu-se como movimento difusor de medidas profiláticas, principalmente em relação às populações socialmente vulneráveis. Em 1910, no Canadá, Abraham Flexner, publicou o estudo denominado *Medical Education in the United States and Canada - A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. Este livro ficou conhecido mundialmente como Relatório Flexner e exerceu forte influência no ensino médico norte-americano da época, com repercussões em diversas nações, inclusive nas sul-americanas. O relatório reiterou o caráter natural, biológico e individual da doença, o que significa um descaso com os aspectos sociais da saúde/doença, os quais já tinham sido assimilados pela formação médica. A partir de então, as práticas de sanitarismo e preventivismo foram reforçadas para reproduzir as bases científicas defendida pela medicina, as quais, para o pensamento conservador, deveriam ser, essencialmente, positivistas e biomédicas (PAGLIOSA; Da ROS, 2008).

Por volta do século XIX, os estudos científicos em termos de microbiologia, conduzidos por Robert Koch e Louis Pasteur, defenderam as explicações biomédicas como únicas para se entender os determinantes do processo de saúde/doença. Foi implementada a chamada revolução pasteuriana, com a criação da primeira escola de saúde pública dos EUA, na Universidade de Johns Hopkins. Neste contexto, a saúde pública despontava como uma tendência importante para se compreender as questões referentes à saúde/doença. Na contramão dessa tendência, com a influência dos fundamentos da microbiologia e da teoria dos germes para explicar adoecimentos, a saúde como questão pública foi mais uma vez negligenciada por um longo período de tempo, o que representou um significativo retrocesso para os avanços das abordagens da saúde.

Durante os anos 1970, surgiu a tendência da saúde comunitária na Europa, que influenciou o campo de estudos da medicina social e representou a retomada das análises sobre determinantes sociais da saúde/doença. A saúde comunitária resgatou a relação das ciências da saúde com as sociais, num esforço de compreender os problemas sociais cada vez mais complexos. A ênfase desse movimento se voltou ao papel atribuído à equipe multidisciplinar, tanto na produção de conhecimentos na área, como na prática dos serviços de saúde. Este caráter multidisciplinar atendia, também, demandas das classes menos favorecidas economicamente que necessitavam ter acesso a diversos setores da saúde, como a saúde da mulher e da criança, controle de doenças transmissíveis, saneamento ambiental, sistemas de informações, entre outros (PAGLIOSA; Da ROS, 2008; PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Em 1974, ocorreu no Canadá o movimento para a construção do Relatório Lalonde, tendo como foco central a promoção da saúde, que foi institucionalizada através da Carta de Ottawa. Foi um período de intensificação dos debates internacionais, com a difusão do lema "Saúde Para Todos no Ano de 2000 (SPT-2000)" pela Assembleia Mundial da Saúde da OMS, em 1977, e com a realização da Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Alma-Ata, em 1978, ambas, consideradas marcos estratégicos para a priorização da atenção primária à saúde e para a garantia de ampliação do acesso aos serviços de saúde, tendo o Estado como principal garantidor e avaliador da qualidade (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Nos anos 1980, mais uma vez, ocorreu um retrocesso do pensamento social em saúde, provocado pela expansão das políticas neoliberais. Ações de saúde pública foram comprometidas, uma vez que eram de responsabilidade de órgãos estatais destinados a atender a demanda da população como um todo. Iniciava-se um período de crise na saúde pública que, segundo Paim e Almeida Filho (1998), só foi superada com a definição de novos paradigmas para a questão. Alguns esforços realizaram-se para que a redefinição da teoria e da prática da saúde pública ocorresse, sendo significativas as contribuições de entidades internacionais, como a Organização Pan-americana de Saúde (OPS) e o Banco Mundial (BM). Chegou-se a uma definição de "nova saúde pública", com a retomada da saúde como questão pública, coletiva e social para nortear políticas públicas.

A partir de 1995, a Organização Mundial da Saúde (OMS) assumiu a discussão sobre a nova saúde pública, especialmente aquela voltada para as Américas, com destaque para as abordagens de novos temas e práticas, guiadas pela introdução dos princípios de equidade, solidariedade e saúde na política global. Na prática, porém, resumiam-se à eficiência e eficácia das políticas públicas de saúde, para, assim, produzirem efeitos favoráveis à expansão do poder de decisão do mercado (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Houve, ainda, a influência do modelo norte americano *Health Promotion Disease Prevention* (HPDP), pautado na lógica preventivista que, também, influenciou o pensamento social em torno da saúde (AROUCA, 2003; TEIXEIRA, 2008).

Na América Latina, mais especificamente no Brasil, destacaram-se as críticas de Sérgio Arouca (1975) e Cecília Donnangelo (*apud* NUNES, 2008) ao preventivismo, os quais consideraram essa linha de concepção da saúde como um dilema do movimento ideológico liberal difundido pelo mundo, com intuito de valorizar a prática médica individualizada e a financeirização da saúde.

Nos anos 1990, o pensamento social em saúde enfatizava a saúde coletiva como campo de estudos e práticas profissionais pluridimensional, influenciado por movimentos do cenário internacional em torno da medicina social e da saúde pública, tendo nas ciências sociais o apoio nuclear. Segundo Paim e Almeida Filho (1998), a saúde coletiva não chegou a se constituir em um paradigma em si, mas, sim, como um movimento ideológico voltado para transformações sociais. A saúde coletiva promoveu espaços interativos e de diálogos sobre a saúde nos quais, até a atualidade, participam diferentes profissionais da área (NUNES, 2014). O pensamento social em saúde na América Latina, especialmente a partir de contribuições críticas, como as já citadas, relacionaram saúde-sociedade e medicina com a proposta de avaliar o papel do Estado em termos de assistência médica, em especial, em países como o Brasil (NUNES, 2008).

A partir de variadas reflexões teórico-conceituais sobre o sentido social da saúde, novas tarefas foram colocadas para a saúde pública latino-americana, que passaram a conjugar propostas renovadas, por um lado, e antigas abordagens, por outro, tais como: promoção da saúde, prevenção de doenças, melhoria da condição de

reabilitação, cuidado no sentido mais amplo, políticas públicas saudáveis e participação social. Ou seja, tratar de saúde pública na América Latina implica em lidar com desafios complexos para conciliarem demandas individuais e coletivas, necessidades específicas de grupos sociais particulares, planejamento e gestão de despesas, tendo como base as contribuições dos estudos biomédicos, filosóficos e das ciências sociais.

Nesta questão, o papel dos movimentos sociais em prol da democratização da saúde, a partir de reformas sanitárias, foi importante. Os problemas de saúde pensados a partir da perspectiva social, na América Latina, descortinaram a questão da desigualdade no campo da saúde e, na tentativa de resolvê-la, impulsionaram esforços no âmbito das políticas públicas.

O enfoque marxista foi muito utilizado na região para analisar os impactos de tais desigualdades. Vicente Navarro (1993) é um autor que se destaca, na América Latina, por ter relacionado injustiças na área de saúde com a divisão de poder político e econômico na sociedade. As categorias classe, poder e dominação são fundamentais para se pensar a respeito das necessidades essenciais na região. Segundo o autor, o sistema capitalista periférico trouxe rígidas divisões sociais que geraram injusto acesso a oportunidades de vida às populações rurais e urbanas. Ressalta que se deve considerar a precária organização dos sistemas de saúde, já que tal situação contribui, significativamente, para a condição de subdesenvolvimento latino-americana.

Análises críticas à linha do marxismo sobre saúde na América Latina vieram da pesquisadora Asa Laurell (1982). A autora entende a saúde no capitalismo periférico como base das diferentes dimensões do social, as quais conjugam elementos econômicos, políticos ou ideológicos. Segundo a autora, foi a base da medicina social na região que apresentou enfoques capazes de superar a perspectiva das doenças como estado biológico ou, simplesmente, como consequência mecânica da pobreza. Saúde e doença são dimensões de um mesmo fenômeno social que, ao ser visto de forma dialética, permite perceber os valores sociais e a particularidade de determinados contextos.

Segundo Paim e Almeida Filho (1998), estudos recentes latino-americanos sobre a perspectiva do direito à saúde, entendido como parte dos direitos humanos, dão destaque para as frequentes violações dessa garantia, tanto em serviços públicos

quanto privados. Dá-se ênfase, também, a temas como o da atenção primária e o da vigilância em saúde, relacionando-os a estilos e condições de vida. O primeiro exige investimentos individuais, grupais e sociais, sendo a família o foco central. Já a vigilância em saúde constitui-se em um modelo que se volta para o processo saúde-doença coletivo, sendo considerados os danos e os riscos à saúde.

Autores como Gadelha, Maldonado e Costa (s/d) ressaltam que, na atualidade, a saúde é, também, um bem econômico e um espaço de acumulação de capital, diante de sua crescente demanda social. Ou seja, a base produtiva da saúde não pode ser desconsiderada por apresentar a capacidade de associar aspectos econômicos, sociais, ambientais e de desenvolvimento. Trata-se do chamado Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) que se refere a atividades de inovação e produção de bens e serviços com a utilização de novos paradigmas tecnológicos, fortemente desenvolvidos nas economias emergentes e centrais. O papel do Estado é destacado como relevante para equilibrar interesses econômicos e socio sanitários, além de definir e implementar políticas públicas que possibilitem ampliar a produção industrial.

O CEIS envolve a produção em si e elementos políticos presentes em tal processo, pois, além de produzir medicamentos de alto custo, por exemplo, lida com a política de acesso, com geração de tecnologias, com produção de equipamentos e vacinas, com administração de hemoderivados, com o desenvolvimento de próteses e órteses etc. O complexo conta com grandes empresas e com técnicas de produção que utilizam a microeletrônica para produzir e inovar, tendo como base a biotecnologia, a nanotecnologia e a robótica, entre outras. Além do mais, se encontram no CEIS os segmentos de prestação de serviços de saúde, como hospitais e ambulatorios, com destaque para os novos meios que surgem a partir dos avanços informacionais e comunicacionais, como a telemedicina e a atenção domiciliar. As novidades em termos de ações e serviços de saúde provocam reduções na utilização dos hospitais e, conseqüentemente, do modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde (GADELHA; MALDONADO; COSTA, s/d).

Ao tratar especificamente das novas tendências em termos de estudos sociológicos latino-americanos sobre saúde, abordadas pelos diferentes autores analisados, é possível dizer que houve avanços nas considerações sobre o tema, com

interação dialógica entre as abordagens da saúde pública, saúde coletiva e medicina social, sendo estas fortalecidas e enriquecidas com ferramentas conceituais e metodológicas.

2.9 Os determinantes sociais da saúde

A saúde como problema da sociedade foi se consolidando como uma produção social, dependente de decisões políticas que assegurem a proteção contra riscos e outros fatores. Em outros termos, reconhece-se a ligação entre saúde e sociedade (CARVALHO; BUSS, 2008). A globalização contribuiu para ampliar a agenda da saúde além do âmbito nacional. Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) encontram-se, hoje, no centro das concepções que norteiam ações para enfrentar a saúde como questão de justiça, por meio de políticas públicas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Os estudos de Almeida Filho (2008) demonstram uma expansão das análises sobre os DSS a partir do século XX, principalmente em regiões como a América Latina, apoiados em referenciais marxistas com a finalidade de destacar a complexidade das condições de vida e de trabalho das pessoas diante dos intensos processos de produção e reprodução social, desencadeados pela expansão do sistema capitalista. A relevância dos DSS levou a discussões sobre as relações entre organização social e saúde das pessoas.

Ao tratar dos DSS, Carvalho e Buss (2008, p. 150) destacam quatro fatores que interferem na vida saudável das pessoas: (i) biologia humana (ou fisiopatologia do organismo humano); (ii) condições sociais, econômicas e ambientais nas quais os indivíduos estão inseridos (vida social); (iii) estilo de vida (hábitos, costumes) e (IV) serviços de saúde (cuidados com a saúde). O fator estilo de vida engloba hábitos pessoais e culturais que os indivíduos escolhem ter socialmente, sendo esta a categoria de maior interferência na condição de saúde/doença das pessoas. Estilo de vida representa 51% do universo total. Os autores citam, ainda, como causas relacionadas à morbidade e mortalidade os acidentes de trânsito e os riscos socioambientais e os oriundos da qualidade da organização dos serviços de saúde. Vale, também, mencionar a condição histórica dos fatores destacados que resultam

das condições desenvolvidas ao longo do tempo em determinadas sociedades e, ainda, a dominância de um dos fatores em períodos específicos.

Os DSS indicam as condições sanitárias com destaque para os diferentes recursos que influenciam na saúde, os quais envolvem aspectos físico-materiais referentes à infraestrutura comunitária, como saneamento, transporte coletivo, habitação, serviços de saúde, ou seja, são resultantes de decisões políticas influenciadas por interesses econômicos. Existem, ainda, fatores psicossociais que abordam percepções e experiências das pessoas, com capacidade de gerar estresse e riscos à saúde. E, finalmente, podem ser citados os enfoques ecossociais, com capacidade de integrar diferentes dimensões das iniquidades, como a junção de abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas, história e ecologia (CARVALHO; BUSS, 2008).

Os modelos de atenção à saúde tornam-se fundamentais por favorecer a autonomia dos sujeitos sociais, a gestão das políticas de saúde em direção à intersetorialidade, com capacidade de integrar ações de diferentes setores e modelos adotados por Estados com base em princípios de justiça social, solidariedade e bem-estar.

O estudo dos DSS se vincula com abordagens em torno da categoria capital social. O capital social é formado a partir do desenvolvimento de valores comuns e da confiança nas relações entre indivíduos, grupos e instituições, influenciando positivamente a capacidade das políticas públicas gerarem resultados satisfatórios. Ou seja, quanto mais capital social entre grupos, maior e melhor é sua capacidade de construir afinidades e divergências entre indivíduos, e reforçar melhores condições de vida, de trabalho e de saúde.

Os DSS dizem também respeito às iniquidades em saúde. Segundo Buss e Pellegrini (2007), existem três gerações de estudos sobre iniquidades em saúde: uma linha voltada para análises sobre a relação entre pobreza e saúde; outra dedicada a descrever as gradações de saúde causadas pela estratificação socioeconômica; e uma terceira, e mais atual, voltada para a identificação dos mecanismos de produção das iniquidades sociais em saúde. Hoje, as condições de vida moderna permitem novos modelos de assistência sanitária, em termos dos protocolos internacionais, práticas

educativas, assim como surgem novas orientações sobre alimentação, atividade física, uso de drogas, entre outros fatores. Porém, há outro lado do problema que indica crescentes desigualdades em saúde que poderiam ser evitadas, como, por exemplo, as condições de transporte coletivo nas grandes cidades.

A produção de conhecimentos e as intervenções sobre os DSS receberam importante impulso com a criação da Comissão Mundial sobre DSS da OMS, anunciada na Assembleia Mundial da Saúde de 2004. O objetivo central da Comissão foi a promoção, em âmbito internacional, de uma consciência sobre a importância dos determinantes sociais na avaliação da saúde dos indivíduos e populações e a necessidade do combate às iniquidades nesta área. A Comissão sobre DSS da OMS foi composta por 20 membros internacionais do mundo político, da sociedade civil e da academia, os quais deveriam incentivar a constituição de Comissões Nacionais sobre DSS (BUSS; FILHO, 2007).

Os DSS são, hoje, a bandeira de luta dos movimentos sociais em prol de reformas na saúde, porque representam um avanço em termos de justiça social nesse setor. Com a definição da política internacional de determinantes sociais em saúde, foi possível estabelecer um parâmetro que propicie um melhor nivelamento das condições de promoção à saúde dos blocos de países. A ênfase em políticas de saúde pautadas em DSS gera perspectivas mais amplas de proteção social.

2.10 Governança global em saúde

As questões de saúde envolvem diferentes espaços e atores. As parcerias globais estabelecidas não ocupam lugares fixos, além de contar com organizações e recursos diversos oriundos dos âmbitos público e privados, agências multilaterais, organismos governamentais e não governamentais. Boa parte da governança global em saúde envolve as agências multilaterais de cooperação internacional que se destacam, na atualidade, por ocuparem um expressivo espaço na estrutura institucional composta por elites dominantes. Tais agências desempenham importante papel por propiciarem a formação de arenas de discussão, onde se formulam princípios e normas, orientações, práticas e produção de saberes, interferindo nas agendas

nacionais e regionais sobre a saúde (PITOMBO, 2007).

Os primeiros organismos multilaterais em saúde surgiram por volta do século XIX, quando houve a necessidade de estreitar os laços internacionais destinados a solucionar problemas comuns, em várias regiões do mundo, e definir acordos multilaterais de interesse coletivo. A partir daí, são inúmeros os instrumentos e acordos internacionais realizados por esses organismos. No século XX, ao final da Segunda Guerra Mundial, a cooperação multilateral se expandiu e consolidou; emergiram importantes organismos multilaterais que são marcos para a intensificação das relações internacionais e para estruturação de uma nova ordem mundial, como a Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945. Assim, a cooperação internacional passa a ser vista de uma forma diferenciada, capaz de estabelecer mais solidariedade de forma a aproximar os países e de criar alianças para a solução de problemas que afetam o desenvolvimento dos países e a própria ordem mundial.

As agências multilaterais apoiam políticas de cooperação internacional que integram regimes sobre teorias e ações compartilhadas, tais como sobre desenvolvimento e pobreza, direitos humanos, segurança coletiva, guerra e raça etc. Isso amplia a interdependência entre nações e interfere na formulação das políticas públicas nacionais sobre questões de ordem global. Tais processos tornam-se significativos e os organismos multilaterais assumem o *status* de “supra-legislaturas” devido à sua capacidade normativa em escala supranacional, por meio de convenções internacionais sem, necessariamente, consulta prévia aos Estados nacionais. Porém, a adesão dos estados membros a essas convenções é o meio utilizado pelos países para se tornarem membros mais efetivos da comunidade mundial (PITOMBO, 2007).

Vários são os organismos multilaterais dedicados à saúde, como a ONU, através dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), e a União Europeia, entre outros. Porém, merecem destaque as propostas e ações da Organização Mundial da Saúde (OMS), organização especializada em saúde da ONU, fundada em 1948, para elevar o nível de saúde em qualquer parte do planeta. A OMS se torna responsável por organizar esforços internacionais para controlar surtos de doenças, além de tratar e prevenir enfermidades. Envolve-se, também, com o controle de distribuição de vacinas e

medicamentos, organiza campanhas de saúde (por exemplo, aumentar o consumo diário de frutas e verduras, recomendar o leite materno), realiza pesquisas sobre doenças e epidemias que assolam o mundo, dentre outras ações.

A OMS dividiu o mundo em seis regiões, Américas, Sudeste Asiático, Europa, Mediterrâneo Oriental, Pacífico Ocidental e África, para descentralizar o seu enfoque global e articular ações efetivas na melhoria das condições de saúde das populações, com a ratificação de Estados membros. Atualmente, o objetivo da OMS é assegurar o mais alto grau de saúde para as populações, favorecendo a governança global em saúde a partir de práticas de cooperação técnica na luta contra doenças, a favor da saúde familiar, do saneamento, da formulação de políticas de acesso mais universal a medicamentos e de pesquisas biomédicas. Essa Organização traz importantes contribuições para se pensar a saúde global com publicações em torno do panorama mundial de patologias, atualizados frequentemente, com ênfase na distribuição desigual de adoecimentos e mortes no mundo. São informações úteis para a definição de prioridades referentes às políticas públicas apoiadas em parcerias internacionais, visando melhorar as condições de enfrentamento das iniquidades sociais em saúde (WHO, 2014).

Outras contribuições à saúde global da OMS ocorrem pela supervisão da implementação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e publicação das classificações internacionais importantes, como a Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID) e a Classificação Internacional de Intervenções em Saúde (ICHI), assim como publica, regularmente, os Relatórios Mundiais da Saúde contendo os pontos de vista de especialistas em saúde global. A OMS atua na saúde pública global ao estimular parcerias fundamentais. Conta, hoje, com 193 estados membros, e valoriza grupos de estudos e pesquisas transnacionais que tenham possibilidade de produzir novos conhecimentos e difundi-los para o bem da humanidade, assim como acompanha situações de saúde em todo o mundo.

A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) caracteriza-se como supranacional ao representar uma instância regional da saúde em âmbito internacional, ligada à OMS. Contribui com a melhoria das políticas e sistemas de saúde pública regionais, através da difusão de tecnologias e informações relacionadas à

epidemiologia, saúde e ambiente, recursos humanos, medicamentos, promoção da saúde, entre outras abordagens. Objetiva alcançar medidas sanitárias multilaterais, definidas pelos países participantes da organização, que possam atingir as populações socialmente vulneráveis, como mães, crianças, idosos, pobres, refugiados, desabrigados etc. A proposta atual da OPAS é assegurar uma ótima saúde e bem-estar para famílias e comunidades, pautada nos valores de equidade, excelência, solidariedade, respeito e integridade (PAHO, 2014a).

A OPAS, ainda, defende a prevenção e a educação em saúde, reconhece os serviços de saúde prestados por entidades privadas ou sem fins lucrativos, bem como promove o diálogo entre a sociedade, instituições e ministérios da saúde (MENDES, 2004).

A OPAS foi criada em 1902 como um organismo internacional especializado em saúde pública e atua como Escritório Regional da OMS para as Américas, sendo parte integrante dos sistemas da Organização dos Estados Americanos (OEA) e da ONU. Apresenta atribuições similares às da OMS, e compõe-se por 38 governos membros. Colabora com ministérios da saúde, instituições públicas, entidades privadas de seguridade social, universidades, organizações não governamentais, grupos comunitários, instituições financeiras, entre outras. O intuito é contribuir com governos para a qualidade de suas políticas e serviços públicos de saúde.

Historicamente, a OPAS ofereceu apoio para a América Latina recuperar intervenções em saúde com a promoção de debates e ações voltadas para a compreensão do desenvolvimento em saúde na região. Em alguns momentos, contou com o apoio do Banco Mundial (BM) para o financiamento de estudos e pesquisas sobre a particularidade das necessidades em saúde latino-americanas, destacando a relação entre a saúde pública, coletiva e social (PAIM; FILHO ALMEIDA, 1998).

Ou seja, os organismos internacionais voltados para a saúde, como a OMS e OPAS, têm um papel ativo na definição de recomendações internacionais para a formulação de novos modelos e de reconceituação do tema da saúde, em termos políticos e de ações de governança. Pautam-se em noções de saúde global para superarem dicotomias entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos, cidadãos incluídos e não incluídos, por exemplo, mesmo que seja a longo prazo. Defendem

conexões entre direitos sociais e políticas públicas em saúde.

Além da interação entre variados atores sociais, a governança em saúde realiza encontros internacionais e transnacionais para discutir temas que interessam a toda a humanidade, com o estabelecimento de compromissos entre países que, muitas vezes, geram a definição de documentos. As já mencionadas Conferência de Alma-Ata (1978) e Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986) produziram declarações que marcam a ampliação da noção de cuidado e de saúde, indispensáveis ao desenvolvimento e bem-estar social. A Conferência de Alma-Ata fez importante referência à Atenção Primária à Saúde (APS), destacando serviços locais de saúde baseados na interdisciplinaridade e na participação social na gestão das atividades (BUSS, 2000; MENDES, 2004).

A Carta de Ottawa, resultado da Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), apontou para os aspectos sociais da saúde dos indivíduos e destacou a promoção da saúde para melhorar a qualidade de vida, sendo a participação social essencial no sentido de assegurar respostas às necessidades reais dos diferentes grupos. As definições da Carta de Ottawa revelam expectativas da comunidade internacional com a saúde pública inclusiva e justa. A defesa do bem-estar global envolve lutas sociais e o setor saúde, o que favorece a paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (LOPES *et al.*, 2010).

A Conferência de Adelaide, em 1988, ratificou linhas de ação da Carta de Ottawa e discutiu políticas públicas voltadas para compromissos com a saúde da população. A Declaração de Adelaide, oriunda da Conferência, manifestou a defesa dos povos indígenas, das minorias étnicas e dos imigrantes, sendo atribuída às políticas públicas a possibilidade de ampliar o acesso a bens e serviços de saúde (CARVALHO, 2007).

Em seguida, destaca-se a realização da Conferência Internacional de Promoção da Saúde de Bogotá, em 1992, para debater a relação entre saúde e desenvolvimento, em especial, na América Latina. A Conferência ressaltou as iniquidades geradas na sociedade atual, assim como tratou das novas alternativas de ação na saúde pública relacionadas à cultura de saúde, à participação ativa das pessoas em termos de estilo de vida, entre outras questões. A saúde depende das atitudes da população e de seus

governos. A Declaração de Bogotá enumera compromissos assumidos entre países, como: difundir o conceito de saúde que seja influenciado por questões políticas, econômicas, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicas; estimular a articulação entre as forças sociais em prol da promoção da saúde; defender a equidade e a criação de ambientes saudáveis por meio de políticas públicas; estimular a participação social, dentre outras. (BUSS, 2000).

Em 1997, ocorreu a Conferência que teve como tema A Promoção da Saúde no Século XXI. Desse evento, surgiu a Declaração de Jacarta que reafirma a participação popular para garantir o acesso aos recursos sociais básicos, ressaltando como exemplos de determinantes sociais da saúde transnacionais a integração da economia global e o acesso aos meios de comunicação de massa e aos avanços da tecnologia (LOPES *et al.*, 2010).

A governança global em saúde necessita, também, de definições conjuntas em termos de uma agenda que priorize temas para serem discutidos e para a elaboração de planos de ação. Destacam-se os determinantes sociais da saúde como abordagem indispensável à qualidade de vida de diversas populações. Os países são convocados, a todo momento, a pensarem sobre o tema, como ocorreu na Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, realizada no Rio de Janeiro, em 2011. Nesta Conferência, foi criada a Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde (WHO, 2011).

As estratégias criadas pela governança necessitam de uma nova postura de participação que garanta compromissos e responsabilidades públicas em torno de enfrentamentos assumidos conjuntamente no que se referem às iniquidades em saúde e desigualdades sociais. O desenvolvimento de políticas públicas é fundamental, porém, quando acompanhado por meio de monitoramento e avaliação de resultados. Os processos políticos em torno da saúde precisam ser transparentes e os procedimentos formalizados. É possível negociar a ação dos governos com a participação das comunidades, sendo facilitada sua autonomia (*empowerment*) a partir da organização de novos fóruns, do uso de novas tecnologias de comunicação e da atenção à adequação cultural para minorias étnicas. Há estímulos ao fortalecimento de instituições e à participação popular como igualmente fundamentais para o movimento

global de valorização da vida e dos direitos humanos (WHO, 2011).

As teorias recentes que se referem à justiça social e ao reconhecimento aqui estudadas apontam para dificuldades em abordar as injustiças em saúde que se originam em desigualdades estruturais, especialmente, quando se trata de países periféricos da América Latina que convivem, em sua grande maioria, com limitações institucionais em termos de proteção social, acompanhadas por condições de agravamento dos riscos sociais e perspectivas frágeis de consolidação de uma cidadania universal. No entanto, as recomendações internacionais defendem a institucionalização dos direitos humanos em saúde com a retomada de gastos sociais e de investimentos em políticas públicas que possam efetivar o bem-estar social na região e, principalmente, favorecer a manutenção do equilíbrio do mercado global. Há esforços de muitos dos governos latino-americanos para assegurarem participação social nas decisões de políticas de saúde e incorporarem as demandas das lutas em prol da ressignificação da saúde pública e da distribuição de seus recursos básicos em termos de qualidade de vida, integrando os países da região aos movimentos globais de promoção dos determinantes sociais da saúde.

Capítulo 3: Mercosul: a comunidade política regional e a questão da saúde

A expansão da globalização intensificou a interdependência entre Estados e estabeleceu novas formas de relacionamentos entre governos e organismos internacionais. Blocos regionais se formaram e ações sub-regionais abriram a possibilidade de consolidar processos de negociação de interesses nacionais. Para os países do Cone Sul, a partir dos anos 1990, a integração possibilitou o compartilhamento de ideias e de experiências voltadas para lidar e superar as constantes crises econômicas e sociais na região. Tais crises repercutem no desenvolvimento social sul-americano e nas políticas regionais voltadas para o social, especialmente para a saúde.

Acordos de cooperação internacional firmados a partir do Mercado Comum do Sul (Mercosul) indicam perspectivas futuras de governança regional, com base em recursos políticos e institucionais renovados. O Mercosul representa uma experiência lenta, porém, persistente, de formação de bloco econômico que, aos poucos, incorporou em suas metas centrais temas sociais, com vistas a avançar o processo de integração regional. Neste sentido, tornou-se uma referência internacional diante do estabelecimento de compromissos e decisões conjuntas de políticas sociais. No que tange à dimensão política da saúde, a meta é atingir garantias comuns de melhores condições de vida e de trabalho (LANIADO; SANTOS, 2014).

Os Estados que compõe o Mercosul, os chamados Estados Partes (EEPP), são: Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai e Venezuela. Como Estados Associados, participam também do Bloco Bolívia, Chile, Peru, Equador e Colômbia. Os países do Mercosul almejam a formação de um mercado comum, sendo este estágio considerado o mais elevado grau de integração por assegurar a liberdade de circulação de bens e pessoas, serviços e capitais. Para a consolidação do mercado comum, é preciso a harmonização de legislações e das políticas nacionais da região.

O Bloco regional sul-americano é um projeto político que se originou de relações bilaterais entre Argentina e Brasil, tornando-se, após 1991, quadrilateral, com a inclusão do Uruguai e Paraguai. Mais recentemente, no

ano de 2012, houve a inclusão da Venezuela como uma nova parceira da região. Na atualidade, o Mercado Comum reforça-se como espaço de resistência à pressão internacional dos países centrais, com práticas de cooperação no sentido Sul-Sul, o que contribui para desafiar o tradicional fluxo das relações internacionais Norte-Sul. O Mercosul constitui-se como uma proposta integracionista que almeja a reconstrução da ideia de desenvolvimento regional, com ênfase em projetos de poder alternativos, na justiça social e na reciprocidade de direitos e de obrigações para os estados membros. Em um de seus mais importantes estatutos constitutivos destacou-se:

Considerando que a ampliação das atuais dimensões de seus mercados nacionais, através da integração, constitui condição fundamental para acelerar seus processos de desenvolvimento econômico com justiça social. (TRATADO DE ASSUNÇÃO, 1994, p. 1).

Em outros termos, a criação do Mercosul foi motivada por interesses comerciais, porém, mais recentemente, realizaram-se investimentos em torno de projetos comuns sobre política, cultura e o social. Como esta união entre as nações sul-americanas desafia orientações neoliberais na região, difundiram-se ao longo do tempo concepções anti-Mercosul, devido ao descontentamento dos países ricos em relação aos seus interesses no Sul. Assim, boa parte da existência do Mercosul tem sido marcada por sentimentos de incertezas e descrenças por parte das próprias nações sul-americanas. O Bloco recebe, também, frequentes críticas dos grupos conservadores que dominam a mídia na região, sendo apresentadas à sociedade avaliações dos seus resultados como negativas e inexpressivas (DRAIBE, 2007b).

Muitas das rivalidades políticas e das desconfianças presentes nas relações entre EEPP foram enfrentadas com a união de esforços regionais, gerando, assim, perspectivas de estabilidade política e aproximação sociocultural para os países membros. O Mercosul avançou com a integração regional ao modificar o padrão de relações intrabloco, priorizando a política externa como preocupação central, bem como a dimensão identitária regional (LANIADO; SANTOS, 2014; MENDONÇA *et al.*, 2008).

Em longo prazo, o Bloco pode seguir caminhos distintos, como retomar o crescimento com equidade, a partir da integração regional, priorizando o bem-estar das populações locais, ou, em sentido oposto, tornar-se mais um instrumento de reprodução das tradicionais relações imperialistas que atendem às expectativas dos países ricos e externos à região. Ou, ainda, pode, até mesmo, estruturar-se um imperialismo interno com a preponderância de interesses de uma determinada nação sobre as demais. A direção do projeto futuro do Mercosul será definida pela participação não somente de governos, mas, principalmente, da sociedade sul-americana como um todo (DRAIBE, 2007b).

Em termos de ações na área de saúde que contribuem com a integração regional, a cooperação internacional merece destaque por promover trocas e intercâmbios e por gerar mecanismos de negociações que estimulam diálogo entre governos e representantes da sociedade civil, tendo como fundamento os valores democráticos. Com isso, percebe-se que a integração em saúde avança significativamente, diante da interação entre países e da institucionalização de novos padrões de ação regionais. Diretrizes das políticas de saúde são redimensionadas e norteiam de forma distinta a relação entre EEPP com o restante do mundo, sendo possível desconstruir perspectivas de subalternidades e almejar padrões de boa vida para as populações dos países do Mercosul (DRAIBE, 2007b).

3.1 Mercosul, um pouco de história

Dos anos 1940 a 1960, intensificaram-se tentativas de fomentar o regionalismo na América do Sul. Acordos bilaterais se multiplicaram, em especial, entre as grandes economias da região, como Brasil e Argentina, que consolidaram a ideia da importância da aproximação entre os países. Nos anos 1940, os acordos contaram com a participação da Organização dos Estados Americanos (OEA), formada em 1948, que trouxe para a América do Sul a ênfase do sentido político no que se refere à integração. Porém, vale destacar que o objetivo da OEA era garantir a defesa dos interesses norte-americanos. Os projetos integracionistas de países da América do Sul, com a OEA,

continuam existindo, tendo como pauta a defesa dos direitos humanos, democracia, segurança e desenvolvimento. Contudo, o movimento recente da América do Sul busca valorizar interesses da região, para evitar imposições de projetos hegemônicos da América do Norte (TRAPP, 2010).

Nos anos 1960, constituiu-se a Associação Latino-americana de Livre Comércio (ALALC) que difundiu dois modelos possíveis de integração, a acelerada e a lenta. A primeira caracterizou as propostas integracionistas no Chile, Colômbia e Venezuela; a segunda ocorreu a partir do padrão de integração difundido na Argentina, Brasil e México (TRAPP, 2010).

Nos anos 1980, emergiu a Associação Latino-americana de Integração (ALADI), em substituição à ALALC, com efeitos políticos renovados e acordos diferenciados, tais como os de alcance parcial, os de complementação econômica e os regionais destinados a regular fluxos de importação e exportação de bens e mercadorias, cooperações, complementação financeira, enfim, diversas relações comuns entre todos os países membros. A ALADI é composta, hoje, por 13 países que buscam avançar, com a integração latino-americana, principalmente no sentido econômico (ALADI, 2014).

A década de 1980 representou, ainda, um momento importante para os países do Sul da América Latina, devido à retomada da redemocratização na região, após longo período de autoritarismo. Todavia, a democratização foi acompanhada pela expansão da globalização e do neoliberalismo, sendo exigida maior inserção das economias da região nas relações econômicas mundiais. Iniciava-se a consolidação de um período de disputa acirrada entre países nas relações internacionais (TRAPP, 2010; LANIADO; SANTOS, 2014).

Nos anos 1990, o neoliberalismo expandiu-se em países centrais da América do Sul, com os governos de Menem e de Collor, por exemplo, como panaceia para crises econômicas, promovendo privatizações e o enxugamento do aparato estatal. Dos acordos entre Brasil e Argentina, emergiu o Tratado de Integração, Cooperação e Desenvolvimento que liberalizou o comércio de bens e serviços durante dez anos, sendo estabelecida, em seguida, uma zona de livre comércio de bens com o Acordo de Complementação Econômica.

Os antecedentes do Mercosul fracassaram em termos de integração devido a diferentes fatores, tais como: as constantes crises econômicas vividas na região, as debilidades causadas nos sistemas de seguridade e de

cidadania, o aumento das dívidas internas e externas dos países, o enfraquecimento dos Estados e de suas políticas públicas, entre outros. Porém, o contexto social conduziu à formação de um Bloco econômico sul-americano que, a partir de 26 de março de 1991, passou a representar uma construção criativa e uma promessa de retomada da confiança nas relações regionais. A criação do Mercosul ocorreu em meio ao movimento de redemocratização na América do Sul e que coincidiu com a necessidade da região de inserir-se na competitividade internacional. Especialmente, para os países estudados neste trabalho, foi um momento de retomada de alguns aspectos políticos importantes que ocorreram de forma semelhante nos países da região, como as eleições diretas, a mobilização social e a reforma constitucional, sendo consolidada a união de esforços em prol da integração regional como um interesse comum para os Estados.

No Brasil, o contexto social da época era o de retomada da mobilização social em defesa de eleições diretas para presidente da república. Foi um tempo de mudanças na cultura política nacional que levou à destituição do cargo de líder do poder executivo, o então Presidente Fernando Collor de Melo, substituído, posteriormente, por um cientista social, Fernando Henrique Cardoso, eleito a partir da vontade popular, e que governou o país até 2002. Na Argentina, houve a retomada da força do peronismo com a eleição de Carlos Menem, em 1989, e que se manteve à frente do governo do país até 1999. No Uruguai, na década de 90 iniciou uma fase de recuperação, após graves crises econômicas e sociais, com o estabelecimento de uma democracia relativa, devido à forte presença dos militares nos espaços de poder do país. No entanto, a sociedade civil voltou a se manifestar, com a articulação do ativo movimento social Plenário Intersindical de Trabalhadores.

Para Sánchez (2007), a trajetória histórica do Mercosul demonstra a necessidade de reconhecê-lo como um projeto também de cunho social, baseado na solidez das identidades regionais. Pode ser observado, no Quadro 4 abaixo, elaborado por Almeida (2011), alguns dos mais importantes marcos históricos do Bloco, com evidências em torno de sua evolução de seus desdobramentos para a América do Sul:

Quadro 4: Mercosul: as diferentes fases

	1986-1989	1990-1994	1995-1999	1999-2002	2003-2010
Traços dominantes da fase	Etapa fundadora; construção gradual	Ata de Buenos Aires; Tratado de Assunção	Protocolo de Ouro Preto: confirmação de metas	Crise de confiança; Recuo geral	Prioridades políticas; um fim em si mesmo?
Ênfase geral do período	Protocolos setoriais bilaterais (Br.-Arg.)	Zona de Livre Comércio Automática	Completar a União Aduaneira (alinhar TEC)	Superar o impacto da crise econômica	Instituições políticas e sociais; retórica
Relações comerciais	Administrado e protocolos setoriais flexíveis	Crescimento para dentro e expansão para fora	Crescimento lento; desequilíbrios e resistências	Diminuição geral dos níveis alcançados	Aumento de restrições internas (ilegais)
Relações políticas	Equilíbrio absoluto entre Br.-Arg.; bom entendimento	Instituições provisórias interestatais; ativismo	Estabilidade das instâncias diretivas; burocracias	Crise de confiança Br.-Arg.: câmbio desalinhado	Dificuldades nas relações Br.-Arg.: tolerância Br.
Moldura jurídica e instituições	Puramente bilaterais; Tratado de Integração	Provisórias; dúvidas sobre o perfil interestatal	Apresentação à OMC: lacunas na TEC	Maquiagem via novos grupos de trabalho	Fuga para a frente: foros; sociais e Parlamento
Avanços e realizações	Construção de confiança mútua bilateral	Definição da Tarifa Externa Comum	Associações ao Bloco: Chile e Bolívia	Evitou-se o desmanche; arranjos temporários	Busca de acordos regionais e extra região
Problemas e conflitos	Baixo grau de liberalização comercial; dirigismo	Dificuldades na convergência de políticas	Aumento dos conflitos comerciais; controvérsias	Necessidade de novo instrumento jurídico	Baixo cumprimento das normas internas
Desafios para novos avanços	Superar as resistências setoriais; demandas por proteção	Definir perfil institucional: supranacional ou interestatal (papel Brasil)	Consolidar a UA para poder avançar ao mercado comum	Preservar o Bloco e a confiança econômica externa	Retomar os fundamentos do Bloco: comércio, investimentos

Fonte: Concepção e elaboração: Paulo Roberto de Almeida 2010-2011 *apud* ALMEIDA, 2011, p.12.

3.2 A estrutura institucional do Mercosul

Inicialmente, os representantes do Mercosul não se preocuparam com sua estrutura institucional; as regras e as sanções pelo descumprimento das mesmas não eram claras e nem rígidas, o que, por um lado, foi positivo, pois evitou-se uma excessiva burocratização em um momento inicial. Porém, por outro lado, não era reconhecido um compromisso político em torno do regionalismo, proposto pelos Estados Partes (EEPP).

Dois estatutos constituíram a estrutura institucional do Mercosul – o Tratado de Assunção e o Protocolo de Ouro Preto – os quais traçaram as regras para a formação inicial da União Aduaneira. O Tratado de Assunção, de 1994, procurou estabelecer uma política macroeconômica para a região, com a definição de 10 subgrupos de trabalho voltados para as questões econômicas, a redução de tarifas intrabloco e a liberalização comercial sem restrições internas (TRAPP, 2010).

Com o Protocolo de Ouro Preto, de 1994, os EEPP estabeleceram mudanças institucionais centradas em duas instâncias responsáveis por atos (decisões e acordos): o Conselho do Mercado Comum (CMC), formado pelos ministros das relações exteriores e da economia dos Estados partícipes, responsáveis por conduções políticas; e o Grupo do Mercado Comum (GMC), órgão executivo formado por representantes nacionais das relações exteriores e representantes dos bancos centrais dos EEPP.

O processo decisório do Mercosul foi, inicialmente, definido como intergovernamental. As decisões e os acordos dependem de consenso, com aprovação de todos os EEPP, sob o controle do CMC, órgão responsável por acompanhar os avanços da integração. Esse mecanismo decisório se mantém, de um modo geral, até a atualidade. Vale ressaltar que quanto mais um projeto integracionista progride, mais se exige das organizações que por ele respondem e das respectivas instituições.

O funcionamento institucional do Mercosul, atualmente, utiliza mecanismos de natureza diplomática que privilegiam a política de cooperação e buscam aplicar normas regionais. A meta institucional é formar um sistema comunitário com a cessão de poderes de soberania nacionais a instituições supranacionais. Para tanto, fazem-se necessárias as seguintes mudanças de fases, em termos de representação e de governabilidade, respectivamente: de constitucionalização para parlamentarização, e de intergovernamentalidade para supranacionalidade. Serão, assim, privilegiadas as decisões com participação popular e centradas nas instâncias regionais. O funcionamento do Bloco, hoje, ocorre através da Reunião de Ministros (RM), Reuniões Especializadas (RE) e Reuniões *Ad Hoc*. Tais estruturas de funcionamento são hierarquizadas por meio de órgãos consultivos e normativos que produzem

normatizações, decisões, resoluções etc., sendo priorizada a estratégia da cooperação (TRAPP, 2010; BORGES, 2013).

Segundo Ventura *et al.*, (2012 *apud* SATO, 2014), o Mercosul, hoje, conta com duas centenas de foros de negociação, entre reuniões, comissões, subcomissões e grupos de trabalho, além das duas grandes subestruturas – os órgãos deliberativos, dotados de poder decisório, e os órgãos consultivos ou administrativos. Destacam-se, ainda, órgãos decisórios, como: o Conselho do Mercado Comum (CMC), órgão de condução política da integração; o Grupo Mercado Comum (GMC), órgão que executa políticas; e a Comissão de Comércio do Mercosul (CCM), responsável pela coordenação das políticas comerciais.

O *status* de um sistema comunitário poderá ser organizado no Mercosul na medida em que haja um aprendizado com experiências semelhantes, tendo como referência o modelo de integração europeu que conseguiu se estruturar institucionalmente, no sentido de garantir independência aos estados membros; implementar métodos decisórios supranacionais, que procuram ir além do consenso, com o intuito de superar as possíveis oposições individuais nacionais dos governos participantes; criar mecanismos que ampliem a participação da comunidade nas decisões; e facilitar o vínculo dos indivíduos, das empresas e entre outros atores com os EEPP e com a estrutura regional como um todo (MEDEIROS *et al.*, 2010; NUNES JUNIOR, 2011).

Em resumo, o Mercosul necessita consolidar sua estrutura institucional regional, ampliando os órgãos de natureza supranacional. Algumas iniciativas estão em andamento nesse sentido, como a criação do Tribunal Arbitral Permanente de Revisão, em 2002, considerado o primeiro órgão de natureza supranacional do Bloco, cujas decisões devem ser acatadas por todos os países participantes.

Outro avanço em termos de supranacionalidade se deu com a formação do Parlamento do Mercosul (PARLASUL), criado, desde 2005, por meio de Protocolo Constitutivo que definiu o Parlamento como espaço de representação democrática das populações envolvidas. O PARLASUL, órgão composto, por um representante social de cada EEPP, não tem poder decisório, mas deverá levar aos chefes de Estados e às chancelarias os anseios das populações acerca das necessidades regionais, tanto materiais, quanto culturais. O

Parlamento, por ser um órgão de representação da vontade popular, é considerado uma importante conquista. Porém, ainda encontra-se em estágio de projeto e funciona de forma parcial, uma vez que a escolha dos representantes nacionais depende da vontade popular, manifestada por meio de eleição direta; apenas o Paraguai indicou um representante eleito.

As principais funções do PARLASUL são: fortalecer a cooperação entre os parlamentos dos EEPP; acelerar a incorporação das normas do Bloco aos ordenamentos jurídicos nacionais; apresentar projetos de normas ao CMC; e defender a democracia na região. Segundo Laniado e Santos (2014), a consolidação de um parlamento regional ainda requer tempo para amadurecer a representação popular democrática das populações dos países do Mercosul devido às assimetrias que envolvem desiguais condições econômicas e volume populacional. Na estrutura atual, as decisões tomadas no órgão dependem do posicionamento dos governantes. Sem contar que órgãos supranacionais, como o PARLASUL, encontram resistências internas por abalar posições hegemônicas, principalmente dos países maiores, como Brasil e Argentina.

Para Medeiros *et al.* (2010), o Mercosul conta com mais um órgão de representação, além do PARLASUL, que é o Foro Consultivo de Municípios, Estados Federados, Províncias e Departamentos do Mercosul (FCCR). Ambos são órgãos consultivos e representativos no plano regional com poucas interferências no processo decisório. O FCCR foi criado em 2007 para representar as unidades subnacionais no processo integrativo, e é formado por dois comitês: um para os municípios, e outro para os estados, províncias e departamentos de cada EEPP.

A estrutura institucional do Bloco se modificou ao longo do tempo, tornando-se mais abrangente, com destaque, na atualidade, para os seguintes órgãos (no Anexo 3, encontram-se imagens da estrutura institucional atual detalhada): Conselho do Mercado Comum (CMC), Grupo Mercado Comum (GMC), Comissão de Comércio do Mercosul (CCM), Comissão Parlamentar Conjunta (CPC), Foro Consultivo Econômico-Social (FCES), Secretaria Administrativa do Mercosul (SAM), Tribunal Permanente de Revisão do Mercosul (TPR), Tribunal Administrativo – Trabalhistas do Mercosul (TAL) e Centro Mercosul de Promoção do Estado de Direito (CMPED) (SECRETARIA DO MERCOSUL, 2014).

São órgãos consultivos a Comissão Parlamentar Comum, o Foro Consultivo Econômico-Social e a Secretaria Administrativa do Mercosul. O Bloco é presidido em caráter *pro tempore* (*Presidência Pro Tempore - PPT*) de forma rotativa, a cada seis meses, pelo chefe de Estado de um dos países membros, no que diz respeito à condução jurídica e política do Bloco (SECRETARIA DO MERCOSUL, 2014).

A estrutura institucional do Bloco é considerada minimalista por contar com apenas três órgãos de poder decisório (Conselho de Mercado Comum – órgão supremo - Grupo de Mercado Comum e Comissão de Comércio do Mercosul), representados por autoridades do ministério de relações exteriores nacionais. É, também, reconhecida como perdulária, devido à presidência *pro tempore* (PPT) que, semestralmente, se modifica, exigindo reuniões e, muitas vezes, mudanças em órgãos e projetos que deverão ser submetidos aos órgãos decisórios (VENTURA *et al.*, 2012 *apud* SATO, 2014).

Para Sato (2014), é necessária uma revisão dos gastos realizados pelos EEPP, com deslocamento de técnicos oficiais e com a organização de uma grande infraestrutura para a realização das reuniões semestrais que ocorrem, muitas vezes, no país que assume a presidência *pro tempore*, com resultados considerados insatisfatórios em termos de efetivação de decisões tomadas durante os encontros, por exemplo.

3.3 Políticas supranacionais e readequação institucional para a integração regional

Almeida (2011) e Trapp (2010) ressaltam a intergovernamentalidade como um dos principais desafios colocados ao avanço da governança regional no Mercosul, uma vez que as decisões dependem da presença de todos os estados membros para assegurar a incorporação das mesmas. Se um dos EEPP não acatar o que foi decidido pelo grupo, a construção das normas regionais será prejudicada e, conseqüentemente, a evolução da integração também. Para Furlan (2010), o Mercosul necessita renovar seus ordenamentos políticos e jurídicos, para viabilizar a adoção de estruturas comunitárias, com

capacidade de aproximar o Bloco à sociedade e consolidar a almejada supranacionalidade.

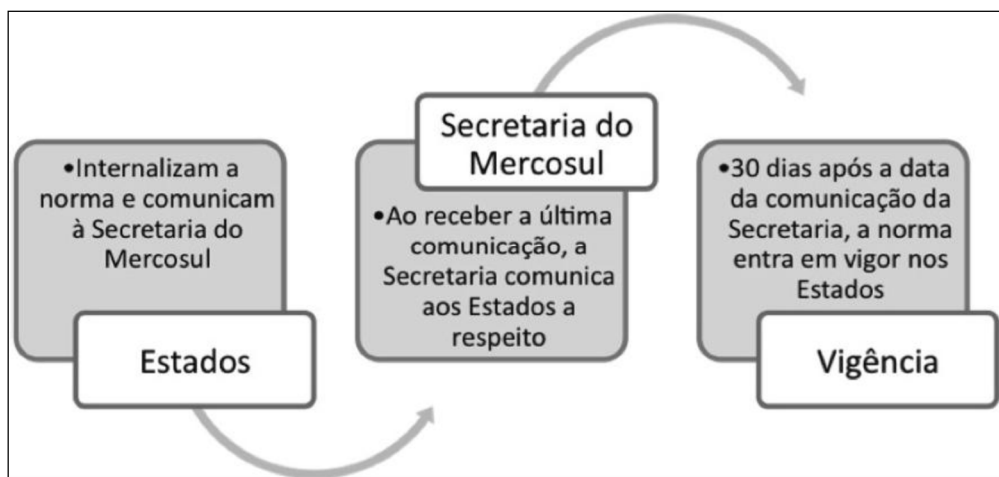
A supranacionalidade reforçará a associação entre estados e a orientação pela formação de instituições que modificam questões de ordem da soberania nacional. Os interesses estatais continuarão sendo manifestados nacionalmente, porém, este deixa de ser considerado o único ator das decisões, sendo parte de sua soberania direcionada para as estruturas regionais de decisão. Neste sentido, a expansão do Mercosul dependerá do reforço das relações mútuas entre Estados, o que exigirá práticas de cooperação entre eles e a constituição de instituições supranacionais (FURLAN, 2010).

Ainda segundo Furlan (2010), a supranacionalidade depende do reconhecimento de valores comuns e da definição de um poder autônomo a serviço deles. No Mercosul, como a reciprocidade precisa se generalizar nas relações, para que se busquem interesses regionais na aliança sul-americana, o interesse comum se confundirá com a vontade de todos. Um maior domínio da ação conjunta conduzirá à definição de diretrizes que norteiem as políticas, com capacidade de assegurar coesão social na região. A supranacionalidade, aliada à gestão comunitária, poderá organizar institucionalmente o Bloco para melhorar a definição e consecução dos objetivos regionais, com a retomada da confiança. Porém, deve-se considerar que o Mercosul é, relativamente, recente e encontra-se em fase de consolidação. A União Europeia, que serve de referência em termos de integração, tem em média 40 anos de existência. A positiva persistência da proposta sul-americana de união entre os países da região indica que há muitas questões para, daqui em diante, serem resolvidas conjuntamente (TRAPP, 2010).

Os objetivos do Mercosul foram redimensionados a partir dos anos 2000, com atenção especial atribuída à conciliação entre expansão econômica e desenvolvimento social, norteadas por princípios de direitos humanos e sociais. Pode-se destacar que, segundo Protocolo de Ouro Preto, artigo 40 (PROTOCOLO DE OURO PRETO, 1994), o processo legislativo no Mercosul constitui-se da transformação de medidas de ação em normas emanadas da Secretaria Administrativa do Bloco, a partir das seguintes etapas, até serem incluídas nos ordenamentos jurídicos dos EAPP: i) harmonização de medidas

de ação a partir do consenso entre países, ii) internalização nacional da norma provisória, e iii) notificação à Secretaria do Bloco e resolução da Norma Mercosul (NM) que passa a vigorar nos Estados. A Norma Mercosul é informada a todos os EEPP, para incorporação aos respectivos ordenamentos jurídicos (SATO, 2014). Na Figura 1, abaixo, pode-se visualizar de que forma as normas internacionais traduzem-se nas ordens jurídicas nacionais.

Figura 1: Fluxo de constituição das Normas MERCOSUL



Fonte: VENTURA *et al.*, 2012:30 *apud* SATO, 2014, p. 53

As mudanças institucionais necessárias para assegurar o aprofundamento do processo integrativo no Mercosul dependem do amadurecimento da relação entre as dimensões regional e nacional, com a facilitação e agilização das medidas decididas pelos EEPP. Para Almeida (2011), a deficiência institucional não é um dos problemas centrais do Bloco, mas, sim, as posturas nacionais que não implementam decisões e resoluções regionais de forma contínua e aparando arestas.

Outro ponto importante para o avanço da estrutura institucional do Mercosul é a inclusão de representantes da sociedade civil global nas decisões, até mesmo, comerciais. A atuação somente dos governos não é suficiente. Para Trapp (2010), o avanço do projeto de integração se vinculará à capacidade de ampliação da participação dos países com condições de estabilidade socioeconômica.

Borges (2013) indica que melhorias em termos institucionais para o Mercosul iniciaram-se com a adoção do Protocolo de Olivos (2002), voltado

para sanar dúvidas acerca de protocolos anteriores e garantir a boa aplicação das regras pelos EEPP. Houve, também, a constituição da área do social do Bloco que possibilitou a formação do projeto do PARLASUL.

Outra conquista em termos institucionais foi a criação do Fundo para Convergência Estrutural e Fortalecimento da Estrutura Institucional do Mercosul (FOCEM), em 2004, com o objetivo de enfrentar as assimetrias entre EEPP, por meio da arrecadação de fundos para financiar programas de construção de infraestrutura, com estímulos à competitividade dos Estados, privilegiando aqueles que têm economias menores, com destaque para uma preocupação com a coesão social.

Definiu-se, também, para o Mercosul, o cargo de Alto Representante Geral que, desde 2010, tornou-se o porta-voz do processo de integração institucional, sendo o posto assumido por representantes nacionais, com mandato de três anos.

Uma das peculiaridades do Mercosul é a centralidade da relação entre Argentina e Brasil para o seu funcionamento, já que os demais países são considerados dependentes de tal relação, como ressalta Sierra (2004). Na atualidade, o Brasil destaca-se como *global player* por participar ativamente de encontros internacionais como representante do Bloco e, internamente, por propor novas possibilidades de relações políticas para o Mercosul, como, por exemplo, com a União das Nações Sul-americanas (UNASUL). Tal tema será explorado mais adiante neste trabalho.

3.4 As liberdades conquistadas pelo Mercosul

Outras conquistas no Mercosul são desencadeadas diante do compromisso dos Estados membros com o regionalismo. A região tem apresentado posturas firmes em relação aos seus projetos de cooperação econômica, sendo ampliado o poder de barganha da região para defender e alavancar os interesses sul-americanos no cenário internacional. Há a construção de posições coordenadas capazes de melhorar as condições comerciais e de cooperação entre Estados, com repercussão na consolidação de identidades regionais. Segundo Sánchez (2007) e Furlan (2010), a aliança

sul-americana reforça vínculos entre Argentina, Brasil, Uruguai, Paraguai e Venezuela para que seja possível enfrentar obstáculos regionais e assegurar o exercício da equidade.

Ao longo de mais de 20 anos de existência, o Mercosul aumentou a liberdade de circulação de bens através de um expressivo crescimento do comércio intrabloco, com o compartilhamento de mercados e a definição de parâmetros comuns para as relações comerciais. De instrumentos alfandegários, como a Tarifa Externa Comum (TEC), adotada no estágio de União Aduaneira, o Bloco pretende chegar à articulação de atividades produtivas, tendo a possibilidade de gerar produto com a marca de origem Mercosul. Com base nas medidas comerciais, almeja-se a constituição de uma política comercial única para consolidar avanços integracionistas que permitam a mudança da condição do Bloco de União Aduaneira para a de Mercado Comum.

Há, também, a reafirmação constante do compromisso de negociar em bloco os acordos comerciais com terceiros países, uma visão que, frequentemente, recebe críticas de setores produtivos no Brasil. Para assegurar liberdades comerciais, o Mercosul tem criado fundos para elevar a competitividade comercial da aliança, o que tem rendido novas oportunidades financeiras capazes de contribuir com o crescimento econômico de todos os países do Bloco, sendo adotadas, assim, obrigações comerciais comuns com capacidades de aproximá-los politicamente. Com as gestões governamentais recentes, como as do presidente Luiz Inácio Lula da Silva no Brasil, da presidente Cristina Elisabet de Kirchner na Argentina e do presidente Jose Alberto Mujica Cordano, também conhecido como Pepe Mujica, no Uruguai, a liberdade de bens comerciais tem sido ampliada no Mercosul (FURLAN, 2010).

Com o ingresso da Venezuela, o Mercosul compreende uma população total de 275 milhões de habitantes, o equivalente a 70% da população da América do Sul, além de representar um território total de 12,7 milhões de quilômetros quadrados, o equivalente a 72% da área da região. Estende-se da Patagônia ao Caribe, consolidando-se como potência energética global, com um PIB de US\$ 3,3 trilhões. Em 2010, especialmente, as economias dos países estudados apresentaram expansão. Na Argentina, as taxas referentes ao PIB tiveram um crescimento de 9,2%; no Brasil, o aumento foi de 7,5%; e,

no Uruguai, o índice foi de 8,9%. (PITANGUY; HERINGER, 2001; OBSERVATORIO MERCOSUR DE SISTEMAS DE SALUD, 2013).

Os EEPP estão diante de um processo de integração econômica que é ameaçado a todo momento por crises na economia, advindas do cenário internacional, sendo gerados longos períodos de recessão para a região. Ademais, há pressão externa sobre o Bloco para que haja mais negociações bilaterais entre países membros e países externos, além das constantes cobranças das dívidas externas aos governos nacionais, as quais são acompanhadas por novas promessas de estabilidade que nem sempre se concretizam. Entre as metas atuais do Mercosul destaca-se a universalização das liberdades econômicas, o que depende da superação de dificuldades nas relações comerciais regionais, muitas delas relacionadas a aspectos das culturas nacionais, os quais necessitam ser desconstruídos, como, por exemplo, rivalidades que marcaram as tradicionais relações entre membros da aliança.

De um modo geral, análises em torno das relações econômicas atuais permitem inferir que o Mercosul tem ocupado os espaços regionais de negociações econômicas, multiplicados com a expansão da globalização e destinados a blocos de países, assim como tem sido propositivo em relação a posições que passam a ser assumidas coletivamente. Interesses nacionais e afinidades políticas passam a ser compartilhadas (TRAPP, 2010; LANIADO; SANTOS, 2014).

3.5 Livre circulação de pessoas, profissionais e serviços – o reconhecimento dos direitos em âmbito regional

A expansão das conquistas em termos de integração regional exige a construção de um novo paradigma para consolidá-las, pautado em reciprocidade, equidade e integridade. São enfocadas a necessidade de redistribuição de rendas e riquezas, bem como a garantia das liberdades fundamentais, a qual pode ser exercida com base em avanços legais e viabilizada através de políticas fundamentadas em direitos humanos e sociais. Os governos sul-americanos apresentam uma preocupação com a defesa dos

direitos humanos e de cidadania que não se traduz facilmente em efetivação dos mesmos, sendo fundamental a participação crescente da sociedade civil.

Em termos de desenvolvimento social, Argentina e Uruguai destacam-se em relação ao Brasil que apresenta uma realidade marcada por mais distâncias sociais entre classes. O Mercosul defende o desenvolvimento econômico integrado com a efetivação dos direitos humanos como parte de seu projeto integracionista. A liberdade individual de circulação é uma das principais preocupações regionais, o que depende da unificação de políticas sociais.

No que tange ao reconhecimento dos direitos humanos e liberdades fundamentais, os países do Mercosul pactuaram diretrizes, no Protocolo de Assunção, em 2005, que reafirmam o compromisso com a alta prioridade à proteção e à promoção das garantias essenciais à vida. Tais diretrizes reforçam decisões regionais anteriores relacionadas ao tema, como as que compõem a declaração de *Las Leñas* de 1992, dedicada à democratização no Bloco, de acordo com os princípios da Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem, com a Carta Democrática Interamericana e, principalmente, com o Protocolo de Ushuaia, considerado um marco para o amadurecimento da democracia na região, firmado em 1998 (PROTOCOLO DE ASSUNÇÃO, 2005; PROTOCOLO DE USHUAIA, 1998).

Atualmente, ações de cooperação fundamentam-se em valores de respeito aos direitos humanos, como os de universalidade, indivisibilidade, interdependência e inter-relação dos direitos de cidadania. Tem-se como meta o reconhecimento das garantias fundamentais a todos os cidadãos que habitam a região compreendida pelo Bloco, sendo tal perspectiva acompanhada pelo Observatório da Democracia, criado no Mercosul em 2007.

Em 2009, o PARLASUL firmou importante parceria com o Instituto Interamericano de Direitos Humanos (IIDH), para tratar de direitos humanos, liberdades fundamentais e integração no Cone Sul. O IIDH é uma instituição internacional de caráter acadêmico, criada em 1980, para investigar cientificamente a ampliação dos direitos humanos, com sede na Costa Rica. O intuito da aproximação do Mercosul com o IIDH foi o de realizar estudos sobre a promoção de pactos e tratados locais e regionais que disseminem informações sobre o usufruto dos direitos humanos (IIDH, 2014).

Ainda em termos de defesa dos direitos humanos, foi criado o Instituto de Políticas Públicas em Direitos Humanos (IPPDH), no ano de 2006, pela Reunião de Altas Autoridades de Direitos Humanos e Chancelarias do Mercosul e Estados Associados (RAADHH), sendo o órgão viabilizado em 2009 através da Decisão do Conselho do Mercado Comum (CMC nº14/09), com sede própria em Buenos Aires. O IPPDH torna-se indispensável ao processo integrativo por contribuir com a formulação, implementação e consolidação das políticas públicas voltadas para a efetivação das liberdades fundamentais. O Instituto tem de consolidar identidades regionais, dinamizar vínculos no sentido Sul-Sul e favorecer o desenvolvimento humano, centrando-se na prática da cooperação (IPPDH, 2015).

No caso das liberdades asseguradas à circulação de trabalhadores, são frequentes as propostas sobre a ocupação de funções de emprego e trabalho nos EEPP por estrangeiros de países vizinhos. Com o acirramento das cíclicas crises de desemprego, os trabalhadores tendem a se movimentar mais, e o Mercosul procura assegurar condições iguais de direitos previdenciários e de permanência aos migrantes trabalhadores, independente da nacionalidade.

Dessa forma, foram criados subgrupos de trabalho dedicados aos deslocamentos de pessoas, gerando a Declaração Sociolaboral do Mercosul, assinada em 1998 e desdobrada na criação da Comissão Sociolaboral Regional, órgão tripartite com caráter não-sancionador. Tal Comissão conta com instâncias nacional e regional, para estimular a incorporação dos princípios da Declaração Sociolaboral nos EEPP, com vistas a estabelecer um padrão de proteção social ao trabalhador pertencente ao Bloco. Assegurou-se, ainda, o Visto Mercosul (2003), a fim de facilitar a movimentação de pessoas, com vigência de até quatro anos para as funções de: gerentes, diretores executivos, administradores, cientistas, pesquisadores, professores, artistas, profissionais de nível superior, entre outros.

O Acordo Multilateral de Seguridade Social em vigor desde 2006, através do Decreto nº5722, também foi um marco importante para o Mercosul por assegurar direitos aos trabalhadores, e aos seus familiares, em condições de prestação temporária de serviços nos EEPP (BRASIL, 2015b).

Foi criado, também, o Dia do Mercosul Cidadão, para aproximar as relações entre o processo integrador e as pessoas que são parte dele na

região, tendo como base a difusão de informações sobre a atuação do PARLASUL. Ou seja, várias são as iniciativas que contribuem para a construção de pertencimentos e sentimentos de lealdade transnacionais, tornadas prioridades nas políticas integracionistas do Mercosul (COSTA, 2009; MEDEIROS *et al.*, 2010).

O turismo é outro aspecto essencial ao favorecimento de intercâmbios socioculturais, além de ser fonte de renda e de trabalho. Em 2008, firmou-se o Acordo sobre Documentos de Viagem dos Estados Partes e Associados do Mercosul, com o reconhecimento da validade dos documentos civis dos cidadãos dos EEPP, para fins de viagem e residência. Houve a uniformização de passaportes expedidos pelos países do Bloco, com a menção *Mercosul-Mercosur* na capa do documento (MEDEIROS *et al.*, 2010).

Em termos de residência permanente, foi firmado o Acordo de Residência promulgado pelo Decreto nº6975 de 2009 que pode transformar residência temporária em definitiva para os cidadãos dos EEPP, e seus familiares, com a garantia dos direitos civis e com contribuições ao igualitarismo na região (BRASIL; 2015c).

A despeito de tantos esforços, Cimadamore (2004) atentou para o fato de que, nos instrumentos jurídicos de constituição do Mercosul, como o Tratado de Assunção, Tratado de Olivos, e Protocolo de Ouro Preto, a relação entre o nacional e o regional ainda não foi suficientemente tratada, principalmente, a partir da participação de movimentos sociais. Prevalece, em muitas situações, a sobreposição do nacional ao regional. Há dificuldades para a resolução dos problemas de forma conjunta e, conseqüentemente, há muitos desafios postos para a construção de espaços sub-regionais, com soberania nacional, pautados na supranacionalidade, a começar pela estrutura institucional e jurídica.

Percebe-se que as conquistas relacionadas aos temas da cidadania social e às estratégias institucionais de integração social são recentes e procuram superar os desafios postos ao Mercosul, com a promoção de discussões que envolvem a sociedade e os representantes dos países membros, sendo definidos planos de ação que contribuam com a unificação de políticas sociais. A definição de cidadania social aproxima-se da estratégia de

unificação dos sistemas de políticas sociais, com referência a direitos sociais fundamentais.

A constituição e a ampliação da cidadania social consolidaram-se como objetivos do Mercosul para a região, com esforços frequentes e contínuos dos representantes dos países membros, o que levou à definição do estatuto de cidadania regional, com garantias à livre circulação de pessoas. Há, ainda, muitos debates, em andamento, em termos de previdência social, como a possibilidade de aproveitamento de tempo de trabalho exercido em qualquer país do Bloco.

Em 2010, foi aprovado o chamado Estatuto da Cidadania do Mercosul, traduzido em um plano de ação para a conformação progressiva de direitos e deveres regionais que favorecem a aproximação entre os países e indicam possibilidades de haver maior estreitamento quanto às afinidades e aos pertencimentos. A implementação completa está prevista para 2020, com avanços acerca da circulação de pessoas, fronteiras, identificação, documentação e cooperação consular, trabalho e emprego, previdência social, educação, transporte, comunicações, defesa do consumidor e direitos políticos (SATO, 2014).

Mantém-se, entretanto, a necessidade de uma maior divulgação para a sociedade a respeito das conquistas alcançadas pelo Mercosul. Sem contar que, a cada dia, novos temas surgem relacionados aos direitos fundamentais, como a migração e o turismo, os quais deveriam, naturalmente, acompanhar o movimento de circulação de bens e serviços por não terem, ainda, seus fluxos controlados pelos EEPP. Portanto, investimentos futuros do Bloco precisam voltar-se para a necessidade de se estabelecer políticas fomentadoras dos deslocamentos extrafronteiriços (LANIADO; SANTOS, 2014; MERCOSUL, 2014a; SÁNCHEZ, 2007).

O desenvolvimento do Mercado Comum por etapas é importante para as políticas de saúde da região por gerar possibilidades de acompanhamento das novidades que emergem na sociedade, como as mudanças tecnológicas que atingem a saúde, o reconhecimento profissional, compartilhamento de informações e serviços, ou seja, o Mercosul pode consolidar aos poucos um modelo social baseado em mais equidade e justiça social (QUEIROZ; GIOVANELLA, 2011).

Iniciam-se debates e ações em prol da institucionalização da defesa dos direitos no que se referem à igualdade e à liberdade no Mercosul. Em decorrência, destaca-se a saúde como parte dos direitos sociais, uma vez que se trata de uma condição indispensável ao exercício da cidadania no espaço comunitário. No caso do Brasil, por exemplo, o direito à saúde é constitucional. Já um país como o Uruguai ainda não tem a saúde como direito em sua Constituição Federal; mas, por outro lado, houve a criação de um Sistema Nacional Integrado de Saúde, a partir de 2007, que assume a saúde como sendo de responsabilidade do Estado. No caso da Argentina, o direito à saúde também não é assegurado pela Constituição, porém, o país aderiu a instrumentos internacionais em defesa das garantias legais e institucionais acerca da saúde, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos e o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Tais discussões serão retomadas em capítulos seguintes.

3.6 Os marcos políticos do Mercosul

O êxito do Mercosul parece que ocorrerá a longo prazo, visto que tem como metas centrais a garantia da democracia na região e o aprimoramento da capacidade de governança do Bloco. Segundo Schvarzer (2004), já se pode reconhecer as contribuições políticas do Mercosul para a América do Sul em termos de intercâmbios de conhecimentos, de informações e de trocas econômicas. Com isso, há potencialidades de alavancar condições de negociações favoráveis para a região em relação aos países externos, tendo a possibilidade de utilizar tecnologias modernas em prol de um desenvolvimento capaz de enfrentar a nova ordem internacional e a globalização (LANIADO; SANTOS, 2014).

Segundo Alcântara (2013), o Mercosul pratica o regionalismo aberto com estímulos às relações intrabloco, mas, também, objetivando incrementar os fluxos de relações com outros países e com outros blocos comerciais. O regionalismo sul-americano é, hoje, uma construção contínua e variável, baseada em um projeto político de desenvolvimento regional e social. As relações com parceiros externos representam instrumentos estratégicos da

política de cooperação internacional, com agendas regionais que estruturam ações planejadas em busca da multilateralidade. Com outras entidades regionais, a finalidade é criar uma política comercial comum, como a Comunidade Andina (CAN), com a ALADI e com a União de Nações Sul-americanas (UNASUL). Tais instâncias, junto com o Mercosul, representam espaços de diálogos que praticam a cooperação e minimizam estranhamentos na esfera regional, essenciais à integração. São foros permanentes e multilaterais que se voltam para a construção de políticas sociais regionais com capacidade de enfrentar desigualdades. Externamente, há esforços voltados para a União Europeia (UE), a Organização Mundial do Comércio (OMC) e a Área de Livre Comércio das Américas (ALCA), tomada como referência em termos de integração regional. Tais relações têm favorecido políticas produtivas e de financiamento para o Mercosul.

Com a ALADI, o Mercosul estabeleceu Acordos de Complementação Econômica (ACE), para implementar a liberalização comercial e a formação de esquemas de integração sub-regionais. Mais recentemente, os acordos com a CAN são privilegiados pelo Mercosul no sentido da reformulação de alguns aspectos referentes ao projeto de integração da região. A CAN caracteriza-se como um bloco econômico dos países da região andina formado por Bolívia, Colômbia, Equador e Peru que, desde a sua constituição, em finais dos anos 60, procura avançar com a integração regional. Hoje, conta com um Sistema Andino de Integração e com o Parlamento Andino, os quais objetivam acompanhar o processo integrativo (COMUNIDAD ANDINA, 2014).

A União de Nações Sul-Americanas (UNASUL), proposta em 2004, e estabelecida, formalmente, a partir de 2008, representa uma instância multilateral de diálogo voltada para a regionalização, sendo composta por doze integrantes: Argentina, Brasil, Uruguai, Paraguai, Bolívia, Colômbia, Equador, Peru, Chile, Guiana, Suriname e Venezuela. O Bloco almeja ir além da integração comercial, já que baseia suas ações em práticas de cooperação regional em diversos campos, como o militar, energético, logístico e de infraestrutura, o produtivo, o da área da saúde pública e no da coordenação de temas de segurança, tais como drogas e narcotráfico. Define como objetivos o desenvolvimento econômico, a redução das assimetrias, a erradicação da

pobreza e o reforço da região como zona de paz e livre de armas nucleares (LIMA, 2013).

A UNASUL busca o fortalecimento da integração regional com base em mecanismos de concertação política voltados para a superação de diferenças, e estabelece-se como um espaço de interlocução. Criou um Conselho de Defesa Sul-Americano para solucionar tensões na região, buscando garantir a paz e a democracia, e atua, ainda, como observador em processos eleitorais sul-americanos (UNASURORG, 2015).

A saúde é reconhecida como uma prioridade para a UNASUL, sendo formado o Conselho Sul-Americano de Saúde, que conta com um Comitê de Coordenação, uma Secretaria Técnica e Grupos Técnicos. A UNASUL Saúde apresenta as seguintes preocupações centrais, para a agenda sul-americana de saúde: elaboração da Política Sul-americana de Vigilância e Controle de Eventos em Saúde; desenvolvimento de sistemas universais de saúde; promoção do acesso universal a medicamentos e outros insumos para o setor e o desenvolvimento de um complexo produtivo na América do Sul; promoção da saúde; e enfrentamento de forma conjunta de seus determinantes sociais e o desenvolvimento de recursos humanos (BUSS; FERREIRA, 2010b; TRAPP, 2010).

A UNASUL Saúde volta-se para a defesa de sistemas universais e equitativos nesse setor como alta prioridade, para que sejam valorizados os serviços de saúde pública e de atenção individual, diante da qualidade e resolutividade das ações oferecidas à população sul-americana. Ressalta-se a formação do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS), órgão de natureza comunitária, criado por países signatários da UNASUL e de caráter público. O ISAGS desenvolve parcerias com centros de formação e pesquisa, com vistas à formação de uma rede que fundamente a reforma de sistemas de saúde na região. Oferece preparo aos dirigentes dos sistemas de saúde dos Estados participantes, uma vez que a qualidade dos serviços de saúde pública depende da condução e da capacidade de liderança, da formulação de políticas de saúde e intersetoriais, da produção de conhecimento, entre outros fatores (BUSS; FERREIRA, 2010b).

3.7 A visão dos governos da Argentina, Brasil e Uruguai sobre o Mercosul segundo fontes oficiais

São muitas as expectativas existentes em torno das ações e parcerias do Mercosul acerca da integração regional, especialmente, a partir dos governos da Argentina, do Brasil e do Uruguai, no que se refere ao resgate da credibilidade e confiança fragilizadas em tempos de crises econômicas; é e por meio de novos formatos de abordagens que se exerce a ação. A partir das informações contidas em *sites* dos Ministérios das Relações Exteriores, no do Brasil, é possível identificar o papel dos representantes nacionais que tratam dos desafios para o Bloco, com considerações das particularidades das diferentes realidades socioeconômicas dos estados membros. Para o governo brasileiro, por exemplo, o tema das assimetrias regionais merece ênfase nas discussões, uma vez que ele compõe, com frequência, a agenda interna mercosulina.

O governo brasileiro destaca, no *site*, a criação do Fundo para a Convergência Estrutural do Mercosul (FOCEM), voltado para o enfrentamento das desigualdades regionais, com o intuito de assegurar a coesão social a partir do fortalecimento da integração. Também merece enfatizar a criação de um Sistema de Pagamento em Moedas Locais, para facilitar as relações comerciais entre os EEPP, já em funcionamento entre Argentina e Brasil, e em fase de implantação entre Brasil e Uruguai.

O governo do Brasil evidencia a evolução da dimensão jurídica do Mercosul. A partir de 2002, com o Protocolo de Olivos, criou-se uma instância para a Solução de Controvérsias entre os Estados Partes, sendo, a partir daí, gerado o Tribunal Permanente de Revisão, com a função de aplicar e cumprir o conjunto normativo do Bloco. Quanto ao PARLASUL, desde 2006, este viabiliza o acompanhamento do processo de integração, para torná-lo transparente à sociedade (ITAMARATY, 2014).

Em *sites* do governo da Argentina, o Mercosul é representado como um pilar central de sustentação da política externa nacional e da região, uma vez que se trata de uma proposta integracionista com diversificados investimentos comerciais e estruturas produtivas nacionais, sendo assegurada uma maior e melhor inserção internacional dos EEPP. As entidades

governamentais argentinas entendem o Mercosul como uma possibilidade de mudança de paradigmas, devido à concretude dos projetos regionais capazes de conciliarem dimensões econômicas, comerciais e, principalmente, políticas e sociais, o que é chamado de *interacción virtuosa* (ARGENTINA, 2015a).

Há, também, um destaque do governo da Argentina para a criação do Instituto de Políticas Públicas em Direitos Humanos (IPPDH) pelo Conselho do Mercado Comum do Mercosul, já mencionado anteriormente. O órgão busca intensificar discussões baseadas no cooperativismo e na equidade de gênero. Ao tratar do Mercosul, os representantes da Argentina destacam a dimensão política do Bloco e a emergência de novos espaços de participação para autoridades subnacionais de governos, com destaque para a atuação do Foro Consultivo de Municipios, Estados Federados, Províncias e Departamentos do Mercosul (FCCR). É dada ênfase para a evolução do Bloco. No sentido da constituição de projetos de desenvolvimento para a região, pode ser comprovada no trecho da declaração sobre a Incorporação da Venezuela ao Mercosul, ocorrida em Mendoza, em 29 de junho de 2012:

Convocar a todos los países de América del Sur para que en el complejo escenario internacional actual se unan, para lograr que el proceso de crecimiento e inclusión social protagonizado en la última década en nuestra región, se profundice y actúe como factor de estabilidad económica y social en un ambiente de plena vigencia de la democracia en el continente (DECLARACIÓN SOBRE LA INCORPORACIÓN DE LA REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA AL MECORSUR, 2012, Art. 3).

Para a Argentina, dentre os vários desafios postos ao Mercosul, o principal é a busca por uma nova posição para a América do Sul na esfera do poder global, sendo as ações regionais estratégicas para viabilizar uma inserção mundial mais justa (ARGENTINA, 2015a).

Portanto, para esse país, a cooperação internacional representa uma ferramenta da política externa, por promover intercâmbios e boas práticas, especialmente em relação às políticas públicas, governabilidade democrática e promoção de direitos humanos, os quais incrementam as perspectivas de cidadania regional. A cooperação SUL-SUL se intensificou na região a partir de 2003, com a proposta de fortalecer as capacidades nacionais, com base em

três eixos centrais: administração e governabilidade; direitos humanos; e desenvolvimento sustentável (ARGENTINA, 2015a).

De acordo com os argentinos, a cooperação Sul-Sul contribui com o desenvolvimento de diferentes aspectos, como governabilidade, sustentabilidade e denúncia, em caso de violação de direitos fundamentais. A cooperação Sul-Sul se propõe a desenvolver projetos a favor da saúde, dentre outros fatores de inclusão social. E com relação à proteção aos direitos humanos, as práticas cooperativas facilitam a assistência aos cidadãos que tiverem seus direitos fundamentais desrespeitados, como ocorreu com as vítimas da ditadura militar.

Ainda para os argentinos, o Mercosul reforça a capacidade política da região, protegendo-a das imposições dos países ricos, além do que se criam espaços de diálogo e consenso, porém, resguardando-se a abertura para o dissenso. A partir de novas formas de relações entre países vizinhos, os sul-americanos contestam os tradicionalismos e estabelecem novas formas de manifestação dos interesses nacionais, tendo como base o regionalismo e a solidariedade. Segundo o Ministério das Relações Exteriores da República da Argentina (2015a), da relação com 16 (dezesesseis) países e 79 (setenta e nove) projetos, o país, através da Cooperação Técnica Sul-Sul, passou a relacionar-se, em 2012, com 40 (quarenta) países e 150 (cento e cinquenta) projetos, atingindo o pico de 884 (oitocentos e oitenta e quatro) projetos no ano seguinte.

No discurso da presidente da República da Argentina, a cooperação Sul-Sul aparece como uma novidade que contribuí com melhores relações entre nações:

La solidaridad no solamente se agota adentro de las fronteras de la Argentina cuando decimos la patria es el otro, el otro país hermano de esta América Latina sufrida, castigada durante tanto tiempo, también es alguien a quien debe ser tenida a la mano solidaria y hoy es lo que estamos haciendo. En ese marco, un marco de cooperación sur-sur (KIRCHNER, 2013).

Na Argentina, a cooperação internacional no Mercosul é coordenada pela Direção Geral de Cooperação Internacional (DGCIN) que, com base em orientações do Grupo do Mercado Comum (GMC), implementa programas

técnicos desde a resolução de 1992, devendo, inicialmente, favorecer e intensificar a cooperação intrabloco.

O *site* do Ministério das Relações Exteriores do Uruguai não contém muitas informações sobre o Mercosul, se comparado ao da Argentina, por exemplo. Para os uruguaios, o inovador é reconhecer o papel político do projeto integracionista na defesa dos valores democráticos, o que envolve o respeito aos direitos humanos para evitar outros golpes de Estado, como ocorreu há quarenta anos. Destaca-se a necessidade do compromisso político dos países sul-americanos com a unidade regional e com a promoção do diálogo no Mercosul, o que exige o estabelecimento de mecanismos de participação das organizações sociais. Na visão do governo uruguaio, as populações das nações do Cone Sul precisam assumir o controle social para acompanhar e interferir em decisões e na forma de implementar as medidas políticas acordadas no Bloco, sem deixar de lado a preocupação com a identidade regional (URUGUAY, 2014).

3.8 Mercosul Social, políticas públicas integradas e intersetoriais

Como já discutido anteriormente, o Mercosul passou por diferentes momentos, sendo, a princípio, considerado um bloco econômico com repercussões para as questões sociais. Foi aos poucos incorporando perspectivas de enfrentamento das desigualdades, a partir da adoção do princípio da coesão social, com vistas a superar abordagens utilitaristas e economicistas sobre o bem-estar das populações. Tornou-se, hoje, referência para a diplomacia política internacional, visando uma integração profunda capaz de assegurar liberdades fundamentais de pessoas, bens e capitais que favoreçam a região e a coordenação de políticas sociais transfronteiriças. Interesses nacionais são aproximados para que haja a convergência política entre países. Para tanto, a unificação e a intersetorialidade das políticas sociais se tornou prioridade. Ressalta-se que a intersetorialidade é considerada uma ferramenta de integração que possibilita a formação de redes de cooperação para um crescimento conjunto (GALLO; COSTA, 2004; LANIADO; SANTOS, 2014).

Inicialmente, o Mercosul criou o Fórum Consultivo Econômico e Social (FCES), voltado para a integração das questões sociais, no âmbito da dimensão institucional do Bloco, porém, a discussão social não amadureceu e a atuação do FCES foi limitada. Com o afastamento da doutrina neoliberal na região, um novo contexto se delineou, ou seja, as políticas sociais tornaram-se relevantes devido à necessidade de se construir um sistema comum de proteção social fundamentado num modelo de cidadania social comunitária. Desde então, Sato (2014) reconhece a evolução da dimensão social do Mercosul a partir de dois eixos principais, (i) o desenvolvimento institucional, visto que a dimensão social baseou-se em documentos e instituições voltadas, especificamente, para a dimensão social; assim, houve (ii) o amadurecimento e ampliação do conceito. As novas metas possibilitaram, nos anos 2000, a criação da Comissão de Coordenação de Ministros de Assuntos Sociais e a Reunião de Ministros e Autoridades de Desenvolvimento Social (RMADS), com a proposta de definição de uma agenda social de integração. Em 2007, surgiu o Instituto Social do Mercosul (ISM).

O ISM, mais especificamente, foi resultado da institucionalização da RMADS, com o intuito de contribuir para a formulação de políticas regionais com base no Plano Estratégico de Ação Social (PEAS), aprovado em 2011. Este apresentou diretrizes para se pensarem sobre políticas sociais na região, definidas pelos órgãos do Mercosul. Dentre as diretrizes para nortear políticas públicas regionais apresentadas pelo PEAS, destacam-se a erradicação de desigualdades sociais e a universalização da saúde pública como garantias para o exercício dos direitos humanos e com estímulos à cooperação regional.

O papel estratégico do ISM, para o reconhecimento de uma cidadania e uma identidade regionais, existe na medida em que as propostas voltadas para as necessidades sociais indicam um papel significativo dos cidadãos em relação a seus direitos e sobre políticas públicas voltadas para o acordo coletivo e bem-estar da região. Ou seja, o projeto de desenvolvimento social do Mercosul baseia-se na renovação das políticas públicas, sendo necessário, em primeiro lugar, ampliar a concepção de cidadania e, em segundo lugar, garantir a intervenção do Estado na aplicabilidade das políticas sociais (DRAIBE, 2007b; MERCOSUL, 2011).

As políticas sociais sul-americanas assumiram, na atualidade, um caráter progressista, com mudanças significativas introduzidas no Brasil e na Argentina, a partir de 2003, e no Uruguai desde 2005. Tais mudanças indicam a possibilidade de se chegar a políticas sociais regionais, desde que haja investimentos em proteção social garantidos por um Estado com perfil negociador, visando projetos de desenvolvimento social baseados em direitos humanos e com o reforço do caráter socioeducativo das políticas, em oposição às tradicionais práticas compensatórias.

Segundo documentos do Instituto Social do Mercosul (ISM), o Bloco se propõe a retomar as perspectivas de construção de um Estado de bem-estar social, com a estruturação de serviços de proteção social baseada em um novo entendimento sobre integração social e políticas públicas. Ao investir na sinergia regional, priorizaram-se perspectivas de bem-estar social que podem superar os interesses econômicos envolvidos em produtos voltados para serviços sociais, o que poderá proporcionar a superação das possíveis fragilidades das democracias sul-americanas, como as assimetrias sociais e a desigualdade de renda. Para tanto, é fundamental que os cidadãos se reconheçam nas propostas do Bloco em direção a uma dimensão regional (MERCOSUL, 2011).

Em 2011, o ISM lançou o livro intitulado “A Dimensão Social do Mercosul: Marco Conceitual”, com destaque para elementos conceituais que formam a dimensão social do Mercosul:

- Centralidade da dimensão social da integração que pretenda promover um desenvolvimento humano e social integral;
- Indissociabilidade do social e econômico na formulação, desenho, implementação e avaliação das políticas sociais regionais;
- Reafirmação do núcleo familiar como eixo de intervenção privilegiado das políticas sociais na região;
- Ressaltar a relevância da segurança alimentar e nutricional;
- Centralidade do papel do Estado;
- Proteção e promoção social a partir de uma perspectiva de direitos, superando a visão meramente compensatória do social;

- Transversalidade de um enfoque dirigido a resistir e evitar todo tipo de discriminação, sejam por questões étnico-raciais, por gênero ou geracionais;
- Participação comunitária, sociedade civil fortalecida organizacionalmente;
- Perspectiva territorial e descentralizada das intervenções públicas, considerando a redução das assimetrias intra e transfronteiriças. (MERCOSUL, 2011, p. 21).

Com a formação da dimensão social do Mercosul, pode-se inferir que, com a estruturação de espaços públicos destinados a tratar de demandas sociais e discutir temas sociais, a agenda social do Bloco avançou e passou a contar com a interação dialógica entre as representações da sociedade civil e os chefes de governos/chanceleres. Merecem destaque, neste sentido, a criação do programa "Somos Mercosul", em 2006, para debater temas relacionados ao processo de integração regional, bem como a formação da Unidade de Apoio a Participação Social (UPS), que iniciou seu funcionamento em 2013, ligada ao Alto Representante Geral do Mercosul. A UPS está voltada para coordenar interações dialógicas entre o Bloco e os movimentos sociais; apoiar a organização da Cúpula Social; financiar a participação social em eventos e atividades regionais; e registrar organizações e movimentos sociais dos EEPs que queiram se aproximar do Mercosul (UNIDAD DE APOYO A LA PARTICIPACIÓN SOCIAL, 2014; LANIADO; SANTOS, 2014).

Para Draibe (2007b), a dimensão social do Bloco ainda encontra-se em um estágio embrionário, em termos de formulação e execução de políticas sociais regionais. No entanto, sua atuação social tem provocado mudanças regionais e nacionais, a partir da intensificação de negociações e políticas intergovernamentais. O Mercosul dá os primeiros passos em direção à almejada gestão comunitária, voltada para a convergência de interesses regionais e que possibilita uma maior representação de interesses sociais no processo de tomada de decisões.

A autora destaca, ainda, duas estratégias distintas de integração social que são utilizadas pelo Bloco: as instituições relacionadas à política social operam a partir da estratégia minimalista de baixa efetividade; já em torno de conceitos e objetivos de integração, a estratégia é maximalista ao voltar-se

para o alcance de um nível supranacional de unificação das políticas de proteção social que, aos poucos, substituirá a estratégia minimalista de políticas sociais (DRAIBE, 2007b).

O surgimento recente de diferentes instâncias dedicadas à dimensão social concretiza o amadurecimento de temas sociais indispensáveis para um verdadeiro regionalismo com participação social, bem com marca uma nova fase para o Mercosul, mais dinâmica, de uma aliança sul-americana convergente e pactuada (UNIDAD DE APOYO A LA PARTICIPACIÓN SOCIAL, 2014).

Abaixo, no Quadro 5, podem ser observadas as prioridades elencadas na agenda do ISM ao longo de mais de uma década.

Quadro 5: Instâncias representativas da agenda social do Mercosul

1991	Reunião de Ministros de Educação - Decisão Nº 07/91. Setor Educacional do Mercosul
1992	Subgrupo de Trabalho Nº 10 "Assuntos Trabalhistas, Emprego e Seguridade Social", que passou a ser SGT Nº 10 "Relações de Trabalho, Emprego e Seguridade Social", em 1996
1995	Criação do Subgrupo de Trabalho Nº 11 "Saúde"
1995	Criação do Fórum Consultivo Econômico e Social
1995	Criação da Rede Mercocidades
1997	Criação do Sistema de Informação em Educação no Mercosul
1997	Tratado Multilateral de Seguridade Social
1997	Criação do Observatório do Mercado de Trabalho
1998	Declaração Sociolaboral do Mercosul, elaborada pelo SGT Nº 10, com base nas convenções da Organização Internacional do Trabalho (OIT)
1999	Criação da Comissão Sociolaboral, órgão auxiliar do GMC (Resolução Nº 15/99)
2000	Carta Social do Mercosul
2000	Institucionalização da Reunião de Ministros e Autoridades de Desenvolvimento Social
2001	Criação do Sistema Estatístico de Indicadores Sociais
2002	Criação do Grupo Ad Hoc de Integração Fronteiriça
2003	Proposta de elaboração do Programa de Fortalecimento do Mercosul Social (Grupo Técnico da Reunião de Ministros e Autoridades responsáveis pelo Desenvolvimento Social do Mercosul, Bolívia e Chile)
2004	Criação do grupo de alto nível para a elaboração de uma estratégia dirigida ao crescimento do emprego
2006	I Cúpula Social do Mercosul
2008	II Cúpula Social do Mercosul

Fonte: Oficina Internacional del Trabajo Cinterfor, 2003; *apud* PAULA, 2009: p. 41.

A estrutura institucional do Mercosul ampliou o diálogo sobre proteção com grupos sociais, ao realizar Reuniões Especializadas conduzidas por representantes da sociedade civil dos EEPP, a fim de apontar necessidades sociais que possam ser respondidas por políticas de bem-estar, a partir da unidade comunitária. Da mesma forma, realizam-se as Cúpulas Sociais, para debater temas sociais regionais, sendo a I Cúpula Social do Mercosul realizada em 2006, em Brasília.

A dimensão social do Bloco evidenciou novas atitudes em termos de temas e ações voltadas ao enfrentamento da pobreza, ao combate às

desigualdades sociais, ao fortalecimento da assistência humanitária, à circulação de pessoas, à participação social, aos direitos humanos e à diversidade, entre outros aspectos. Desenvolvendo a dimensão social, o Bloco intensifica o processo de integração e estrutura-se de forma equilibrada. Como Marco Conceitual do Instituto Social ressalta-se:

A Dimensão Social do Mercosul não deve ser mais uma parte do emaranhado de áreas envolvidas, mas tem de ser central, porque o social – entendendo-se ‘o social’ como ação para a promoção da pessoa e sua realização individual em uma sociedade inclusiva –, em países como os nossos, cujos povos sofreram anos de abandono, exclusão e pobreza, deve constituir a pedra angular que sustente e articule toda a rede de políticas públicas (KIRCHNER, 2006 *apud* MERCOSUL 2011, p. 28).

A partir da citação acima, constata-se a essencialidade da dimensão social para o avanço da integração, assim como para o projeto de desenvolvimento social sul-americano. O Mercosul passa a considerar a necessidade de formarem-se novos espaços de diálogos referentes à ordem pública no Bloco, bem como de pensar em investimentos com resultados a médio e longo prazos. Ademais, tornam-se imprescindíveis avaliações relativas aos fracassos das políticas sociais anteriores na região, os quais levaram a um padrão de cidadania frágil e restrita. Em 2003, chanceleres do Mercosul, reunidos em Montevideu, reforçaram a necessidade do desenvolvimento social para a região.

Segundo Fiori (*apud* LANIADO; SANTOS, 2014), a integração sul-americana, almejada pelo Mercosul, ainda não se constitui como uma política de Estado. Quando isto ocorrer, a instabilidade causada pela economia mundial que abala os EEPP será enfrentada.

A questão da saúde foi preocupação voltada para uma das dimensões do social no Mercosul, desde sua constituição inicial, ainda durante a fase de União Aduaneira (2004), apesar de não contar com institucionalidade própria. Até recentemente, a abordagem dos temas sociais foi restrita a enfoques em direitos laborais, previdenciários e alguns elementos relacionados à saúde sanitária. Isto é, os temas sociais, entre eles o da saúde, eram subordinados às necessidades da agenda multilateral de comércio, sendo considerados facilitadores da circulação de bens e de trabalhadores. Porém, a partir de

meados dos anos 90, os debates internacionais pressionaram pela adoção de medidas governamentais que respeitem os direitos humanos e o desenvolvimento social baseado na ampliação da equidade e da justiça social. A agenda social alargou-se com a defesa da consolidação de uma cidadania supranacional comunitária que reconheça direitos fundamentais em toda a região, por meio de políticas sociais e de saúde unificadas (DRAIBE, 2007b).

3.9 A construção da política regional de saúde no Mercosul

De acordo com os arranjos institucionais do Bloco, são formadas instâncias decisórias e consultivas, para tratar de temas específicos organizados em foros, reuniões, grupos, comissões e comitês, com autoridades e representantes de cada país. São realizados debates e organizados procedimentos com vistas à produção de consensos sobre diretrizes de saúde. Até os anos 90, a saúde era tratada de forma sumária pelo SGT3 (Regulamentos Técnicos e Avaliação de Conformidades), ou seja, a discussão que envolvia esse tema resumia-se a adoção de medidas para garantir a livre circulação de alimentos e produtos para a saúde. Em 1991, por pressões sociais, foi instituído um subgrupo de trabalho voltado especificamente para tratar de questões relacionadas a trabalho, emprego e previdência social. Esse subgrupo, Subcomissão 11, em 1995, foi transformado em Subgrupo 10, Relações Laborais, Emprego e Seguridade Social, sendo desdobrado, no ano seguinte, no atual e específico grupo de trabalho voltado para a saúde, o Subgrupo de Trabalho N° 11 Saúde (SGT11), que será abordado mais adiante.

Para promover a integração em saúde, deve-se considerar segundo Sánchez (2007), diferentes modelos para tal fim. Um deles é o de coordenação de serviços em zonas fronteiriças, mais limitado a questões geográficas. Outro modelo é o da integração de serviços nas fronteiras, que se propõe a uma coordenação de direção conjunta. Há, ainda, o livre trânsito de profissionais, modelo integrativo que inclui os profissionais de saúde para que estes tenham reconhecido seu grau de qualificação profissional em qualquer Estado membro, além da livre circulação de pessoas que procuram acesso aos serviços de saúde.

Na atualidade, não há a possibilidade de pessoas terem livre acesso ao atendimento em saúde, nem em nível de urgência ou emergência, como membro do Mercosul, o que indica que normas regionais precisam ser estabelecidas para dar conta das demandas da integração em saúde.

O Bloco conta, hoje, com dois foros específicos para tratar da saúde: o Subgrupo de Trabalho N° 11 Saúde (SGT N° 11) e a Reunião de Ministros da Saúde (RMS), que dispõem, ainda, das Coordenações Nacionais. O SGT11 e a RMS são as instâncias centrais para abordar o tema da saúde e as Coordenações Nacionais são dependentes deles e agrupam representantes nacionais dos Ministérios da Saúde dos países membros. Tais representantes, denominados coordenadores nacionais, se unem para participar das decisões em torno da saúde, com a função de organizar as atividades, acompanhar, avaliar e compor as agendas da RMS e SGT N° 11, e constituem o comitê coordenador da harmonização de trabalhos e de resultados (QUEIROZ; GIOVANELLA, 2011).

O funcionamento do RMS é, portanto, auxiliado pela Coordenação Nacional de Saúde no Mercosul (CNSM), espaço de discussão e de deliberação com a função de levar à RMS propostas ou recomendações que podem se transformar em acordos posteriormente. A CNSM foi criada por iniciativa da Reunião de Ministros da Saúde e Estados Associados (RMS), em 1998, quando cada estado instituiu sua Coordenação Nacional de Saúde, ligada aos Ministérios da Saúde e voltada, especialmente, às diretrizes das políticas de saúde. Dentre as funções da CNSM, pode-se citar: coordenação de ações de atenção à saúde nos EEPP; difusão de informações em saúde no Bloco; e viabilização da relação da saúde com as demais instâncias do Mercosul.

Segundo o Termo de Cooperação (TC) n° 48 do Ministério da Saúde do Brasil, no período de 2003 a 2010, foram firmados 124 (cento e vinte e quatro) acordos no âmbito do Mercosul, conforme Tabela 2 abaixo, quando foram abordados temas como: Comissões Intergovernamentais de Segurança Alimentar e Nutricional; Políticas de Medicamentos e Banco de Preços de Medicamentos; Controle da Dengue, HIV-Aids, Saúde Sexual e Reprodutiva; Controle do Tabaco; Determinantes Sociais e Sistemas de Saúde; Gestão de Riscos e Redução de Vulnerabilidades; Saúde Ambiental e do Trabalhador;

Regulamento Sanitário Internacional; Doação e Transplantes; e Sistema de Informação e Comunicação em Saúde (PAHO, 2015).

Tabela 2: Evolução quantitativa das atividades-fim do Mercosul na área de saúde 2003-2010

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
SGT N° 11	2	2	2	2	2	2	2	2	16
RMS	2	2	2	2	2	2	2	2	16
Acordos	15	27	12	15	15	18	15	7	124
Resoluções	5	8	18	8	9	18	5	4	75
Decisões CMC			1						1

Fonte: PAHO, 2015.

A saúde foi abordada no Mercosul, a princípio, em sua dimensão sanitária, relacionada ao consumo de produtos alimentícios, medicamentos, artigos de higiene pessoal, saneamentos domiciliares e produtos de uso médico-hospitalar, laboratorial e odontológico. O tema preocupou o Bloco na medida em que barreiras foram postas às relações comerciais, sendo criado o Subgrupo de Trabalho n° 3 Normas Técnicas (SGT3) para abordar as questões relacionadas à saúde, entre outros temas, no período de 1991 até 1996. O principal enfoque em saúde para o SGT3 era eliminar as barreiras técnicas sanitárias à circulação de produtos, e as principais dificuldades do período foram as diferenças socioculturais e a desconfiança mútua nas relações entre delegações. Já como resultado positivo ressalta-se a criação da agência de vigilância argentina (1992), que levou à formação da ANVISA no Brasil, em 1999 (LUCHESE, 2001 *apud* SATO, 2014).

A partir de 1996, o Bloco passou a contar com o Subgrupo de Trabalho em Saúde, o SGT N°11 Saúde, criado pela Reunião de Ministros da Saúde dos Estados Membros e dos Estados Associados pela resolução GMC n° 151/96. Tornou-se o órgão responsável por constituir e consolidar o marco regulatório do Bloco. É considerado um fórum com caráter consultivo que deve contribuir para harmonizar legislações sobre a área e coordenar ações em termos de bens e serviços. O SGT N° 11 Saúde volta-se para a harmonização das legislações dos EAPP referentes a bens; serviços; matérias primas; produtos da área da saúde; critérios para a vigilância epidemiológica e o controle

sanitário. Apresenta o objetivo geral de desatrelar a saúde de questões comerciais, a partir da defesa da proteção à saúde, como condição indispensável para o aprofundamento da integração. Ademais, define a pauta negociadora para os Estados, a qual deve ser cumprida pelas Coordenações Nacionais, Comissões, Subcomissões e Grupos *ad hoc*. Realiza, ainda, discussões sobre controle sanitário, para beneficiar as populações locais e o comércio regional. Para executar suas tarefas, o SGT N° 11 conta com as seguintes comissões e subcomissões de trabalho: Comissão de Produtos para a Saúde; Comissão de Vigilância Epidemiológica e Controle Sanitário (de portos, aeroportos, terminais e pontos de fronteira); Comissão de Serviços de Atenção à Saúde; Subcomissão de Serviços de Saúde; Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional; e Subcomissão de Avaliação e Uso de Tecnologia em Saúde (QUEIROZ; GIOVANELLA, 2011).

A Comissão de Produtos para a Saúde define regulamentos técnicos e procedimentos de produtos sob regime de vigilância sanitária, desde a cadeia de produção até o consumo. Tem como objetivos centrais a melhoria da qualidade, eficácia e segurança dos produtos disponibilizados à população; a promoção da saúde e o gerenciamento de riscos à saúde; além de procurar eliminar obstáculos postos ao comércio regional. Os temas abordados pela cooperação técnica são: a capacitação de inspetores – farmacêutica e farmoquímica; sangue e hemoderivados; produtos médicos; reativos para diagnósticos de uso *in vitro*; cosméticos e saneantes domissanitários; avaliação sistemática da inspeção MERCOSUL; e trânsito nas fronteiras de produtos para a saúde (BRASIL; 2008; FERREIRA, 2014).

A Comissão de Serviços de Atenção à Saúde cuida dos marcos regulatórios dos serviços de saúde dos EEPP e da cooperação técnica, com intuito de avaliar o acesso da população à saúde e à qualidade da mesma. Define, também diretrizes para os serviços de saúde, harmoniza sistemas de regulação e fiscalização das ações em saúde e identifica necessidades dos grupos sociais em termos de qualidade de vida, visando contribuir com o avanço do processo de harmonização normativa (BRASIL; 2008; FERREIRA, 2014).

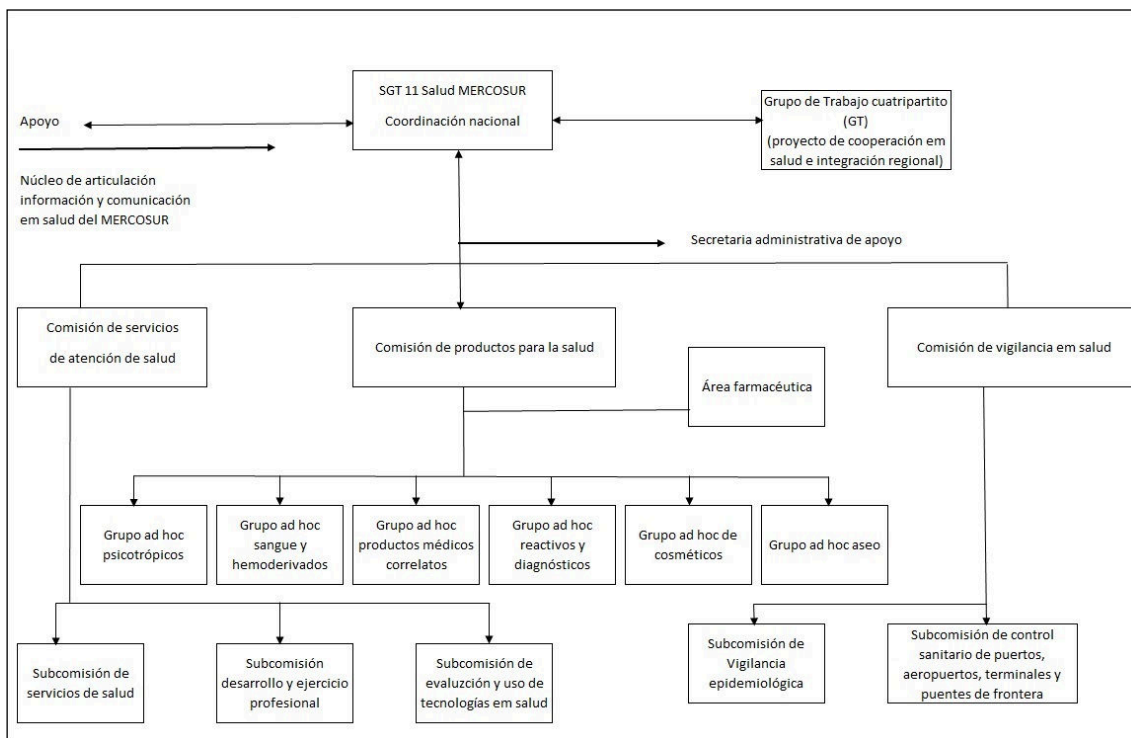
A Comissão de Vigilância em Saúde volta-se para o intercâmbio de informações sobre doenças transmissíveis e não transmissíveis e seus fatores

de risco; define diretrizes, normas e procedimentos relacionados à vigilância epidemiológica e ao controle sanitário de riscos e agravos à saúde; determina lista de enfermidades de notificação obrigatória para o Bloco; e procura se articular com organismos internacionais (BRASIL, 2008; FERREIRA, 2014).

Das três comissões do SGT11, houve avanços na de Produtos para a Saúde, em termos da abordagem sobre cosméticos e a elaboração de normas para a produção de medicamentos. A Comissão de Serviços de Atenção à Saúde advertiu para os limites das diretrizes e normas de integração devido às ações nacionais. Propôs políticas relativas a recursos humanos em saúde e mudanças institucionais regionais.

O SGT N° 11 passou por poucas alterações e consolidou-se como um foro especializado, com pauta negociadora que se ampliou ao longo do tempo. No ano de 1998, foram estabelecidas como funções do órgão harmonizar parâmetros de qualidade dos bens, serviços e fatores produtivos na área da saúde, bem como mecanismos de controle sanitário, com vistas a eliminar obstáculos ao processo de integração regional. No ano de 2007, o papel do SGT N° 11 passou a contemplar a harmonização de legislações e diretrizes, e a promoção da cooperação técnica e coordenação de ações entre os países em relação à atenção à saúde, bens, serviços, matérias-primas e produtos para a saúde, ao exercício profissional, à vigilância epidemiológica e ao controle sanitário, com a finalidade de assegurar atenção à saúde de forma integral e de qualidade. Para Queiroz e Giovanella (2011), as conquistas do SGT11 dependem do compartilhamento de valores comuns por parte dos ministérios nacionais, pois estes apresentam diferenças na concepção, organização, gestão, financiamento e resultados na área. A seguir, a Figura 2 apresenta a estrutura organizativa do SGT N° 11 Saúde:

Figura 2: Organização do subgrupo de trabalho SGT N° 11



Fonte: SÁNCHEZ, 2007: p.159.

Segundo Sato (2014), o SGT N° 11 apresenta, na atualidade, três comissões, sete grupos *ad hoc* e três subcomissões. Os dirigentes das comissões e subcomissões são especialistas e técnicos representantes dos ministérios da saúde e órgãos vinculados dos EEPP.

Em seguida, no Quadro 6 abaixo, extraído do estudo de Paula (2009), são apresentadas diferentes concepções em termos de integração, a partir das propostas do SGT N° 11 Saúde no Mercosul:

Quadro 6: O significado da integração social: SGT Nº 11 "SAÚDE" - 2007 - 2008

<p>Mercosul-Saúde</p> <p><i>"Eu acho que o Mercosul nasceu com mais força; está perdendo espaço por algumas questões de burocracia, muita falta de decisão política, muito nacionalismo, que realmente aparece em confronto com essa questão da integração; cada um tem uma posição de defender o seu e não chegar a um ponto comum de integração, de abrir mão de seu poder para integrar."</i> (SGT Nº 11 "Saúde")</p>
<p><i>"En Mercosur? Ni siquiera se llegó a hacer standares comunes, ni siquiera. El tema es esse, lo que se trabajó y todavía es experimental, todavía no está aprobado, es: acreditación de carrera Mercosur, esto es, bajo un mismo programa se forman y participan, las tres universidades de Brasil, tres universidades de Argentina... etc."</i> (Ministerio de Salud)</p>
<p><i>"O que se procura dentro do Mercosul é que o cidadão tenha o mesmo tratamento que tem em seus países, ou seja, é a questão da integração. E para que haja esta integração vamos ter que entender como o médico que está fora desse circuito daqui dessas escolas - as universidades dos Estados Partes que participam do MEXA. É possível que a gente decida aqui que o médico vindo do Mercosul tenha uma maneira diferente de se registrar, nós ainda não avançamos a esse ponto... Levando em consideração que é uma integração, acho que não pode ser igual ao médico da China ou o médico do Canadá. Ele tem que ter um tratamento diferenciado, levando em consideração a integração do Mercosul. Mas ele não pode ser aleatório; tem que ser muito bem planejado. E esse é um assunto que nós ainda não vimos."</i> (Conselho Federal de Medicina, Brasil)</p>

Fonte: PAULA, 2009: p.58.

A Reunião de Ministros da Saúde dos Estados Partes e dos Associados (RMS) é uma instância de cooperação técnica regional responsável por formular planos, programas, estratégias e diretrizes e representar a visão consensual dos países participantes. A RMS objetiva soluções partilhadas a partir das políticas de saúde. Foi criada por decisão do Conselho de Mercado Comum (Decreto nº 3/95), com o objetivo de orientar a coordenação da política de saúde para o Mercosul.

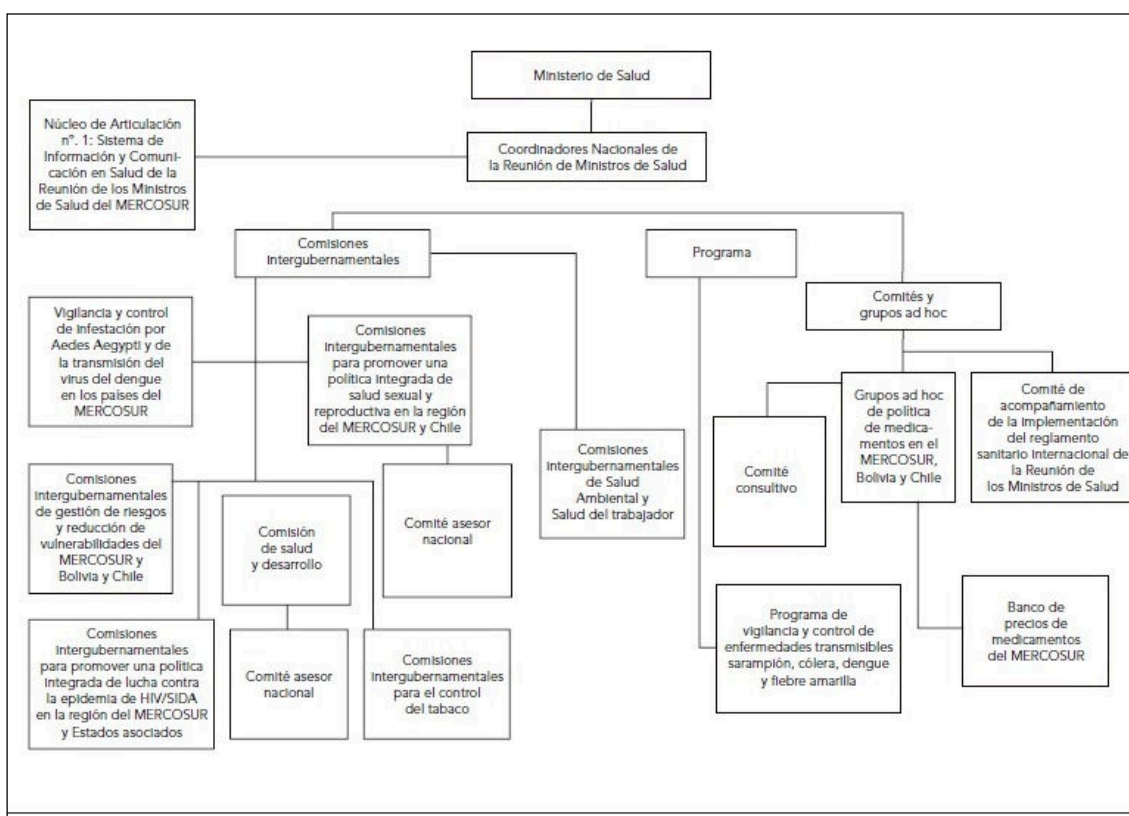
Trata-se de um espaço frequentado por governantes (oriundos dos Ministérios da Saúde) e representantes da sociedade, os quais se unem para pactuar acordos de cooperação, o que indica adesão política à meta de

solucionar de forma conjunta as demandas de saúde na região. A RMS foi criada, em 1995, como um fórum deliberativo voltado para discutir macro políticas e estratégias para o setor da saúde. Em outros termos, a RMS representa um marco político, com destaque para os processos de negociação construídos e que resultam em projetos e planos comuns. Institucionalmente, a RMS formula, apoia e acompanha ações conjuntas de promoção, prevenção, proteção e atenção à saúde, a partir de ações voltadas para a reestruturação dos sistemas de saúde nacionais envolvidos.

A RMS realiza um encontro a cada presidência *pro tempore*, no qual se reúnem ministros da saúde e representantes dos Ministérios da Saúde dos EEPP, além de serem convidados representantes de organizações internacionais. A Reunião se organiza em comissões intergovernamentais (CI), criadas entre 2000 e 2006, totalizando, hoje, 11 CI que, gradualmente, incorporam novos temas sociais e de interesse regional, relacionados à vigilância de produtos e de doenças transmissíveis. As CI, com frequência, realizam reuniões de trabalho com dirigentes, especialistas, técnicos representantes dos países que se dedicam ao debate das políticas nacionais de saúde. Assim, surgem consensos e, conseqüentemente, acordos e diretrizes regionais. Sempre novos temas são incluídos às CI, com perspectivas de intensificação do debate político e regional acerca da vigilância e da promoção e proteção social da saúde.

A ata RMS (01/97 *apud* SATO, 2014) define quatro Núcleos de Articulação: i) Sistema de Informação e Comunicação em Saúde; ii) Saúde nas Fronteiras; iii) Assistência e Tecnologia Médica; e iv) Cooperação Internacional em Saúde. A estrutura organizativa é formada por CI voltadas para: Políticas de Medicamentos; Programa de Vigilância e Controle de Doenças Transmissíveis, Sarampo, Cólera, Dengue e Febre Amarela; Controle da Dengue e HIV/Aids; Saúde Sexual e Reprodutiva; Controle do Tabaco; Saúde e Desenvolvimento (DRAIBE, 2007b). Na Figura 3 abaixo, pode-se observar a estrutura institucional da RMS:

Figura 3: Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul



Fonte: Sistema de informação em saúde do Mercosul *apud* Sánchez, 2007, p.158.

As propostas produzidas na RMS são submetidas ao Grupo do Mercado Comum, e os acordos são aprovados no Conselho do Mercado Comum. As autoridades ministeriais da saúde decidem, consensualmente, com a presença de todos os representantes dos EEPP.

A RMS orienta as diretrizes da saúde pública a partir dos resultados dos grupos de trabalho voltados à integração em saúde, produzindo vários marcos importantes para o Mercosul, tanto para a elaboração como a implementação de ações e programas em saúde. A preocupação com a melhoria da qualidade de vida e com o acesso à saúde por meio dos sistemas de serviços nacionais são conquistas que indicam a possibilidade de desconstrução do modelo biomédico de saúde, na medida em que se privilegia a perspectiva preventivista.

As concepções de integração social revelam o reconhecimento da complexidade do processo integrativo para atender as demandas regionais, nacionais e individuais. Destacam-se opiniões referentes às dificuldades do Bloco, em termos de integração, devido ao excesso de burocracia e à

descrença do potencial integrativo do Mercosul no sentido social, por conta do desconhecimento de suas propostas e da dinâmica de funcionamento do mesmo. Segundo constatação de Laniado e Santos (2014), apenas 60% dos documentos sobre o Mercosul são disponíveis para a consulta popular. Verifica-se a necessidade da consolidação da confiança da sociedade acerca da potencialidade regional de promoção de políticas sociais e econômicas, bem como da expansão dos benefícios trazidos pela integração social.

Sato (2014) lembra que não há definição clara da relação entre o SGT N° 11 e a RMS, já que o primeiro atua como instância técnica que implementa políticas decididas pela segunda, sem que seja percebida sinergia entre eles.

3.10 Agenda regional de saúde da RMS

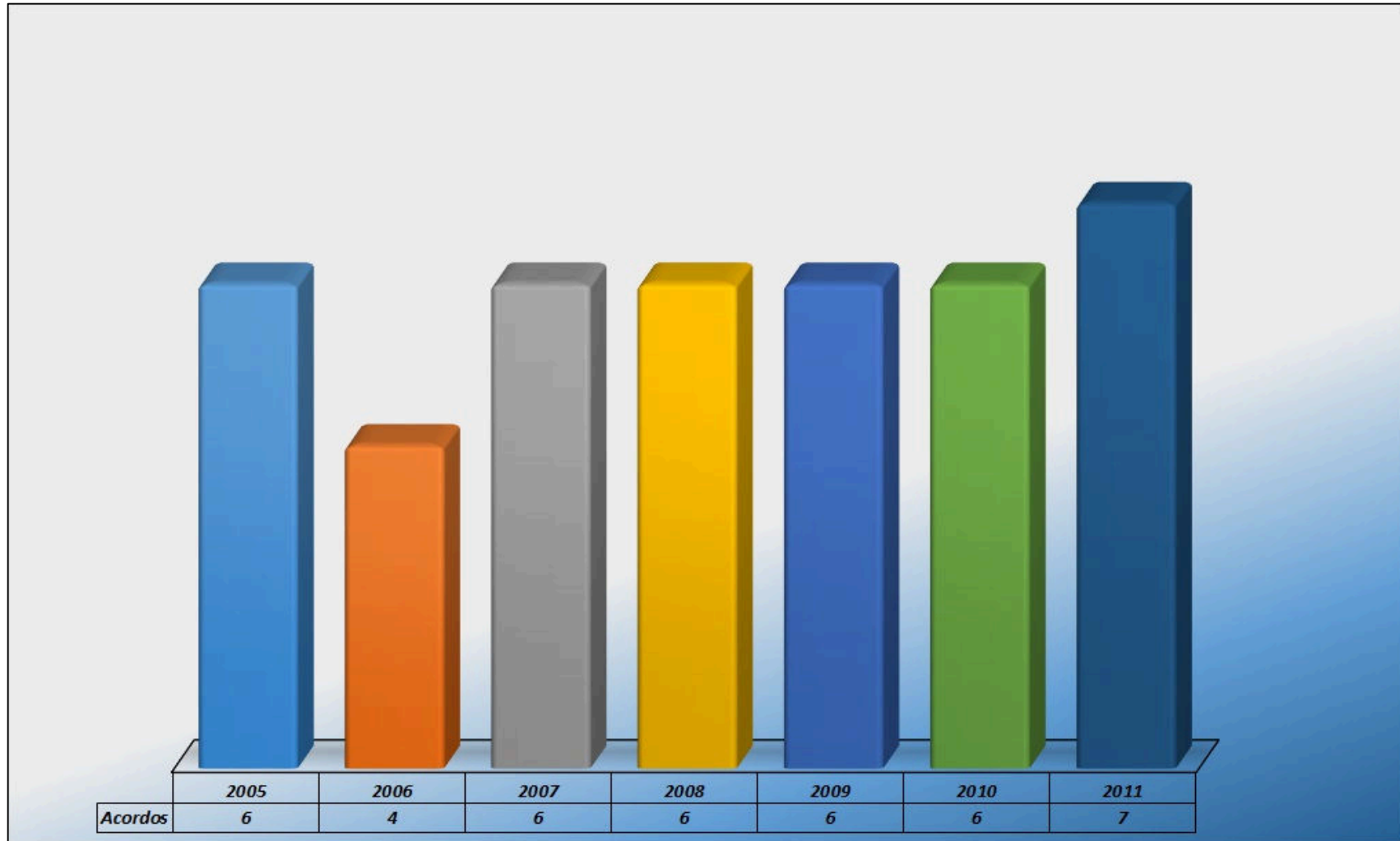
Neste trabalho, priorizou-se analisar as diretrizes e propostas da Reunião de Ministros da Saúde (RMS) para as políticas de saúde do Mercosul devido à proximidade dessas metas com as preocupações do estudo em tela e, também, pela possibilidade de acesso a documentos do órgão. A RMS apresenta caráter político ao negociar, com a instância decisória do CMC, medidas relativas às políticas de saúde. A pauta de ações da RMS é definida de acordo com as questões trazidas pelos representantes nacionais, para o âmbito regional, por meio dos planos de trabalho que, posteriormente, são desenvolvidos pelas Comissões Intergovernamentais (CI).

Segundo Queiroz e Giovanella (2011), as questões promovidas pela RMS indicam, em primeiro lugar, ações de formação e educativas. Segundo, apesar de serem incorporados temas amplos, a definição coletiva de estratégias as torna mais fortes, como a ampliação da política de medicamentos e a constituição de redes de implementação de ações, que contam, inclusive, com a participação de entidades não-governamentais e internacionais. Uma das dificuldades encontradas pela RMS, segundo Sato (2014), é a falta de financiamento próprio para a realização de ações, fazendo-a depender, portanto, de investimentos externos.

Foram analisados Acordos da RMS no período de 2005-2011, tendo um total de 101 (cento e um) acordos, 09 (nove) anexos, 02 (duas) declarações de Ministros da Saúde, 01 (um) decreto e 02 (dois) memorandos.

O Gráfico 1 a seguir, elaborado com base nos documentos da RMS (2005-2011), demonstra que se manteve estável a quantidade de acordos firmados no órgão, com discreta diminuição no período de 2006 e elevação em 2008, o que indica um movimento constante de negociações em saúde, com perspectivas de permanência e expansão ao longo do tempo. De acordo com os propósitos dos acordos, em 2005, houve uma preocupação com a estruturação das políticas que, ao longo do tempo, foram implementadas a partir de planos de ação e estratégias. Novos temas surgiram e se manteve presente a preocupação de acompanhar as recomendações internacionais.

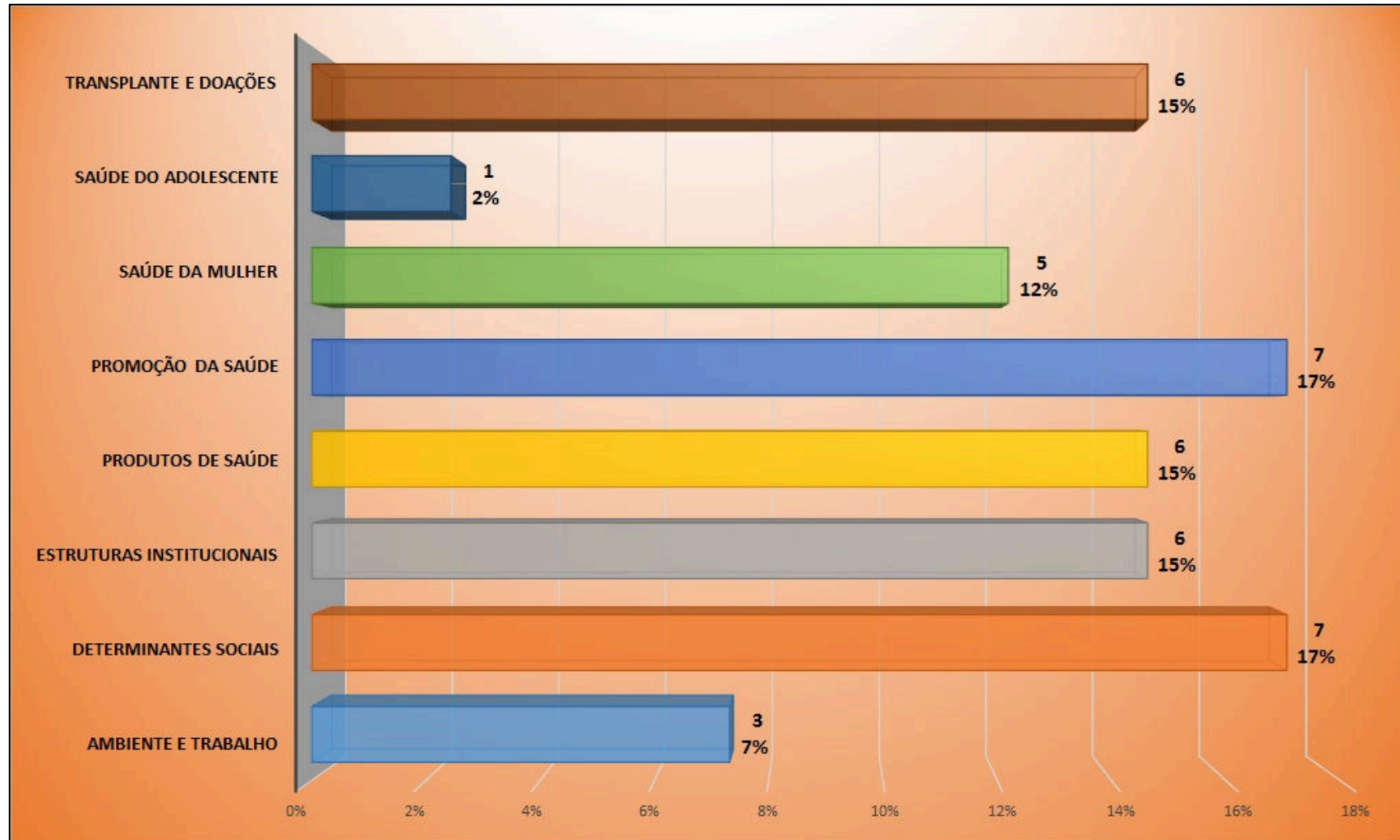
Gráfico 1: Acordos RMS por ano



FONTE: Elaborado pela autora com base nos documentos da RMS de 2005 – 2011.

O Gráfico 2, abaixo, revela os temas em saúde que foram objetos das relações de cooperação entre os EEPP na RMS, no período de 2005 a 2011. As categorias foram definidas a partir do título dos documentos, agrupando-se por proximidade temática (no Anexo 5, relacionam-se os títulos de todos os documentos). Ao se observarem os temas das reuniões, ressalta-se a dimensão política dos conteúdos apresentados nos fóruns, com diferentes e amplas preocupações. Percebe-se um equilíbrio nos temas abordados, quanto aos problemas, prioridades ou questões nacionais considerados relevantes para o debate regional. Os temas priorizados indicam consenso, e a definição de planos de trabalho, promissores para a discussão regional. Identificam-se abordagens em torno de questões amplas que podem gerar estudos e intercâmbios de experiências. Diante da amplitude, os temas propiciam a realização de atividades educativas de caráter formativo, de capacitação ou de informação, por exemplo. Verifica-se, também, que as negociações desenvolvidas na RMS revelam possibilidades de articulação de ações em rede que envolve diversos atores, como organizações governamentais, civis e organismos internacionais.

Gráfico 2: Temas de Acordos RMS (2005-2011)



FONTE: Elaborado pela autora com base nos documentos da RMS 2005 – 2011.

Os dados indicam como temas mais frequentes os Determinantes Sociais e Promoção da Saúde, que sugerem uma mudança paradigmática sobre concepções de saúde, a qual norteia tanto o planejamento quanto a definição de ações que reforcem a consolidação de tal paradigma no âmbito das políticas públicas no setor. Na categoria Promoção da Saúde, identificaram-se documentos de adesão às recomendações internacionais, especialmente, as das Declarações de Alma Ata e de Otawa, e as das Assembleias Mundiais de Saúde (AMS), como essenciais para renovar a política de saúde. Essas categorias são seguidas por preocupações em constituir estruturas institucionais sólidas que possibilitem a formação de redes de informações e serviços regionais para o tratamento do tema Transplante e Doação e Saúde da Mulher, por exemplo. Sem desconsiderar, no entanto, a saúde no sentido comercial, como mostra a categoria Produtos da Saúde, o que corrobora, neste sentido, com as conclusões do estudo realizado por Sánchez (2007), no qual mereceu destaque, nos registros das reuniões da RMS, a atenção dada aos assuntos que envolvem o comércio de produtos de saúde.

Os avanços na integração em saúde dependem de uma visão direcionada para a supranacionalidade capaz de possibilitar a portabilidade de direitos para usufruto de serviços. Os EEPP passam a sentir a necessidade de seguir orientações comuns e evitar posturas individualistas. Como o SGT N° 11 apresenta um perfil mais técnico, destaca-se a RMS por atuar em prol da harmonização da legislação, bem como estabelecer medidas para facilitar a documentação e circulação de pessoas e profissionais de saúde, com o estabelecimento de regras comuns. O papel de coordenação de ações de governos nacionais, em termos de atenção à saúde, não deixa completamente de lado os interesses do comércio regional no setor (SÁNCHEZ, 2007).

No geral, os fóruns promovidos pela RMS destacam a necessidade de se investir mais em desenvolvimento social, articulando a saúde aos demais temas que exigem recursos essenciais à garantia de uma vida digna e um maior investimento regional para a ampliação da reciprocidade entre países. O diretor de relações internacionais do Ministério da Saúde do Uruguai no Mercosul, em dezembro de 2014, afirma:

A integração em saúde vem crescendo no Mercosul. O SGT N° 11 e o RMS procuram se aproximar cada vez mais, tendo, inclusive, capacitações conjuntas. Inicialmente, a saúde era tratada apenas como questão sanitária e voltada para o comércio. Hoje, existem instâncias voltadas somente para ampliar a saúde como direito de cidadania, parte da proteção social. Há mais esforços direcionados à Atenção Primária em Saúde, o que repercute em uma maior possibilidade de acesso aos serviços de saúde. O que não exclui o embate com o sentido comercial da saúde (Entrevista n° 9).

A saúde se reforça como um direito de cidadania e como uma questão de política, consolidando espaços institucionais no MERCOSUL e reafirmando-se como essencial para a integração regional.

3.11 As influências internacionais recebidas pelas políticas de saúde

A formulação de políticas públicas de saúde na América do Sul sofre modificações diante das influências recebidas dos organismos internacionais, especialmente, os de cunho econômico. A partir dos anos 90, as entidades mundiais, passaram a oferecer diretrizes sobre desenvolvimento, com características diferenciadas daquelas praticadas até então. As recomendações das agências internacionais para políticas públicas são chamadas de oferta de ideias. Veiculam-se às práticas de cooperação técnica, geralmente usadas como ferramentas na relação entre o Norte e o Sul, a fim de privilegiar os interesses da primeira região em relação à segunda, sendo a adesão dos mais pobres garantida, muitas vezes, com a oferta de ajuda financeira atrelada à adoção de medidas econômicas neoliberais. As agências internacionais que antes se relacionavam com governos nacionais, hoje, devem negociar com grupos sub-regionais. Nesse contexto, as agências financeiras ganham proeminência, especialmente, o Banco Mundial que, ao apoiar projetos da Organização Mundial de Saúde (OMS), pode, por um lado, reduzir a autonomia desta última instância, mas, por outro lado, traz a possibilidade concreta de investimentos em temas prioritários para a saúde de um povo (MATTOS, 2001).

Após a Segunda Guerra Mundial, uma nova ordem mundial emergiu repleta de organismos internacionais destinados a tratar, de um modo geral, de questões financeiras ou de problemas humanitários. Das organizações que se

voltaram para as questões humanitárias, destaca-se a que se tornou referência em termos de saúde, a OMS, ligada à Organização das Nações Unidas (ONU). Ela é voltada à saúde e promove cooperação técnica para enfrentar problemas desse setor e para assistir os sistemas nacionais de saúde acerca de políticas públicas e de gerenciamento. A OMS depende de recursos advindos de países ricos, os mesmos que pressionam as diretrizes e políticas para privilegiar seus interesses no campo da saúde. Essa situação reforça iniquidades em saúde e subjuga os mais pobres a situações injustas.

Para Mattos (2001), com o fim da Guerra Fria, a política internacional de ajuda ao desenvolvimento, promovida por meio de empréstimos e doações dos países centrais aos periféricos, foi abalada por crises econômicas mundiais de anos recentes. A ajuda internacional para o desenvolvimento concentrou-se no enfrentamento da pobreza, intensificada pelos dilemas advindos da reprodução do sistema econômico. Em lugar da ajuda financeira, os organismos financeiros internacionais, como o BM, passaram a oferecer aconselhamento político que, atrelados aos empréstimos, geraram a minimização dos custos governamentais para tratar de problemas sociais (MATTOS, 2001).

Outra questão importante, relacionada à influência que os organismos internacionais podem ter em relação às políticas públicas, é a de que as agências de financiamento divulgam documentos anuais, em torno de diferentes temas sociais, com análises baseadas em pesquisas e estudos controlados, as quais serão consideradas no momento das decisões governamentais em relação às políticas públicas de saúde e aos padrões de desenvolvimento assumidos por diferentes nações. Esses documentos internacionais produzidos pelos órgãos de financiamento, com a finalidade de apresentar um panorama das possibilidades de vantagens geradas para os investimentos externos, oferecem um prévio conhecimento da realidade local para investimentos que deverão ser usados da melhor forma possível, conforme as iniciativas dos governos nacionais (MATTOS, 2001).

O BM, ao defender a política neoliberal nos anos 1990, ocupa o centro dos debates internacionais sobre a saúde, devido aos financiamentos de projetos de intervenção. O BM investiu em pesquisas para sustentar o argumento de que há necessidade de redução da intervenção dos governos em políticas sociais, as quais são comparadas a bens de mercado, como a

educação e a saúde. Porém, em 1993, o BM apresentou, em um de seus relatórios, um apelo aos doadores internacionais para investirem mais em saúde, como destaca trecho, abaixo, do relatório do órgão abaixo:

...para obter boas condições de saúde, é essencial que haja boas políticas. Alguns países utilizaram plenamente os potenciais da medicina; outros quase não aproveitaram, apesar dos gastos volumosos. Desta múltipla experiência, o presente Relatório tira lições que ajudarão as autoridades a perceberem os enormes retornos em potencial dos investimentos que seus países fazem na área de saúde (BANCO MUNDIAL, 1993 *apud* MATTOS, 2001, p. 12).

Nos anos 1990, os países pobres são vistos como dependentes de uma maior atenção da comunidade internacional. Internamente, a abordagem do relatório afirma ser importante que os governos criem mecanismos de assistência pública apenas aos mais pobres. Em outros termos, a liderança do Banco Mundial (BM) em torno das políticas públicas de saúde é cada vez mais presente. As organizações internacionais, de uma maneira geral, definem diretrizes para as políticas sociais influenciadas pelas recomendações do BM, ou seja, o aconselhamento acompanha o financiamento oferecido pelo BM, para a formulação de políticas públicas que devem privilegiar iniciativas de mercado e reduzir o papel do Estado em prover benefícios sociais neste setor.

Um dos entrevistados deste estudo afirma que as influências internacionais dos organismos financeiros diminuíram na atualidade, podendo até se tratar da inversão do fluxo; ou seja, existe a possibilidade dos próprios países sul-americanos, em especial aqueles que compõem blocos, como o Mercosul, influenciarem também as determinações internacionais. Segundo pesquisador da área de saúde global e diretor do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade de Buenos Aires, em maio de 2013:

A Argentina participa en los cuerpos directivos de la OPS y OMS y tente influir na elaboración das Resoluciones da Asamblea Mundial da Salud e da OPAS. A OMS como mayor autoridad global de salud influí en la política nacional de salud. Un claro ejemplo é en relación do Reglamento Sanitario Internacional que regula o tránsito de personas e productos e o comercio internacional e su potencial para a transmisión de dolencias (Entrevista n°2).

Pesquisadora do tema no Brasil, vinculada à Universidade Católica de Pelotas e à Universidade Federal de Santa Catarina, em entrevista realizada

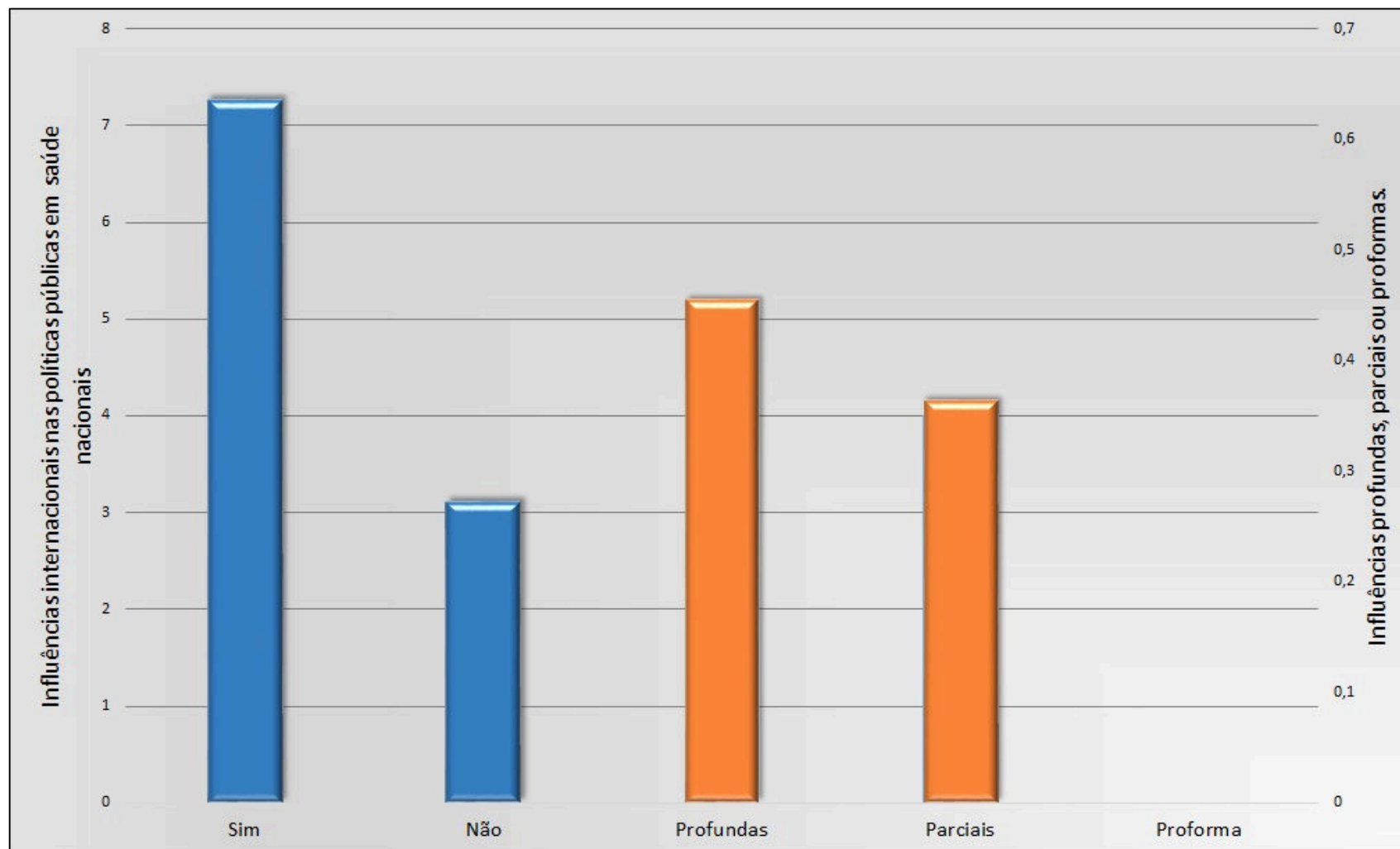
em julho de 2013, afirma que as influências, na atualidade, são variáveis e mostram-se, inclusive, positivas, quando comparadas àquelas de tempos atrás:

Há uma influência que não é constante e se acentua em decorrência do maior ou menor protagonismo dos organismos internacionais. Por exemplo, nas décadas de finais de 1980 e 1990, houve um refluxo da influência da OMS/OPAS e ampliação da autoridade do Banco Mundial, que passa a reger e direcionar as políticas de saúde nos Estados periféricos. Assim, àquela época, me parece que a influência do Banco Mundial foi profunda, pois se deve a esta orientação a implementação dos programas Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Programa de Saúde na Família (PSF). Somente não foi maior, transformando de forma mais intensa o SUS por conta do posicionamento de elites políticas atuando fortemente em contrário a esta posição. Paradigmático é o documento de 1993, intitulado "The Organization, Delivery and financing of health care in Brazil: Agenda for the 90s", criticando o SUS e sugerindo modificações profundas no sistema. Sugeriu, entre outras indicações, a separação entre financiamento e prestação de ações e serviços de saúde, a instituição de uma cesta básica de serviços de saúde para a população empobrecida e o incremento do mercado de seguro saúde para a classe trabalhadora. Igualmente no "Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993: investindo em saúde", de 1993, nota-se que o Banco Mundial suplanta claramente a OMS na orientação mundial sobre questões sanitárias. Há que se lembrar, entretanto, que tais orientações, ao serem introduzidas nos países, sofrem influências distintas, seja das comunidades epistêmicas, seja de atores políticos vinculados à gestão dos sistemas de saúde. Também em 1997, o Banco Mundial reafirma sua posição hegemônica no trato da saúde ao indicar o papel do Estado e da sociedade civil. Por outro lado, houve uma influência positiva do BM ao direcionar sua atenção a sistemas de avaliação, até então pouco eficazes, orientando e fomentando programas de avaliação mais consistentes, dando conta de questões mais densas dos sistemas de saúde. Nota-se investimentos do BM no resgate de experiências exitosas dos sistemas de saúde na América Latina e sua disseminação nos países. Concluindo, me parece que por influência do BM, houve uma reformulação da atenção básica, especialmente através da NOB 96, onde se nota a influência decisiva do Banco Mundial para sua implementação. A criação da Agência de Saúde Suplementar foi instituída, no meu entendimento, para dar conta da transferência da atenção à saúde para o mercado. Lembrar das palavras do ministro Serra, quando instituiu a ANS, que precisava tornar o mercado de seguro saúde confiável para que a população aderisse ao mesmo. Posteriormente a OPAS, assume progressivamente sua influência, especialmente fundamentada na piora das condições de saúde da população em todo o continente latino-americano. Destaca-se a influência parcial na OMS nas grandes campanhas (tabagismo, HIV) e na tentativa de impulsionar o alcance dos objetivos do milênio. Em época mais recente, através do retorno do debate sobre os determinantes sociais da saúde, a OMS vai se firmando novamente como a grande influência no encaminhamento das questões de saúde. (Entrevista n° 5)".

No Gráfico 3 abaixo, foram sistematizadas respostas de 11(onze) questionários de entrevistas realizadas para este estudo. Dentre as questões investigadas, uma delas tratou da influência de organismos internacionais, como Organização Mundial de Saúde (OMS), por exemplo, nas políticas públicas nacionais de saúde. Em pergunta subsequente, pode-se, ainda,

observar como as influências são classificadas, para aqueles que consideram a existência da mesma. Com isso, para a maioria dos entrevistados, tal influência existe e é profunda, porém, um número expressivo de opiniões acredita que as influências são parciais e para outros, ela nem mesmo existe.

Gráfico 3: A influência de organismos internacionais nas políticas de saúde



Fonte: Elaborado pela autora com base nos documentos da RMS 2005 – 2011.

Tais resultados indicam uma mudança no entendimento da relação entre países, uma vez que, na atualidade, as influências internacionais variam conforme os interesses nacionais, podendo-se supor que as imposições imperialistas enfraqueceram, principalmente, diante do reforço do regionalismo.

3.12 A integração na visão de gestores e pesquisadores da saúde

Para resumir o que foi abordado ao longo deste capítulo, ressalta-se a opinião de gestores do Mercosul, em relação ao processo de integração sul-americana. Segundo alguns dos entrevistados neste estudo, pesquisadores do tema e gestores do Bloco e, portanto, diretamente envolvidos com a implementação do processo de integração, houve avanços modestos nessa área, o que coincide com as conclusões de alguns estudos acadêmicos (DRAIBE, 2007b; LANIADO, SANTOS, 2014) sobre o tema. A integração é reconhecida como indispensável para garantir o desenvolvimento social da região, mas, ainda, não se tornou prioridade para muitos governos, e tal dificuldade só será resolvida a longo prazo, como destacado pelo coordenador do Uruguai da Reunião de Ministros do Desenvolvimento Social do Mercosul, em dezembro de 2014:

Uma das debilidades do Mercosul diz respeito a tecnocracia. Os políticos são favoráveis ao Bloco, mas não o tomam como prioridade. Interessam-se pela integração econômica, pelo livre comércio, mas não pela integração no sentido social que até é prioridade no discurso, mas não o é em termos de ações concretas...

...As dificuldades enfrentadas pelo Mercosul são políticas, como a postura competitiva entre Argentina e Brasil; os entraves institucionais que dificultam a adoção nacional de medidas acordadas regionalmente; o lento funcionamento dos mecanismos decisórios e de implementação de decisões etc. (Entrevista n° 15).

Alguns dos gestores destacaram, também, a relação do Bloco com outros órgãos que almejam, também, a integração na América do Sul, como a UNASUL. Ainda, de acordo com a entrevista anterior:

A UNASUL não compete com o Mercosul, a relação entre eles representa um esforço em direção à democracia na região. A UNSAUL tem um caráter mais político e parece estar ainda se organizando para aprofundar as relações estabelecidas com o Mercosul e com outras instâncias (Entrevista n° 15).

Outro aspecto relativo à integração regional que merece atenção foi a referência de alguns entrevistados ao novo tempo para o Mercosul, iniciado nos anos 2000, como um momento de renovação política. Houve, a partir daí uma maior aproximação entre os países, com resultados expressivos para a reestruturação institucional do Bloco e para as relações entre os governos partes. Foi dada ênfase às relações bilaterais que vêm contribuindo com uma maior união entre os países do Mercosul, assim como a cooperação é reconhecida como estratégia política que favorece o intercâmbio entre atores, bem como a troca de experiências na região. Ainda de acordo com coordenador do Uruguai da Reunião de Ministros do Desenvolvimento Social do Mercosul,

Nos últimos cinco anos, o Mercosul passou por muitas mudanças importantes. Durante o governo Lula, houve avanços que repercutiram no Bloco. O Brasil é um líder, um *global player* por ampliar sua participação em fóruns internacionais e, como tal, os outros países do Bloco o seguiam na tendência surgida na época da retomada de investimentos em torno de políticas sociais. O Mercosul era prioridade para o Brasil e para os outros países passava a ser também. Houve uma recomposição do Bloco que se voltou para o social. Educação, saúde e trabalho tornaram-se os focos da meta de desenvolvimento social. Políticas sociais e a luta contra a pobreza também tiveram destaque...

...A melhor ferramenta política para o Mercosul é o avanço da integração, que tem possibilidades de diminuir o poder das chancelarias...

...A cooperação é uma estratégia sul-americana para ações em termos de proteção social (Entrevista n° 15).

Pode-se inferir que, apesar do Mercosul ser uma iniciativa recente de integração sul-americana, vem se consolidando como espaço regional de construção de regime internacional de natureza compulsória e que favorece a convergência entre países e as políticas públicas e sociais. A criação de órgãos de caráter supranacional, já mencionada, como o Instituto Social do Mercosul (ISM), o PARLASUL e o FOCEM, demonstra esforços em torno de mudanças

institucionais necessárias ao aprofundamento da integração regional. Assim como as mudanças em torno dos mecanismos de tomada de decisões e representação merecem atenção, diante das iniciativas de aproximar os movimentos sociais do Bloco, conforme os trechos, abaixo, da entrevista realizada com a subdiretora adjunta da Direção Geral de Integração e Mercosul em dezembro de 2014:

Uma das metas centrais do Mercosul, hoje, é a expansão de políticas regionais. Na atualidade, há 300 grupos de trabalho que abordam diferentes temas e avançam. O poder de decisão concentra-se no Grupo do Mercado Comum (GMC) que se responsabiliza por definir a agenda do Bloco, é coordenado por representantes nacionais a partir das chancelarias. Estas dedicam-se à aprovação de normas, à elaboração de relatórios, a negociações intergovernamentais. Já as prioridades são definidas com a anuência da Presidência *Pro-Tempore* que muda a cada seis meses. A Argentina acha que o mais importante em termos de integração é assegurar sua dimensão produtiva, sem desprezar o avanço regional dos direitos humanos. O Uruguai tem como prioridade o amadurecimento institucional do Mercosul. Já o Brasil preocupa-se com sua posição de líder regional, com atenção especial para a política de educação na região. A Venezuela, por fim, volta-se para a defesa regional das minorias sociais. Destaco que a Argentina é muito oscilante politicamente e o Uruguai tem como maior parceiro o Brasil. Hoje, os desafios centrais voltam a ser comerciais, pois desde 2010 que são tímidos os avanços neste setor...

...O Instituto Social do Mercosul é um avanço, possui, inclusive, sede própria no Paraguai e se responsabiliza pela execução de projetos sociais junto com o FOCEM. Tais projetos procuram privilegiar países menores, como o Paraguai e Uruguai, na tentativa de combater as assimetrias. Existe, ainda, a Unidade de Participação Social (UPS) que foi proposta pelo Brasil para assegurar participação social...

...O FOCEM é uma ferramenta política que contribui, e muito, com a integração. A partir dos investimentos do Fundo, têm ocorrido melhorias em termos de infraestrutura favorecem a aproximação entre países (Entrevista nº 14).

Constatou-se, ainda, que redes de compromisso, valores, princípios, diretrizes e confiança são essenciais para os avanços da gramática da integração regional já estabelecida pelo Mercosul, o que pode contribuir com coesão e bem-estar na esfera regional, a partir dos novos sentidos do regionalismo emergentes.

No contexto atual do Mercosul, a integração em saúde é, também, destacada como essencial para o desenvolvimento social. Os países do Bloco

procuram definir planos unificados de ações e serviços que assegurem melhores relações entre governos e sociedade. Para Sánchez (2007), um dos fatores que mais dificulta o avanço em saúde na região é a falta de uma definição clara do modelo de integração em saúde almejado. Sem definições dessa natureza, o processo se torna frágil e sujeito a pressões externas, especialmente dos interesses de caráter de mercado. Além do mais, nas relações multilaterais, os EEPP participam de vários acordos ao mesmo tempo, o que fragmenta o esforço regional, como as duplas inserções na ALADI, na OEA e no próprio Mercosul.

Porém, as articulações regionais têm ocorrido e as negociações intergovernamentais são partes do planejamento conjunto das políticas de saúde, com vistas ao alcance de efeitos distributivos no âmbito nacional. As políticas de saúde nacionais apresentam poucas, mas efetivas, iniciativas regionais, viabilizadas, principalmente, a partir de relações bilaterais que possibilitam enfrentar problemas nas fronteiras e construir redes binacionais de serviços; assim como avançam os compromissos em saúde entre os EEPP estudados, que contam com a retomada da confiança entre parceiros e possibilitam o pensar conjuntamente e para além dos limites territoriais. Tais discussões serão retomadas em capítulos posteriores.

Capítulo 4: Países do Mercosul: desenvolvimento social, bem-estar e políticas de saúde

A expansão da globalização econômica possibilitou a muitos países retomarem a democratização e almejam o desenvolvimento social. Ao mesmo tempo em que as negociações econômicas e políticas entre nações geraram crises nas estruturas sociais e descontentamentos na sociedade, a atual integração econômica internacional recomenda às nações promoverem bem-estar com redução de gastos públicos, principalmente, sociais. Estabeleceu-se uma complexa relação entre globalização, democracia e desenvolvimento social que gera expectativas sobre as políticas no trato da questão social. Sem comprometer a economia, as políticas públicas precisam assegurar a igualdade entre os cidadãos (equidade), com poucos gastos sociais (eficiência). Os países do Mercosul unem esforços para acompanhar as tendências mundiais no sentido de estabelecer tanto desenvolvimento econômico quanto humano, a partir de diretrizes de convergência regional que tenham repercussões para as nações (AVELINO; BROWN; HUNTER, 2007).

Para Mesa-Lago (1985), desde o início do século XX, países como Argentina, Brasil, Chile e Uruguai procuram consolidar sistemas de proteção social e medidas de seguridade no âmbito público. A ideia do seguro que sustentou políticas públicas nesses países foi, aos poucos, substituída por concepções de universalismo e igualdade, para orientar a distribuição de recursos básicos à vida, com participação. Na atualidade, após constantes crises neoliberais, a retomada da proteção social tornou-se alternativa para as ações governamentais amenizarem os efeitos da globalização econômica e garantirem o equilíbrio nas relações sociais, em resposta aos interesses do mercado. Destaca-se, em tal processo, a interferência organizada dos movimentos sociais como indispensável para acompanhar e avaliar as mudanças políticas contemporâneas que visam tanto o crescimento econômico quanto a coesão social. Para Avelino, Brown e Hunter (2007), o reforço das políticas sociais é indispensável para compor esquemas mais amplos de proteção, com vistas ao exercício da cidadania. A pressão dos movimentos

sociais garante conquistas em termos de vida digna às populações, mesmo em períodos de instabilidade político-econômica.³¹

Para os países do Mercosul, a proteção social depende da renovação de políticas públicas em relação a recursos sociais disponíveis, capacidade institucional, qualidade das respostas às necessidades sociais de diferentes grupos e valorização dos bens públicos indispensáveis à vida, especialmente, a saúde (AVELINO; BROWN; HUNTER, 2007).

Neste capítulo, serão apresentadas análises em torno das políticas nacionais de saúde dos três países do Mercosul aqui estudados – Argentina, Brasil e Uruguai –, os quais indicaram diferentes concepções de saúde e de bem-estar adotadas pelos governos nacionais. São concepções relacionadas com sentimentos de pertencimento e respeito aos bens públicos, e que, se solidificadas, contribuirão para a construção de um sistema regional de proteção social alicerçado na integração do Bloco. As variáveis que serviram como bases para as análises estão dispostas a seguir e foram consultadas nas informações disponibilizadas por Institutos de Pesquisas, órgãos oficiais dos governos dos países da região, entrevistas semiestruturadas realizadas para este estudo e documentos do Mercosul. O período considerado para essas análises contemplou dez anos, 2004 a 2014, com a inclusão de alguns dados referentes, especialmente, à Reunião de Ministros da Saúde (RMS), que inclui também o espaço de tempo de 2005 a 2011. As variáveis analisadas foram:

A. Condições de desenvolvimento dos países em torno da:

- a. Geografia/demografia
- b. Desenvolvimento social
- c. Acesso/qualidade dos serviços de saúde

B. Estrutura política/institucional dos sistemas de saúde dos três países indicados.

A análise das políticas de saúde desses países evidenciou diretrizes pautadas em significados reforçados ou ressignificados, a depender dos

³¹ As lutas trabalhistas apoiadas pelo Partido Social Democrata da Europa Ocidental contribuíram para o reforço da proteção social, mesmo em tempos de enxugamento de gastos sociais, segundo estudo de Avelino, Brown e Hunter (2007).

seguintes efeitos: i) construção de valores cívicos e referenciais culturais relacionados às relações sociais e às noções de cidadania e de solidariedade; ii) vínculos estabelecidos com o exercício da liberdade e da justiça, ao ampliar o acesso aos serviços e ações de saúde de forma equânime; e iii) contribuições às mudanças de comportamentos em termos de hábitos e estilos de vida, tornando-os mais saudáveis (FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

As diretrizes e os valores que compõem as políticas de saúde são essenciais para o funcionamento dos sistemas de saúde. Estes estabelecem relações integradas entre agentes, ações e serviços, a partir de mecanismos sistêmicos de implementação, determinados de maneira sócio-histórica, com variações nacionais. As políticas de saúde, através dos sistemas de saúde, intervêm para a resolução de demandas com intuito de ampliar a universalidade e a equidade; são estas dependentes, ainda, da relevância atribuída a elas pelos governos (DRAIBE, 2007; OMSS, 2013).

Segundo Lobato e Giovanella (2008), os sistemas de saúde são estruturas orgânicas, públicas ou privadas, de atenção à saúde que procuram garantir uma vida digna. Dependem da inter-relação entre partes que os compõem, além de serem igualmente formados por regras e princípios. Os sistemas de saúde estabeleceram-se recentemente a partir das intervenções estatais na saúde, intensificadas no século XX, quando se reforçou a responsabilidade coletiva com a questão.

Durante muitos anos, a ação estatal em relação à saúde teve como foco a doença, desempenhando as seguintes funções: oferta de serviços de prevenção, de cura e de reabilitação; definição de regras para a produção de alimentos, medicamentos; e proteção ao meio ambiente. Inicialmente, a assistência à saúde era desorganizada, fragmentada e isolada das demais políticas sociais, priorizando interesses políticos e econômicos dos grupos hegemônicos. Ou seja, os sistemas de saúde consolidaram-se ao longo do tempo como estruturas de atenção à saúde, permeadas por disputas de poder, por lutas sociais, entre outros aspectos. Ao estudar similaridades e diferenças dos sistemas de saúde, percebe-se uma pluralidade de concepções de saúde e de proteção social, essencialmente políticas e historicamente variáveis, que orienta planos de ações em prol da qualidade de vida (LOBATO; GIOVANELLA, 2008).

Na América do Sul, os sistemas de saúde, a princípio, representaram um conjunto de ações voltado para o combate das epidemias. Mais tarde, evoluíram para estruturas complexas de proposições e de serviços em saúde que se pautam na determinação política. Hoje, a condução dos sistemas de saúde é dada por determinantes sociais que norteiam a formulação e a implementação das políticas no setor, buscando evitar novas e antigas formas de riscos à vida, tais como: hábitos de vida que contribuem com o surgimento de doenças crônico-degenerativas; violência urbana e de gênero; acidentes de trânsito; transtornos psiquiátricos; padrão de alimentação; consumo de alimentos industrializados; automedicação, entre outros aspectos. Percebe-se, assim, a complexidade das questões com as quais os sistemas de saúde lidam, já que envolvem múltiplas causas, e que precisam ser abordadas eficientemente por projetos solidários mais amplos, de nações, que contem com a influência popular e valorizem o ser humano em sua integralidade, do ser biológico ao sujeito histórico-cultural (FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

Os sistemas de saúde se institucionalizaram como parte fundamental dos esquemas de proteção social e, na América do Sul, seguiram a tradição bismarckiana³², fundamentada em seguros obrigatórios e restritos a categorias de trabalhadores pertencentes ao mercado formal de trabalho. Hoje, os sistemas de saúde dos países do Mercosul almejam a universalidade de acesso, norteiam-se pela noção de seguridade social e voltam-se para a garantia do usufruto do direito à saúde a todo cidadão da região. A meta baseia-se na tradição beveridgiana.³³ Os sistemas de saúde responsabilizam-se por políticas sanitárias, redes de serviços, modelos de atenção e gestão em saúde, e insumos que tornem possível o cumprimento dos planos estabelecidos pelas políticas de saúde (OMSS, 2013).

Argentina, Brasil e Uruguai têm muitas similitudes econômicas, sociais, políticas e culturais, como a jovem democratização, a tradição ibérica, a convivência com o colonialismo e com o autoritarismo, a desigualdade

³² O primeiro modelo de seguridade social adotado no mundo foi criado por Otto Von Bismarck, na Alemanha, entre 1883 (seguro doença), 1884 (seguro acidentes) e 1889 (seguro de invalidez e velhice), baseado na contribuição de trabalhadores (COSTA, 2012).

³³ Na Inglaterra, por volta de 1942, William Henry Beveridge propôs modelos universais de seguridade social, não contributivos, que ficaram conhecidos como Plano Beveridge (COSTA 2012).

estrutural do nível socioeconômico das populações e as condições demográficas e epidemiológicas. Porém, são países que, também, diferenciam-se em muitos aspectos em termos de volume populacional, da diversidade cultural, do grau de proteção social em saúde, entre outras questões. Conseqüentemente, os sistemas de saúde desses três países são distintos, apesar de apresentarem metas em comuns, como investimentos na ampliação do acesso aos serviços e na qualidade das ações prestadas, em abordagens comuns integradas em torno dos determinantes sociais da saúde, entre outros. Os desafios em âmbito nacional, hoje, procuram ser superados com a troca de conhecimentos, experiências e tecnologias em nível regional. Para o âmbito regional, o principal desafio é reduzir a desigualdade social e erradicar a pobreza com crescimento econômico e medidas de universalização da proteção social pública (OMSS, 2013; COSTA, 2012).

O Mercosul é um espaço regional que promove ações para o desenvolvimento, a partir de práticas de cooperação econômica internacional, especialmente, na área social, como a saúde. As relações entre Estados baseiam-se na reciprocidade e na convergência política; seguem recomendações supranacionais em saúde, visando a estruturar uma política de bem-estar pautada em compromissos conjuntos e na definição de regras regionais (DRAIBE, 2007).

4.1 O contexto social da saúde na Argentina

A Argentina está localizada ao Sul da América Latina, com uma extensão territorial de 2.791.810 km² e com uma população total que, em dez anos, passou de 39.144.753 (2004) para 41.803.125 (2014). Apresentou taxa média anual de crescimento da população de 6,79%, no período de 2004 a 2014. No âmbito urbano, concentram-se 91,6% das pessoas, enquanto 8,4% estão na zona rural³⁴ (IBGE, 2015; PNUD, 2004, 2014).

Os indicadores sociais do país sugerem melhorias nas condições de vida da população:

³⁴ Não foram encontrados dados no IBGE e nos relatórios PNUD referentes à distribuição da população argentina nos âmbitos rural e urbano em 2004.

i) a expectativa de vida para as mulheres, que era de 77,6 anos, e para os homens, 70,5, em 2004, passou para 76,3 anos para a população como um todo, em 2014 (PNUD, 2004; 2014; 2013).

ii) O IDH de 2002 foi avaliado em 177 países, classificados nas três categorias: desenvolvimento humano elevado (do 1° ao 55° país), desenvolvimento humano médio (do 56° ao 141° país) e desenvolvimento humano baixo (do 142° ao 177° país). A Argentina alcançou 0,853, com colocação geral de 34ª de *desenvolvimento humano elevado*. Em 2013, o PNUD alterou a metodologia de avaliação do índice, apresentando base de dados diferentes e mudança no cálculo dos indicadores.³⁵ Naquele ano, foram avaliados 185 países, estabelecendo-se as seguintes faixas: desenvolvimento humano muito elevado (do 1° ao 49° país), desenvolvimento humano elevado (do 50° ao 102° país), desenvolvimento humano médio (do 103° ao 144° país) e desenvolvimento humano baixo (do 145° ao 185° país). O IDH da Argentina passou a ser de 0,808, com colocação de 49ª da categoria *muito alto desenvolvimento humano*, o que indica uma melhora de posição do país que passa da categoria de desenvolvimento humano elevado para a de muito alto desenvolvimento humano³⁶ (IBGE, 2015; PNUD, 2004; 2014; 2013).

iii) De 1999 a 2001, não havia registro no país de pessoas subnutridas, porém, de 2010 a 2013, a população subnutrida é menor que 5%, indicando possíveis efeitos das políticas neoliberais sobre a segurança alimentar na Argentina. Com a intensificação da pobreza, restringiu-se o acesso a uma quantidade de refeições satisfatória e à alimentação de qualidade³⁷ (IBGE, 2015; PNUD, 2004; 2014; 2013).

³⁵ Desde 1990, quando o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) começou a medir o IDH de cada país, foram usadas as melhores séries de dados internacionais fornecidas por instituições do Sistema das Nações Unidas que compõem o Relatório PNUD. No entanto, por exemplo, os dados sobre educação de 2004 foram fornecidos pelos governos dos países, sendo que 40 dos 177 países e territórios forneceram os dados, mas, para os demais, foram usadas estimativas feitas por órgãos do PNUD (PNUD, 2004).

³⁶ O relatório do PNUD de 2004 apresenta dados de desenvolvimento humano de 2002, e o de 2014 refere-se ao IDH de 2013.

³⁷ Não foram encontradas informações sobre acesso à água potável e à rede sanitária na Argentina, nos relatórios PNUD de 2004.

iv) O índice de alfabetização das pessoas de 15 anos ou mais, em 2002, era de 97%, já em 2014 o percentual se eleva para 97,9³⁸ (PNUD, 2004; 2014; 2013).

v) Na economia, em 2002, o PIB era de US\$ 412,7 milhões e o PIB/*per capita*, US\$10,808. Em 2012, o PIB se ampliou para US\$ 477.028 milhões e PIB/*per capita* para US\$ 11,610. Politicamente, na atualidade, o país adotou o governo democrático, republicano com regime presidencialista e eleito de forma direta. É um Estado federalizado que inclui 23 províncias – sendo as maiores Córdoba, Santa Fé e Mendonza – e a Cidade Autônoma de Buenos Aires/CABA). As províncias são, ainda, subdividas em 2.171 municípios (OMSS, 2013; IBGE, 2015; PNUD, 2004; 2014).

vi) Em termos de saúde, os gastos públicos, em 2001, foram de 5,1% e, em 2011, o país passou a gastar 8,1% de seu PIB, segundo o PNUD (2004; 2014).

A Constituição Nacional vigente foi criada em 1853 e teve sua última reforma em 1994. A saúde não é reconhecida como um direito constitucional, como já mencionado anteriormente, mas o respeito a essa condição é assegurado, conforme recomendam instrumentos internacionais ratificados pelo país. A proteção à saúde é mencionada na Carta Magna do país como um direito do consumidor e, ao mesmo tempo, há a indicação de que a saúde deve ser desfrutada em seu mais alto nível possível, tanto em termos físicos quanto mentais. O Protocolo da Convenção Americana Sobre Direitos Humanos foi ratificado pela Argentina em 2003 para ressaltar a dimensão social da saúde em relação à Constituição Nacional (OMSS, 2013; PORTAL BRASIL, 2015).

Nos últimos anos, os dados revelam, em geral, melhores condições de vida e de saúde para os cidadãos argentinos, apesar da intensificação das desigualdades socioeconômicas entre as províncias que, por sua vez, possuem autonomia para tomar decisões e definir seu sistema de saúde. As melhorias podem ser percebidas a partir dos seguintes dados:

³⁸ A análise apresentada neste capítulo pauta-se em dados do IBGE, referentes a 2004 e 2014, e dos relatórios PNUD do mesmo período. Porém, em relação ao IDH, só foram encontradas informações referentes a 2013. Para a população subnutrida, os dados disponíveis se referem ao período de 1999 a 2001 e 2010 a 2013, e quanto à taxa de alfabetização, o dado inicial é de 2002.

i) O índice de Gini que, em 2001, foi de 52,2, passou para 44,5, no período de 2003 a 2012, ainda considerado baixo quando comparado ao de países como Espanha, por exemplo, que em 2010 era de 0,317 (PNUD, 2004; 2014).

ii) As taxas de mortalidade infantil e materna, em 2002, eram de 16 mortes de crianças por 1.000 nascidos vivos. Para as mulheres, a taxa declarada era de 41 parturientes mortas por 100.000 nascidos vivos. Em 2012, 13 bebês vinham a óbito por 1.000 nascidos vivos e, para as mulheres, em 2010, a taxa declarada é de 77 mortes por 100.000 nascidos vivos. Houve uma redução em termos de mortalidade infantil e a mortalidade materna ainda é um desafio para o país (PNUD, 2004; 2014).

iii) Em 2002, o PNUD evidenciou que 99% das crianças estavam vacinadas contra tuberculose e 97% contra o sarampo. Dez anos depois, em 2012, a entidade avaliou os índices de crianças não vacinadas, concluindo que 6% não se protegeram contra a tuberculose e nem contra o sarampo (PNUD, 2004; 2014).

iv) Segundo a OMS (2005), em 2000, havia 41 leitos hospitalares por 10.000 pessoas. De 2006 a 2012, eram 47 leitos. De 1990 a 2003, existiam no país 304 médicos por 100.000 pessoas, o que é considerado bom diante das referências internacionais. Na França, por exemplo, existem 33 profissionais médicos a cada 10 mil habitantes, 40 na Suíça, 36 na Alemanha e 38 na Itália (OMS, 2005; 2012).

A estrutura do sistema de saúde é mista e fragmentada, composta por uma grande diversidade de atores: Obras Sociais Nacionais, Obras Sociais Provinciais, Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas, Empresas de Medicina Pré-Paga e Setor Público Descentralizado. A articulação entre eles é difícil, o que gera limitações em termos de financiamento. Alguns desafios na área de saúde se destacam, como, por exemplo, melhorar as condições de saúde das populações das províncias com alto índice de pobreza; integrar os subsistemas de saúde existentes para alcançar equidade de forma eficaz e eficiente, entre outros aspectos discutidos a seguir (OMSS, 2013).

O sistema de saúde na Argentina é composto por três subsistemas diferenciados: o primeiro é o subsistema dos Seguros Sociais ou de

Seguridade Social, formado por 298 Obras Sociais Nacionais, pelo *Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionistas (PAMI)*, por 24 Obras Sociais Provinciais e por Obras Sociais de Seguridade. O segundo subsistema é o de Serviços Públicos de Saúde, a cargo dos governos nacional, provinciais e municipais; e, por fim, o terceiro subsistema é privado, representado pela medicina pré-paga.

A partir de 1832, os seguros sociais de enfermidades das Sociedades de Socorro Mútuo deram origem ao sistema de saúde na Argentina, dedicado aos imigrantes, em geral advindos da Espanha, Itália e França. Em seguida, surgiram as mutualidades, envolvendo tanto empregados quanto empregadores na administração da atenção à saúde, as quais incorporaram diversas categorias profissionais. A partir de 1970, a contribuição e o vínculo dos trabalhadores às obras sociais tornaram-se obrigatórios.

Em 1995, outro marco importante para o sistema de saúde argentino foi a criação do Programa Médico Obrigatório (PMO), que unificou os seguros sociais obrigatórios para trabalhadores formalmente vinculados ao mercado de trabalho. O PMO mantém-se até hoje e oferece um amplo conjunto de serviços que inclui atenção materno-infantil, atenção primária e secundária, atenção programada em domicílio, internação, saúde mental, odontologia, medicamentos, entre outros. O subsistema de obras sociais é financiado por contribuições, sendo 3% dos salários dos trabalhadores e 6% dos patrões. O *Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionistas (PAMI)* também compõe o subsistema das obras sociais para aposentados e pensionistas, recebendo financiamento de contribuições de empregados ativos e empregadores, assim como por verbas dos aposentados e do Tesouro Nacional. O órgão que regula a maior parte das obras sociais, com exceção das provinciais, é a Superintendência de Serviços de Saúde (SSS) (OMSS, 2013).

O subsistema público de saúde na Argentina é, também, uma tradição presente no país desde 1880, quando foi criado o Departamento Nacional de Higiene. O subsistema público, na atualidade, descentralizou-se com o intuito de garantir a autonomia das decisões das províncias em termos de intervenções em saúde. Foi criado, em 1981, o *Consejo Federal en Salud* (COFESA), para articular as políticas das províncias na área. Assim, formou-se

o *Consejo Federal Legislativo de Salud* (COFELESA) que reúne legisladores nacionais e provinciais para compor comissões de saúde parlamentares, fortalecidas, desde os anos 2000, como espaço de articulação dos poderes em saúde.

A política de saúde na Argentina definiu o *Plan Federal de Salud* de 2004-2007, renovado para 2010-2016, que se tornou referência conceitual de um projeto, a longo prazo, para o sistema de saúde do país. Abaixo, são relacionados alguns princípios que norteiam esse Plano:

- Saúde como direito humano e universal e condição essencial de desenvolvimento sustentável – a saúde como componente ético e democrático;
- equidade no acesso a serviços e ações de qualidade, com ênfase em efeitos de solidariedade e justiça social – a saúde como questão social e de inclusão;
- determinantes sociais da saúde para estabelecer mecanismos de garantia da universalidade – a saúde como de responsabilidade do Estado e dependente da intersectorialidade entre políticas;
- Estado como regulador e controlador do sistema de saúde, diante de seu regime misto de financiamento no país – saúde como um bem tutelar (ISAGS, 2012: 76).

O Plano apresenta como principal meta ampliar a descentralização na saúde de forma organizada e apoiar-se no desenvolvimento do Projeto de Funções Essenciais da Saúde Pública, para assegurar a capacidade das instituições de proteger e promover a saúde, por meio do monitoramento da situação de saúde; da vigilância da saúde pública (o que inclui regulação e fiscalização); da participação popular; da ampliação da equidade, entre outros objetivos. O *Plan Federal de Salud* planejou e implementou vários programas de saúde pública (OMSS, 2013; ISAGS, 2012). A seguir, são listados alguns deles:

- a) *Programa Materno-Infantil*, voltado para a viabilização dos direitos das crianças e dos adolescentes com a perspectiva de redução de desigualdades sociais e de gênero (ISAGS, 2012);
- b) *Plan Nacer*, criado em 2005, com o objetivo de estabelecer compromissos entre as províncias para diminuir taxas de mortalidade infantil e materna (ISAGS, 2012);
- c) *Programa Remediar* (hoje chamado de *Remediar + Redes*), iniciado em 2002, distribui medicamentos necessários ao primeiro nível de atenção à saúde, com especial ênfase às necessidades da população mais vulnerável (OMSS, 2013);
- d) *Plan General de Contingencia para Pandemia de Influenza e SARS*, desde 2003, volta-se para a vigilância e controle de doenças (ISAGS, 2012);
- e) *Programa Nacional de Inmunizaciones*, estabelece calendário anual de vacinação para as 24 províncias, incluindo Buenos Aires (OMSS, 2013);
- f) *Programa Nacional de Control de Tuberculosis y Lepra*, desde 2008, oferece atenção às pessoas afetadas pela tuberculose (TBC), com garantia de tratamento gratuito, especialmente em relação à forma mais multirresistente do vírus. Incentiva, ainda, a busca ativa de casos das doenças com a notificação dos mesmos (ISAGS, 2012).
- g) *Programa de Control del Tabaco*, a partir da reunião dos países do Mercosul, em 2003, aprovou-se uma estratégia regional para combater a droga no Bloco, com a formação de uma comissão intergovernamental que desenvolve planos de ação e monitoramento, com grandes investimentos nas estratégias de comunicação, como será discutido adiante (ISAGS, 2012).
- h) *Programa Cuidarse en Salud*, criado em 2009 para promover o direito à saúde através do fortalecimento de laços comunitários.

Procura contribuir com a cultura da prevenção e do cuidado (ARGENTINA, 2014a).

O *Ministerio de Salud de la Nación* (MSAL) é o órgão mais importante da administração pública nacional da saúde. Prioriza ações voltadas aos cidadãos que não têm uma cobertura formal, assim como viabiliza a complementação de serviços entre prestadoras dos diferentes subsistemas e coordena ações sanitárias. O MSAL define, também, objetivos para o sistema de saúde, executa programas e projetos no setor, fiscaliza serviços, determina normas e procedimentos para atenção à saúde. Segue princípios relacionados aos direitos humanos em saúde, à universalidade e ao desenvolvimento sustentável. O MSAL foi criado em 1949 em substituição aos primeiros órgãos de saúde pública vinculados ao Departamento Nacional de Higiene, de 1880.

Para o Ministério, a saúde é compreendida a partir de sua determinação social e é de responsabilidade do Estado planejar, regular e fiscalizar um sistema misto de assistência. Dentre as funções centrais da saúde pública, destacam-se: i) monitoramento e análise da situação de saúde da população; ii) vigilância, investigação e controle de riscos e danos; iii) promoção da saúde, iv) participação social e reforço do poder dos cidadãos; v) desenvolvimento de políticas e planos que apoiam esforços individuais e coletivos; vi) regulação e fiscalização da saúde pública; vii) evolução e promoção do acesso equitativo da população aos serviços; viii) desenvolvimento de recursos humanos em saúde pública, ix) garantia da qualidade dos serviços; e x) investigação, desenvolvimento e implementação de inovação; redução de desastres e emergência em saúde. Ou seja, tais funções ressaltam a centralidade do MSAL na formulação e na implementação de políticas de saúde (OMSS, 2013; ISAGS, 2012: p. 83).

O subsistema privado de serviços de saúde da Argentina não depende de vínculo laboral, e, sim, da capacidade individual de pagamento antecipado para ter acesso à saúde. Encontra-se hoje em plena expansão, e é formado a partir de seguros privados de diferentes fontes, como empresas de medicina pré-paga e planos médicos hospitalares de comunidades ou privados, mutuais e de cooperativas. Presta serviços privados independentes, impulsionando o crescimento do setor privado ou de medicina pré-paga. Conta com um número

ascendente de empresas, somando, aproximadamente, 250 empreendimentos no ramo (OMSS, 2013).

A coexistência dos três subsistemas de saúde na Argentina intensificou-se a partir dos anos 90. Frequentemente, cidadãos contam com dupla cobertura: obras sociais e planos privados de saúde. Uma das preocupações recentes do governo é ampliar a assistência pública à saúde para viabilizar um padrão mais equânime de acesso (OMSS, 2013).

Com relação à cobertura oferecida à população, o subsetor público atende, em média, 35% das pessoas que não têm como recorrer ao seguro social de saúde. O subsetor de seguro social cobre trabalhadores do mercado formal, os quais representam 55% da população, com 12% de assistidos pelas Obras Sociais Provinciais, 34% pelas Obras Sociais Nacionais e 9% pelo *Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionistas (PAMI)*. Há, ainda, 8% da população que recorrem ao subsetor privado. Todas as províncias contam com redes de serviços hospitalares e ambulatoriais públicos e privados, porém, quem utiliza o subsistema público, em geral, são os pobres, os desempregados e os trabalhadores informais.

Ademais, diversos trabalhadores contam com a Obra Social Nacional (OSN), como os assalariados de diversas categorias, os autônomos que contribuem com tributos, os empregados domésticos, os beneficiários de seguro desemprego e estudantes. Aos beneficiários, são disponibilizados serviços em nível ambulatorial, urgências e emergências, bem como prestações subsidiadas que disponibilizam programas especiais de transplantes, próteses, medicamentos para tratar do HIV/Aids e tratamento de drogas. A qualidade dos serviços varia de uma província para outra, e algumas apresentam muitas restrições para atender aos usuários. As informações sobre a assistência à saúde na Argentina revelam que, em 2012, 63% de estabelecimentos públicos de saúde estavam situados nas províncias, 38% são municipais e apenas 19% dos estabelecimentos são de âmbito nacional (ISAGS, 2012; OMSS, 2013).

A vigilância, também, é essencial para o sistema de saúde na Argentina. Envolve o registro, a análise e a difusão de informações relacionadas às condições de vida das pessoas, desempenho dos sistemas de saúde, evolução das políticas sanitárias, controle da prevalência de doenças, entre outros

aspectos que ajudam no desenvolvimento das ações de saúde pública. O Ministério da Saúde implementou o Sistema Nacional de Vigilância de Saúde (SNVS), com destaque para o acompanhamento dos eventos listados no Regulamento Sanitário Internacional (RSI), relacionados às doenças que causam infecções respiratórias. Há um controle de enfermidades não transmissíveis e a vigilância sanitária apura condições de produção de alimentos, medicamentos, tecnologia médica e ambiental (ISAGS, 2012).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é prioridade, de acordo com as recomendações da declaração oriunda da Conferência Internacional de Alma-Ata (realizada no Cazaquistão, em 1978), que tratou da importância dos cuidados primários da saúde, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças. A APS é o primeiro nível de assistência, sendo oferecido pelos Centros Públicos de Atenção Primária à Saúde (CAPS). No segundo nível de serviços à saúde, estão os Centros Integradores Comunitários (CIC) e os postos sanitários, os quais realizam serviços especializados. No terceiro nível, encontram-se os hospitais públicos administrados pelo governo nacional, pelo governo das províncias e/ou dos municípios.

Em termos de APS, merecem destaque os serviços do CAPS que, geralmente, são provinciais ou municipais, e funcionam a partir da ação de uma equipe multidisciplinar, composta por médicos de diferentes especialidades (geralmente um pediatra, um ginecologista e um clínico), enfermeiros, assistentes sociais e, em alguns CAPS, agentes comunitários. Os principais programas disponibilizados na atenção primária são referentes à vacinação, aos cuidados pré-hospitalares de urgência, às consultas agendadas e às consultas em visitas domiciliares (ISAGS, 2012).

A criação da Secretaria de Determinantes de Saúde e Relações Sanitárias, em 2007, fortaleceu o trabalho do Ministério da Saúde em termos de abordagens territoriais e de condições de vida e de trabalho das pessoas. A Secretaria desenvolve ações voltadas para a defesa do direito à saúde como indispensável às identidades nacionais. Uma importante experiência dessa Secretaria foi o projeto denominado *Municipios y Comunidades Saludables* (MyCS), seguindo a linha desenvolvida pela Comunidade Europeia, em 1987, que estabeleceu a meta do desenvolvimento saudável para as cidades, com qualidade de vida para as populações, de acordo com as recomendações da

Carta de Otawa, formulada na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Otawa, Canadá, em 1986. Através do MyCS, o governo argentino investiu em melhorias na infraestrutura ambiental para prevenir riscos à saúde.

Diante da necessidade de enfrentamento dos determinantes sociais da doença, o governo lançou o programa "*Plan jefes y jefas de hogar*" com o intuito de distribuir condições de acesso, especialmente, às classes vulneráveis socialmente. O Plano, criado em 2002, voltou-se para a inserção laboral (ARGENTINA; 2015).

Outra preocupação da política de saúde é contribuir com o respeito aos direitos humanos em saúde das mulheres. Segundo o *Human Rights Watch - HRW* (2010), ainda são muitos os obstáculos encontrados no país, por parte das mulheres, para garantir o direito reprodutivo, o acesso aos anticoncepcionais e ao aborto. Tais obstáculos são resultados da falta de informações, das discriminações sofridas diante da prática do abortamento, da falta de apoio político, entre outras razões. O diretor das Américas do HRW, José Miguel Vivanco, declarou:

Sin embargo, en Argentina esto se parece más a una lotería: se puede tener suerte y recibir atención decente, pero es más probable que no se tenga otra opción que someterse a servicios deficientes o, incluso, abusivos (HRW, 2010).

O discurso reforça a necessidade de melhorias em torno da qualidade da atenção oferecida à saúde da mulher, com ênfase na confiança que as cidadãs precisam cultivar em relação aos serviços de saúde, durante toda sua vida reprodutiva. Sem tais garantias, fica comprometido o poder das mulheres de tomar decisões independentes sobre sua saúde.

No entanto, o Ministério da Saúde (MSAL), em 2011, evidenciou alguns indicadores de melhorias relacionadas à saúde da mulher. Por exemplo, a prática de amamentação materna vem sendo estimulada devido à sua importância na prevenção de doenças, tanto para as mães quanto para as crianças, além do vínculo afetivo desenvolvido entre ambos. A amamentação materna exclusiva é praticada em 60% dos bebês até os dois meses de vida, se reduzindo para 45% até o quarto mês de idade e 30% aos seis meses. No

primeiro ano da infância, uma a cada duas crianças foi amamentada, ou seja, as taxas de amamentação materna são altas no começo da vida infantil e diminuem com o passar dos meses, o que precisa melhorar, visto que, muitas vezes, a diminuição da amamentação ocorre com orientação médica e sem interferência das mães (ARGENTINA; 2014c).

Em termos de controle de doenças infecciosas, investigações e estudos epidemiológicos são constantes nos órgãos de pesquisa nacionais, especialmente, no Instituto de Medicina Tropical (INMeT), criado em 2010, ligado ao MSAL, com a finalidade de coordenar, em nível regional, o desenvolvimento de estratégias sanitárias de prevenção e controle de enfermidades tropicais, tais como chagas, dengue, leishmanioses, malária, cólera, febre amarela e lepra. A partir das informações produzidas, são criados programas, centros e serviços sanitários que cooperam com a definição de normas e delineamentos para assistir às enfermidades transmissíveis. São realizadas ações de prevenção, detecção precoce, qualificação de profissionais, entre outras medidas, em nível provincial, nacional e regional (ISAGS, 2012).

Quanto às Enfermidades Não-Transmissíveis (ENT), que incluem câncer, doenças cardiovasculares, má formação congênita, em 2010, estas eram responsáveis por 60% das mortes no país e, até o ano de 2020, segundo a OMS (*apud* ISAGS, 2012), há possibilidades desse percentual aumentar para 75%. A política de saúde vem priorizando a prevenção das ENTs em torno de seus fatores de risco, como tabagismo, alimentação pouco saudável, inatividade física, uso de álcool etc. As ações de vigilância vêm sendo fundamentais para acompanhamento das doenças. Desde 2009, estabeleceu-se a Estratégia Nacional para a Prevenção e Controle de Enfermidades Não-Transmissíveis e o Plano Nacional Argentina Saudável, com a finalidade de estimular hábitos saudáveis que evitem riscos e danos vinculados às ENTs (ISAGS, 2012).

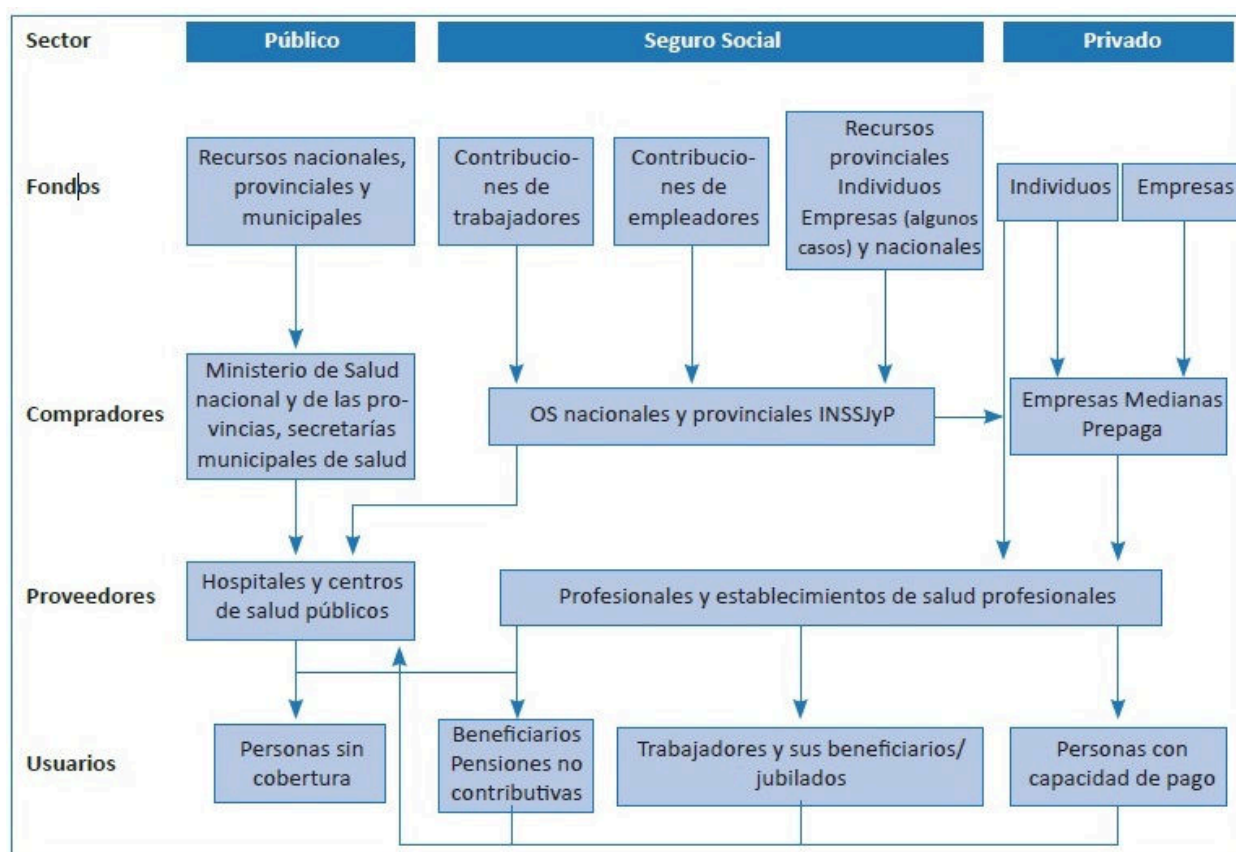
Outra preocupação é com a violência e, principalmente, com sua subnotificação, especialmente, quando se trata de gênero. O país ratificou importantes instrumentos internacionais contra a violência doméstica e de gênero, como: Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, ratificada em 1969, apesar do tratado ter sido

aprovado desde 1965; Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW), ratificada em 1985, com tratado firmado desde 1979; Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará), com adesão em 1996, apesar do acordo datar de 1994.

A partir da adesão às recomendações internacionais, é favorecida a renovação dos mecanismos legislativos nacionais, sendo a Argentina pioneira na aprovação de leis de combate à violência familiar e intrafamiliar, no intuito de coibir as agressões sofridas por mulheres, em especial, no âmbito familiar. A participação do país em debates e encontros internacionais também aumentou, o que tem contribuído, juntamente com as mudanças legais, para o reconhecimento dos direitos cidadãos, especialmente das pessoas mais suscetíveis à violência como mulheres, crianças e idosos. A legislação prevê, hoje, por exemplo, a proteção das mulheres acerca de formas de violência que se expressam como violência institucional, obstétrica, laboral e doméstica, com a criação de bancos de informações, monitoramento e avaliação policial e de saúde. Esses mecanismos ajudam na prevenção da violência e ampliam conhecimentos para fomentar respostas institucionais que reforçam a denúncia e as medidas de punição aos agressores. Especificamente no que tange à saúde, há o Conselho Nacional de Mulheres e o Programa Nacional de Saúde Sexual e Procriação Responsável que trabalham em conjunto com o MSAL para erradicar as violências contra a liberdade reprodutiva, sexual e obstétrica (ONU MULHERES, 2011; ARGENTINA, 2014b).

O Quadro 7, abaixo resume a organização do sistema de saúde argentino.

Quadro 7: Resumo Esquemático do Sistema de Saúde Argentino



Fonte: BELLÓ, 2011 *apud* ISAGS, 2012, p. 82.

Após a inserção da Argentina no Mercosul, compromissos assumidos junto à comunidade internacional são cumpridos a partir da união entre países, gerando melhorias em torno da qualidade de vida da população. Um exemplo disso foi a adoção nacional dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que leva ao cumprimento de oito metas relacionadas ao desenvolvimento humano, como podem ser verificadas a seguir, segundo dados da *United Nations Statistics* (2013 *apud* IBGE, 2015):

- 1) Meta 1: Erradicação da extrema pobreza e da fome – 0,9% da população viviam com menos de um dólar por dia, em 2010.
- 2) Meta 2: Universalização da educação básica – 95,3% dos alunos que iniciaram o 1º ano atingiram o 5º ano, em 2009.
- 3) Meta 3: Igualdade entre sexos e autonomia das mulheres – 36,6% de mulheres exerciam mandato no parlamento nacional, em 2014.

- 4) Meta 4: Redução da mortalidade infantil com menos de 5 anos de idade – morriam 14,1 crianças a cada mil nascidos vivos, em 2011.
- 5) Meta 5: Aumento do número de partos assistidos por profissional de saúde qualificado – 95% em 2010.
- 6) Meta 6: Combate ao HIV/Aids, malária e outras doenças – em relação à tuberculose, 52% dos casos foram tratados e curados, em 2011.
- 7) Meta 7: Incorporar princípios do desenvolvimento sustentável nas políticas públicas nacionais – 98% é a proporção da população rural que tinha acesso a melhores condições de saneamento, e 95% a uma fonte de água tratada, em 2011.
- 8) Meta 8: Desenvolver sistema comercial e financeiro – 24,31 pessoas, a cada 100 habitantes, possuíam linha telefônica, em 2012.

As oito metas dos ODM são, com frequência, acompanhadas e avaliadas pelo PNUD, para que um novo projeto de desenvolvimento humano seja viável, especialmente, em países do Mercosul. Estes compartilharam dificuldades e soluções juntos, visando um padrão de vida equânime e com acesso a mais recursos sociais básicos. As relações internacionais geraram perspectivas de construção de um sentimento de "estar juntos", com possibilidades de respostas tanto às demandas sociais básicas, quanto às exigências macroeconômicas mundiais. A Argentina alcançou quase a totalidade dos ODM, o que trouxe para o país mudanças, inclusive, nas concepções de saúde e bem-estar social, hoje, construídas regionalmente, tendo como preocupação central o decréscimo de níveis de desigualdades. A intersectorialidade desponta como possibilidade para revitalizar proteção social a partir de inovações produtivas e expansão de capital humano com igualdade.

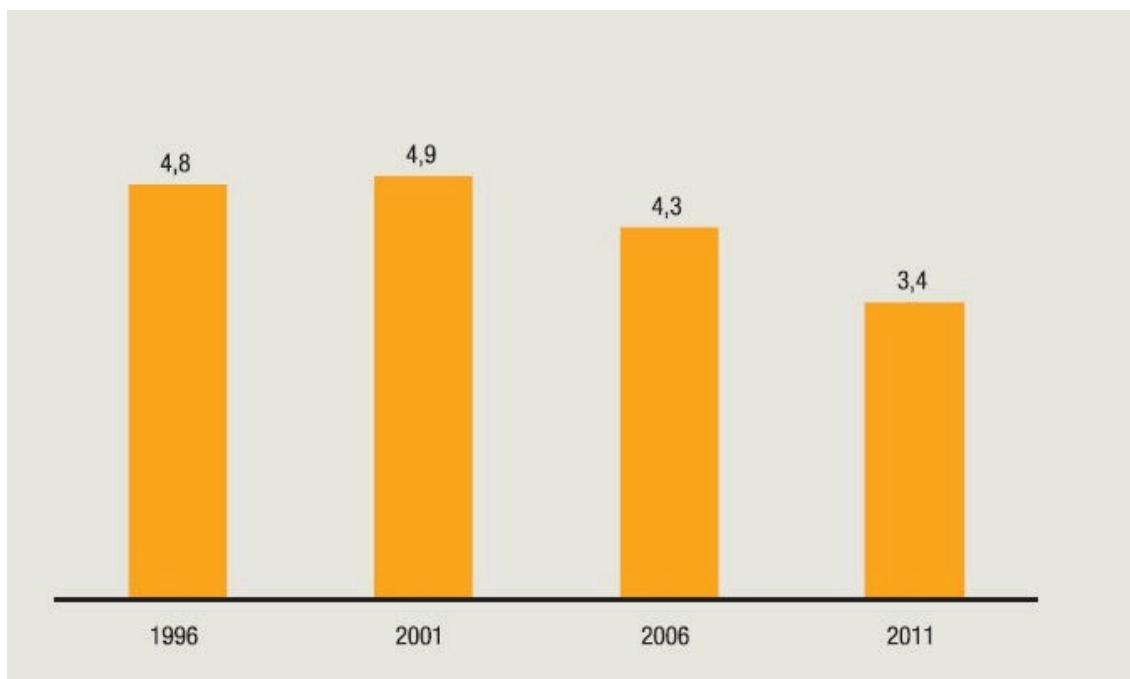
Para o PNUD (2013), a complementariedade entre dimensões do desenvolvimento humano, como saúde, educação e economia, facilita a inserção mundial para o país. No entanto, o próprio organismo destaca que, em

relação à saúde na Argentina, preocupam ainda as doenças transmissíveis, a mortalidade por acidentes e as desigualdades entre províncias, principalmente, no que tange à transmissão da doença de Chagas e à mortalidade materna e infantil. Da mesma forma, a qualidade e a capacidade de resolutividade dos serviços e ações de saúde ainda são muito variáveis. É destacada a importância de enfoques integrados e de interconexão entre os objetivos propostos, devido à emergência de redução da fome e do acesso ao saneamento básico e a medicamentos.

Com as medidas adotadas conjuntamente, os países do Mercosul se apoiam de forma recíproca, o que inclui a Argentina, para reverter os efeitos das crises econômicas dos anos 2000, a partir do equilíbrio entre políticas de emprego e aquelas voltadas para as vulnerabilidades sociais, com maior atenção para inovação científica e produtiva. Os avanços regionais recentes consolidaram, no âmbito da saúde, a substituição do modelo higienista do século XIX pelo sanitário, a partir de 1930.³⁹ As províncias, também, tiveram melhorias em qualidade de vida. Segundo as avaliações do PNUD, os índices provinciais de IDH, por exemplo, melhoraram, apesar das variações de uma região para outra. A província de Buenos Aires é a mais bem colocada com 0,889, e Formosa é a que apresenta a pior classificação, com 0,806. O enfrentamento das desigualdades reforça-se como fundamental para o alcance do desenvolvimento humano, como mostra o Gráfico 4 do PNUD (2013) abaixo:

³⁹ Para o modelo higienista, a principal causa do adoecimento eram os hábitos de vida, especialmente, da população pobre que precisa de medidas, muitas vezes, coercitivas de higiene para alterar seu comportamento. Já o modelo sanitário baseia-se na prevenção de doenças e em melhorias na atenção médica (PNUD, 2013).

Gráfico 4: Desigualdade em desenvolvimento humano na Argentina, 1996 – 2011



Fonte: PNUD, 2013, p. 31

No período de 1996 a 2011, o desenvolvimento humano se alterou de um ano para o outro devido à queda nos índices de desigualdades. Em 2001, como houve redução das desigualdades, o percentual de diminuição do índice desenvolvimento humano decaiu de forma expressiva, alcançando o mais baixo índice, 3,4, o que reforça a constatação da interferência das desigualdades no desenvolvimento humano.

O Mercosul desponta como um ator importante para a região, ressignificando relações econômicas e, principalmente, políticas entre parceiros coletivos. No âmbito da saúde, podem ser citados os seguintes problemas a serem superados: as desigualdades, que representam uma das principais dificuldades enfrentadas pelas políticas de saúde, acompanhadas pela pobreza; a falta de uma clara política de gestão, devido a pouca clareza na utilização do financiamento e à precária administração dos recursos humanos; e a tímida participação social na tomada de decisões em saúde⁴⁰.

⁴⁰ Algumas conquistas advindas da mobilização dos grupos ocorreram desde 2009: tratamento digno aos pacientes, respeito à confidencialidade e à autonomia dos sujeitos, o acesso à informação, o direito à segunda opinião em termos de diagnóstico, registro em documentação da história clínica do paciente e direito ao consentimento informado. Além do que, as lutas sociais procuram ampliar coberturas não contempladas pelos diferentes subsistemas mencionados. Já existe, inclusive, um órgão de representação popular que

Como conquistas alcançadas pelo Mercosul, as quais repercutiram na política de saúde na Argentina, destacam-se:

- i) a formação de redes de informações sobre políticas e sistemas de saúde intrabloco têm levado a mudanças em termos de formulação e implementação de programas nacionais de saúde que contam com o compartilhamento de experiências bem sucedidas entre os países, facilitando as decisões (OBSERVASALUD, 2015);
- ii) as recomendações internacionais, como Objetivos do Milênio, protocolos de saúde da Organização Mundial da Saúde, entre outros, têm sido cumpridas conjuntamente com vistas ao alcance de um padrão de vida digno e ambientes mais saudáveis para a população da região (PNUD, 2014);
- iii) as demandas das lutas sociais têm sido incorporadas nas reformas dos sistemas de saúde com vistas à melhoria do acesso das pessoas aos serviços de saúde pública (OMSS, 2013);
- iv) valorização do papel do Estado para garantir a qualidade dos serviços de saúde (OMSS, 2013).

Sem contar que a Argentina e o Brasil, os maiores países do Bloco, favorecem, especialmente, aos parceiros menores e com menos recursos sociais, por meio de iniciativas solidárias, políticas de aquisição de medicamentos, de transplantes e doação de órgãos, formação de sistemas de informação com circulação de tecnologias, entre outros benefícios (BRASIL, 2008).

Em entrevista com o diretor nacional de relações internacionais do Ministério da Saúde da Argentina, em agosto de 2013, foram evidenciados benefícios trazidos pela integração em saúde:

Plantea la adopción de normas más eficaces para el control de la salud, que son compartidas por los otros países. Plantea un círculo virtuoso que alimenta el proceso de formulación de políticas de salud. Plantea modelos de

garante a implementação das ações de atenção primária, prevenção de doenças e promoção da saúde, diagnóstico territorial (ISAGS, 2012).

intervención más eficaces de algunas enfermedades, como las transmisibles, que no respetan fronteras. Plantean estrategias para la adquisición de medicamentos, insumos y tecnologías, difundiendo informaciones que pueden servir para la toma de decisiones en las políticas de salud (Entrevista n°6).

A retomada da integração regional na América do Sul trouxe perspectivas de formação de uma comunidade política supranacional a partir de relações estabelecidas entre países no Mercosul. O regionalismo do tipo aberto e para fora, praticado no Bloco, visa proteger interesses da região, sendo praticadas negociações multilaterais e interações com atores diversos. As relações intrabloco procuram a garantia da segurança regional, conforme definido por Aron (2010). Com o estreitamento dos laços regionais, os efeitos redistributivistas das políticas sociais são favorecidos, especialmente, no que tange à saúde, a partir do intercâmbio de experiências e dos compromissos plurais firmados em torno da defesa da vida.

O Mercosul potencializa oportunidades viabilizadas pela globalização, intensificando estratégias políticas pautadas na cooperação internacional em saúde. As práticas cooperativas difundem direitos humanos e concepções de saúde global com atenção a questões chave para a região, sinalizando possibilidades e riscos trazidos pela nova ordem global. Para o governo argentino, o Mercosul é parte da política de Estado e, para contribuir com a institucionalização da integração regional, foi criado o *Fondo Argentino de Cooperación Horizontal* (FOAR)⁴¹, com o objetivo de fomentar a cooperação Sul-Sul e a solidariedade entre os EEPP (Estados Partes). O fundo financia ações de apoio e colaborações mútuas no âmbito regional, as quais reforçam o *Plan Federal de Salud* no sentido de valorizar a atenção primária à saúde, organizar referência e contra referência nos serviços de saúde, investir em recursos humanos e na participação social e fortalecer o federalismo em saúde (ISAGS, 2012; FOAR, 2008). Em outro momento da entrevista referida anteriormente, o informante revelou:

⁴¹ O *Fondo de Cooperación Horizontal* (FOAR) foi criado, em 1992, para a Argentina desenvolver projetos de cooperação internacional que possibilitem ações de colaboração com o desenvolvimento de outros países, a partir de três eixos: administração e governabilidade, direitos humanos e desenvolvimento sustentável (FOAR, 2008).

La cooperación yo la entiendo como la que puede ser brindada entre un país o nación a otra. En el caso de Argentina existe un mecanismo que es el Fondo de Cooperación Horizontal FOAR, que financia no solo la cooperación que puede brindar el Estado Nacional, sino también otros actores como las Universidades. En los procesos de armonización de normativa para la libre circulación de productos para la salud, que se vienen haciendo en el marco del Mercosur salud, viene participando hace más de 20 años las Cámaras de la Industria Farmacéutica, de Cosméticos y Domissanitarios, expresando sus puntos de vista al definir normativas que los van a regular. También en el Mercosur salud han participado otros actores de la sociedad civil vinculados a temas de salud reproductiva o HIV SIDA (Entrevista n°6).

A Argentina apresenta uma longa trajetória na prática da cooperação, no passado, marcada pela dominação e subalternidade a países ricos. Recentemente, com a expansão da cooperação no sentido Sul-Sul, muitos objetivos do país estão sendo alcançados por meio da pluralidade de ações entre vizinhos. No Mercosul, se redefiniram práticas cooperativas com base em novas concepções, construídas pela própria dinâmica das relações internacionais. A saúde tornou-se uma estratégia política do sistema internacional, para abordar uma das dimensões mais injustas da questão social devido à sua condição de irreversibilidade e por interessar a toda humanidade. Hoje, o Mercosul-saúde apresenta bons resultados para o setor na busca por convergência de políticas nacionais e harmonização de metas e de ações, o que será discutido no próximo capítulo.

4.2 O contexto social da saúde no Brasil

O Brasil é um dos maiores países do Mercosul devido às suas dimensões continentais e ao seu contingente populacional. A extensão territorial do país é de 8.515.767,049 km², o que representa 47% da América do Sul, com uma população que se alterou de 184.101.109 habitantes em 2004, para 202.033.670 em 2014, com taxa média de crescimento anual de 9,74%, para esse período. A população se concentra no âmbito urbano, com 85,43% pessoas vivendo nas cidades, e 14,57% inseridas no meio rural⁴² (IBGE, 2015; PNUD, 2004; 2014).

⁴² Não foram encontrados dados no IBGE e nos relatórios PNUD referentes à distribuição da população brasileira nos âmbitos rural e urbano em 2004.

Os indicadores sociais apontam as seguintes melhorias de vida para a população:

- i) A expectativa de vida, para mulheres, era de 72,5 anos de idade e, para os homens, de 63,9 anos, em 2004. Com a melhoria das condições de vida, a expectativa da população em geral é de viver, em média, até os 73,9 anos (IBGE, 2015; PNUD, 2004; 2014).
- ii) O IDH do país, em 2002, foi de 0,755, sendo classificado na faixa de *desenvolvimento humano médio*. Com a variação, em 2013, para 0,744, o país foi inserido na categoria de *desenvolvimento humano elevado*⁴³ (IBGE, 2015; PNUD, 2004; 2014).
- iii) De 1999 a 2001, a população subnutrida era de 9%, havendo, no período de 2010 a 2013, uma expressiva redução do número de famélicos no país, com registro de menos de 6,9% (IBGE, 2015; PNUD, 2004; 2014).
- iv) Em termos sanitários, em 2000, 87% da população tinha acesso à água potável e, em 2002, 76% fazia uso de rede sanitária. Desde 2010, 98% utiliza água potável e 79% tem acesso a esgotamento sanitário (IBGE, 2015; PNUD, 2004; 2014).
- v) O país apresenta maiores investimentos em educação, passando de um índice de alfabetização de pessoas com 15 anos ou mais, em 2002, de 86,4%, para, em 2012, 90,4% (IBGE, 2015; PNUD, 2004; 2014).

⁴³ Como já mencionado anteriormente, o IDH de 2002 foi avaliado em 177 países, classificados nas três categorias: desenvolvimento humano elevado (do 1° ao 55° país), desenvolvimento humano médio (do 56° ao 141° país) e desenvolvimento humano baixo (do 142° ao 177° país). Em 2013, foram avaliados 185 países, estabelecendo-se quatro faixas: desenvolvimento humano muito elevado (do 1° ao 49° país), desenvolvimento humano elevado (do 50° ao 102° país), desenvolvimento humano médio (do 103° ao 144° país) e desenvolvimento humano baixo (do 145° ao 185° país). Destaca-se que o relatório do PNUD de 2004 apresenta dados de desenvolvimento humano de 2002, e o de 2014 refere-se a dados de IDH de 2013 (PNUD, 2004; 2014).

- vi) Em termos econômicos, em 2002, o PIB era de US\$ 1,355.0 milhões e o PIB/*per capita* de US\$ 7,770. Em 2012, o PIB passou para US\$ 2,254.109 milhões e PIB/*per capita*, para US\$ 11,347 (PNUD, 2004; 2014).
- vii) Os gastos públicos em saúde eram, em 2001, de 3,2% e, em 2014, passam para 8,9% (IBGE, 2015; PNUD, 2004; 2014).

Politicamente, o Brasil é uma nação federalizada com a divisão de poderes em três esferas de governo autônomas e não hierarquizadas: federal (União), estatal (Estados) e municipal. Trata-se de uma República Federativa Presidencialista, sendo sua última Constituição Federal promulgada em 1988. É formado por um Distrito Federal (Brasília), onde se encontra sua sede administrativa, 26 estados e 5.564 municípios, com uma população multicultural e étnica diversificada (IBGE, 2015; ISAGS, 2012).

As condições de saúde, também, tiveram expressivas melhoras em dez anos no país:

- i) As taxas de desigualdades são acentuadas, com um índice de Gini de 59,1, em 1998, porém, reduz-se no período de 2003 a 2012, para 54,7, com manutenção de condições de vida desiguais entre as regiões do país, as quais desafiam, ainda, a consolidação democrática (PNUD, 2004; 2014).
- ii) A taxa de mortalidade infantil, em 2002, era de 30 por 1.000 nascidos vivos e, em 2012, os dados melhoraram, já que as mortes foram reduzidas para 13 a cada 1.000 nascimentos. No caso da saúde da mulher, as taxas declaradas indicam que morriam 160 parturientes a cada 100.000 nascidos vivos. Em 2010, as taxas declaradas de mortalidade materna decaíram para 56 a cada 100.000 nascidos vivos. Ou seja, foram expressivas as conquistas no Brasil em termos de redução dos índices de mortalidade infantil e, principalmente, materna (PNUD, 2004; 2014).
- iii) Em termos de saúde da criança, 99% e 92% com menos de um ano estavam vacinadas contra tuberculose e sarampo, respectivamente

em 2002. Já em 2012, havia 1% de crianças de até um ano não vacinada tanto contra a tuberculose quanto o sarampo (PNUD, 2004; 2014).

No entanto, segundo a OMS, é preciso ainda melhorar a quantidade de leitos por habitantes no país. Em 2002, havia 27 leitos hospitalares por 10.000 brasileiros. De 2006 a 2012, o número de leitos caiu para 23, a cada 10.000 habitantes. Referente à quantidade de médicos por habitantes, de 1990 a 2003, eram 206 por 100.000 pessoas, enquanto para o intervalo de tempo de 2003 a 2012, eram 8,9 por 10.000 pessoas (OMS, 2005; 2014).

A saúde é reconhecida pela Constituição Federal como um direito social de todo cidadão; e o Estado tem o dever de assegurá-la, sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) o principal meio para o usufruto de tal garantia. A proteção social em saúde no país é estabelecida de forma universal e gratuita, disponível através dos serviços oferecidos pelo SUS, porém, há, também, um subsistema privado, contratado a partir de decisão individual (PORTAL BRASIL, 2015; ISAGS, 2012).

O SUS foi resultado de lutas sociais no Brasil, conduzidas pelo movimento de reforma sanitária que eclodiu com a redemocratização a partir dos anos 80. As atuais mudanças no sistema de saúde do país representaram, portanto, os anseios da sociedade civil organizada, sem interferências de manifestações de governos ou de organismos internacionais. Em tempos de globalização, privatizações e expansão dos projetos neoliberais, o Brasil, entre os países estudados, foi o primeiro a instituir um sistema público de saúde de caráter universal, voltado para atenção integral e equânime. Tem uma base legal de garantia à saúde como direito social de cidadania, assegurado pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90). O SUS investe em recursos humanos, atenção primária à saúde e em inovações científicas e tecnológicas, sendo notórios os avanços em atenção básica, urgências, cobertura vacinal, assistência pré-natal e acesso a medicamentos, o que inclui os de alto custo (PAIM *et al.*, 2011; PEREIRA *et al.*, 2012).

O sistema de saúde no Brasil é parte da política do Estado, organizado a partir de uma estrutura de serviços e gestão hierarquizada, com níveis distintos de complexidade, a saber: (i) baixa complexidade, que oferece atenção

primária; (ii) média complexidade, compreendida pelos serviços de medicina especializada e apoio diagnóstico; e (iii) alta complexidade, com ações voltadas para a hospitalização. A partir de 2011, estabeleceu-se a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) que reforça o compromisso da integralidade no sistema público de saúde, por apresentar serviços variados de caráter interdisciplinar e intersetorial para toda população.

Quanto às suas atribuições, o SUS controla e fiscaliza a prevenção e a prevalência de doenças; procedimentos; produtos; inspeciona alimentos e bebidas para uso dos cidadãos; assim como cuida das condições do meio ambiente. As ações de vigilância são controladas pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), criado em 1999, e formado no âmbito federal pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS/Fiocruz); no âmbito estadual, pelo órgão de vigilância sanitária local e pelo Laboratório Central (LACEN), localizados nas 27 unidades da Federação. Órgãos de vigilância sanitária atuam, também, nos 5561 municípios. O SUS controla, ainda, a assistência à saúde prestada pela medicina pré-paga através da Agência de Saúde Suplementar (ANS). No Brasil, o território nacional é dividido em 453 regiões de saúde, marcadas por diferentes e complexas necessidades nesse setor. A vigilância inclui sistemas epidemiológicos, ambientais e sanitários (OMSS, 2013; BRASIL, 2015f).

A proteção à saúde iniciou-se com associações de ajuda mútua, organizadas por empregados e empregadores que arrecadavam um fundo privado e voluntário, utilizado em caso de enfermidade, incapacidade para o trabalho ou morte, praticado, inicialmente, no século XIX. Na Primeira República (1889-1930), foi criada a Diretoria Geral de Saúde Pública, substituída, em 1920, pelo Departamento Nacional de Saúde Pública. No início do século XX, realizaram-se campanhas de vacinação, seguindo os moldes militares. Ainda no ano de 1920, o saneamento, que se restringia à zona urbana, expandiu-se para áreas rurais e organizaram-se as primeiras políticas de saúde pública voltadas para o controle de epidemias. Tais políticas continham normas e organizações sanitárias com base no modelo de intervenção conhecido por sanitarianismo campanhista. No ano de 1930, surgiu o Ministério da Educação e Saúde para tratar dessas questões no país. E em

1953, o Ministério da Saúde tornou-se independente e assumiu a coordenação, especificamente, das ações em saúde.

Inicialmente, o Ministério da Saúde era subfinanciado para implementar um sistema de saúde digno, e a provisão de serviços continuava a cargo das caixas de aposentadoria e pensão divididas por categorias profissionais. A saúde era tratada no sentido individual e a proteção social continuava vinculada aos seguros sociais. Como os serviços públicos de saúde em centros ambulatoriais e hospitais restringiam-se às categorias profissionais, as pessoas desempregadas ou subempregadas eram atendidas como indigentes e dependentes da caridade de instituições filantrópicas religiosas, como as Santas Casas de Misericórdia da Igreja Católica. Os trabalhadores rurais, empregados domésticos e autônomos, também, eram excluídos da proteção à saúde oferecida pelo governo brasileiro (PAIM *et al.*, 2011).

Após o início da ditadura militar, que ocorreu no período de 1964 a 1984, criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), no ano de 1967, reunindo os diferentes fundos de aposentadoria e pensão existentes; sendo os trabalhadores, que antes acompanhavam a administração dos fundos de assistência à saúde junto às categorias profissionais, afastados da gestão do INPS. Os serviços de saúde passaram a ser administrados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), com a prestação de serviços realizada por equipes centradas em médicos, sendo chamadas de equipes médicas ao invés de equipes de saúde; o modelo de serviços era hospitalocêntrico e medicamentoso.

As decisões e o financiamento dependiam do âmbito federal e os serviços concentravam-se nos grandes centros urbanos, duplicados nas regiões com o processo de redemocratização no país a partir de 1984, período de indicação do primeiro presidente civil, após 20 anos de ditadura militar. Ocorreram as primeiras experiências de descentralização com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), uma vez que as tradicionais estruturas do INAMPS e do INPS custavam caro e não resolviam os problemas da população (OMSS, 2013; PAIM *et al.*, 2011).

Desde 1970, o movimento da reforma sanitária se organizou no Brasil em defesa da saúde, formado por acadêmicos, intelectuais, estudantes, profissionais da área, trabalhadores em geral. Manteve-se na clandestinidade

no período ditatorial e voltou à cena pública com a redemocratização dos anos 80, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, mais especificamente em 1986. Nesse evento, discutiram-se o direito à saúde e a proposta de democratizar a proteção social, com a ampliação do acesso à saúde e a garantia da intervenção estatal. Então, consolidou-se o projeto do SUS (PAIM *et al.*, 2011).

Apenas em 1990, o SUS se estabeleceu, acompanhado pela aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) que apresentou as atribuições e a estrutura organizacional. Os principais princípios norteadores do SUS são:

- a) *Acesso universal à atenção integral* através de serviços de: prevenção de doenças, promoção da saúde, cura e reabilitação em todos os níveis de complexidade - primário, secundário e terciário;
- b) *Descentralização* com funções e responsabilidades compartilhadas pelos níveis de governo: federal, estatal e municipal;
- c) *Participação social* na formulação e implementação de políticas de saúde.

O financiamento do sistema de saúde ocorre por meio de contribuições sociais e por impostos, tendo a despesa pública com a saúde aumentada, em média, em três vezes no período de dez anos, como foi verificado a partir dos dados, sobre a saúde no Brasil, apresentados anteriormente (PNUD, 2004; 2014). O SUS presta serviços e ações de saúde a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada.

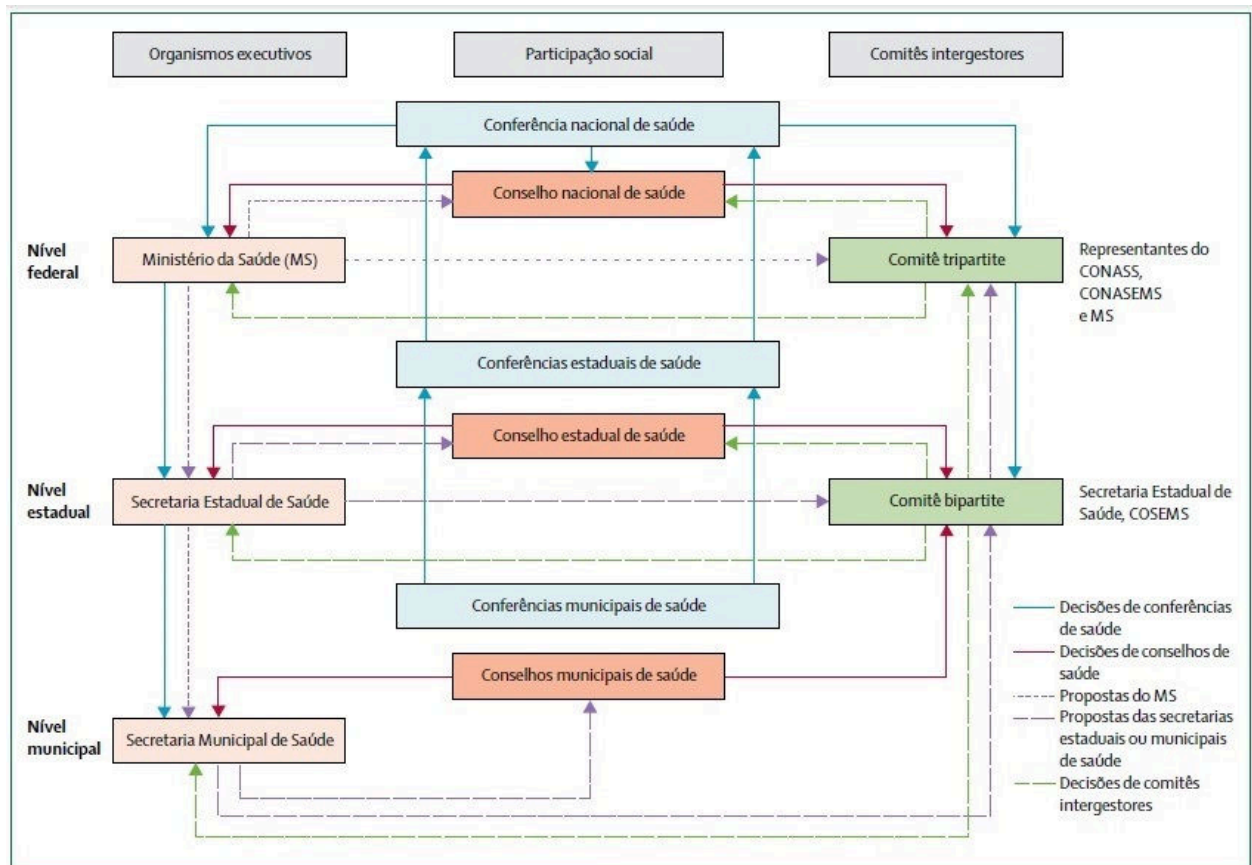
Há uma rede de prestadores e compradores de serviços, combinando o público com o privado, sendo composta por três subsetores: o público, com serviços financiados pelas instâncias públicas; o privado, com financiamentos lucrativos ou não; e o suplementar representado por planos e apólices privados de saúde. Os cidadãos podem usar um dos três subsetores do sistema, porém, constata-se que todos os brasileiros utilizam o sistema público de saúde, direta ou indiretamente, através do recebimento de vacinas; dos serviços de alto

custo; dos procedimentos complexos, como transplante, hemodiálise; controle de alimentos, de medicamentos e da água, prestados pelos serviços de vigilância sanitária; etc.

Vários programas são implementados pelo SUS, como: programa nacional de controle e prevenção do HIV/AIDS; controle do tabagismo; atenção à saúde indígena; atenção à saúde da população negra; implementação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); criação da política nacional de saúde bucal (Brasil Sorridente); programa nacional de imunização; política de transplantes, entre outros (OMSS, 2013; PAIM *et al.*, 2011; BRASIL, 2015e).

O esquema abaixo no Quadro 8, extraído de Paim *et al.* (2011), resume aspectos organizacionais do SUS, com destaque para a institucionalização da participação social.

Quadro 8: Formulação de políticas e participação no processo social no Brasil



Fonte: PAIM *et al.*, 2011, p. 22.

Em 2006, firmou-se o Pacto pela Saúde que reforçou a descentralização com a definição de funções para gestores de cada nível de governo, de metas e responsabilidades dos diferentes governantes, com a particularidade das necessidades de saúde locais. A descentralização ampliou-se com o estímulo à participação popular através da formação dos Conselhos de Saúde e Comitês Intergestores estadual (bipartite) e federal (tripartite), previstos na Constituição Federal de 1988. A tomada de decisões é consensual, o que constitui importante avanço político para o país, por permitir a presença de diferentes atores na formulação de metas e na definição de responsabilidades para cada nível de governo. A participação social é uma das mais importantes diretrizes do SUS, institucionalizada pela Lei de nº. 8142/90 que estabelece instâncias de interferência coletiva em conselhos e conferências, contribuindo com diálogos favoráveis à pactuação, gestão e deliberação relacionadas a políticas de saúde (OMSS, 2013; PAIM *et al.*, 2011).

O SUS ampliou investimentos em atenção básica que representa a porta de entrada para a assistência à saúde. Pereira *et al.* (2012) ressaltam que, desde 1990, adotou-se no país a expressão "atenção básica" para se referir ao primeiro nível de atenção do sistema de saúde, e o próprio Ministério da Saúde utiliza básica e primária como termos sinônimos. A proposta original de atenção básica data de 1991, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A política de atenção primária tornou-se prioritária, com ênfase em ações intersetoriais e de prevenção de doenças, realizadas através do Programa de Saúde da Família (PSF), adotado desde 1996 pelo Ministério da Saúde. Com o tempo, a proposta do PACS fundiu-se com a do PSF, formando a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que inovou ao definir como focos das ações de saúde a família e a comunidade, representando, portanto, a valorização da saúde coletiva e pública. A cobertura populacional da ESF passou de 35,7% em 2003 para 52,2% em 2010 (PEREIRA *et al.*, 2012).

Os atendimentos da ESF são realizados em comunidades adstritas por uma equipe composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, sendo, em 2004, incluídas, também, as equipes de saúde bucal. Estas últimas equipes, na atenção primária, somavam 6.170 profissionais, em 2003, saltando para 20.424 em 2010. Com maiores investimentos em atenção básica, o SUS melhorou a proteção integral à saúde, com destaque para a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), PET-Saúde e Pró-Saúde, voltados para educação permanente e recursos humanos. Desenvolveram-se, ainda, programas com caráter intersetorial, como o de Saúde na Escola (PSE) que, desde 2007, aproxima saúde, educação e prevenção de doenças em escolas localizadas nas proximidades das Unidades de Saúde da Família (USF) de um determinado território. Isso caracteriza avanços institucionais no SUS, com a consolidação da noção de saúde como um direito de cidadania que norteia a organização da estrutura do sistema (BRASIL, 2015f).

Victora *et al.* (2011) destacam, também, as mudanças promovidas pelo SUS em torno dos determinantes sociais das doenças e da organização dos serviços de saúde, visando à redução das desigualdades. Os programas de saúde voltados para mulheres e para crianças promovem uma maior cobertura com resultados mais abrangentes. O tempo de aleitamento materno aumentou

de 2,5 meses, em 1970, para 14 meses, em 2006-07, reduzindo, assim, a mortalidade materna; além de programas de hidratação oral e nutrição infantil que reduzem e previnem adoecimentos. Há, ainda, o Programa Rede Cegonha que garante o direito ao planejamento reprodutivo à mulher e combate à violência institucional no pré-natal e durante o parto, principalmente, sofrida por mulheres mais pobres (VICTORA *et al.*, 2011; CECATTI *et al.*, 2010).

Em termos do controle de doenças infecciosas, há um maior acompanhamento à cólera e à doença de Chagas, e, desde 1970, o país investe em melhorias em termos de qualidade e de ampliação do acesso à água tratada e ao saneamento básico. Porém, as enfermidades transmitidas por vetores, como a dengue e a leishmaniose visceral, ainda, são de difícil tratamento, sendo necessário o desenvolvimento de mais pesquisas e ações em saúde pública, em especial, demandadas através da mobilização da participação social. Os centros de estudos e pesquisas em saúde pública são poucos e concentrados na região Sudeste do país, assim como muitos dos resultados dos estudos não são implementados como ações concretas (BARRETO *et al.*, 2011).

As doenças crônicas continuam como um dos grandes desafios para a política de saúde global. Para o Brasil, apesar de Schmidt *et al.* (2011) indicarem uma diminuição das complicações cardiovasculares e respiratórias, o que revela efeitos positivos da política antitabagista e das ações de prevenção ao nível da atenção básica, as demandas que envolvem doenças não transmissíveis são complexas, descortinam até mesmo situações de discriminação racial, e apontam para a necessidade de medidas sociais e não apenas individuais⁴⁴.

A violência comunitária e doméstica, também, desafia a política de saúde, no Brasil, por causarem mortalidade e morbidade, principalmente, a homens negros e jovens, no caso da violência da comunidade, e a mulheres e

⁴⁴ A população indígena, por exemplo, no Brasil, modificou seus hábitos, principalmente, alimentares, com repercussões em ganho de peso e uma maior prevalência de doenças, como diabetes e hipertensão, como aconteceu com o grupo dos Xavantes, localizado na região das Reservas Indígenas Sangradouro-Volta Redonda e Pimentel Barbosa. Algumas ações são de simples implementação e ajudam no combate às doenças não transmissíveis, como as estratégias denominadas de *upstream* que estimulam a redução do teor de sal dos alimentos e a restrição da propaganda de alimentos não saudáveis para crianças (Schmidt *et al.*, 2011).

crianças, no caso da violência doméstica, como destacam Reichenheim *et al.* (2011). Entre as causas da violência estão os fatores socioculturais. O perfil de mortes por causas externas no Brasil e na América Latina é diferente daquele que ocorre nos países signatários da OMS, nos quais 51% apresentam suicídios e guerras civis (REICHENHEIM *et al.*, 2011).

Algumas conquistas legais e institucionais das políticas sociais nacionais constataam no Quadro 9 abaixo.

Quadro 9: Combate à violência doméstica no Brasil, por ano

Nome ou número	Detalhes
Violência entre parceiros íntimos	
1980	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (I)
1985	Conselho Nacional de Direitos da Mulher Fundação do Conselho
	Delegacia de Defesa da Mulher Criada no estado de São Paulo a primeira do país
1986	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) Criada no estado do Rio de Janeiro a primeira do país
1988	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (II) O governo brasileiro ratifica plenamente a Convenção das Nações Unidas
1995	Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher O Brasil também assinou a Convenção em uma reunião que passou a ser conhecida como a Convenção de Belém do Pará
2003	Lei nº 10.778 Prevê a notificação obrigatória em todo o país de violência contra mulheres por parte de serviços públicos e privados
	Decreto Executivo 103 Criação da Secretaria Especial de Políticas da Mulher
2004	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) Visa ao desenvolvimento de políticas para a saúde da mulher ligadas a outras áreas técnicas do Ministério da Saúde. Seu papel é desenvolver normas técnicas, manuais técnicos, publicações sobre assuntos relacionados à saúde da mulher e oferecer apoio técnico aos estados e municípios no desenvolvimento e implementação de políticas
	Lei nº 10.886 Acrescenta parágrafos ao Artigo 129 do Decreto-Lei número 2.848 do Código Penal de 1940 e define especificamente violência doméstica
	1ª Conferência Nacional de Políticas da Mulher, Brasília O Ministério da Saúde formalmente reconhece a violência por parceiro íntimo como um problema de saúde pública, em conformidade com a Política Nacional para a Redução da Morbidade e Mortalidade devida a Acidentes e Violência e o Plano Nacional para Prevenção da Violência
2005	Central de Atendimento à Mulher (180) Disponível grátis 24h, sete dias por semana, serviço telefônico com cobertura nacional
2006	Lei nº 11.340 Também conhecida como Lei Maria da Penha
2007	2ª Conferência Nacional de Políticas da Mulher Acompanhamento da 1ª Conferência Nacional em 2004
2008	Publicação do 2º Plano Nacional de Políticas da Mulher Fortalece a vontade política de o Governo Federal reverter o padrão de desigualdade entre homens e mulheres, sendo o Plano guiado por princípios de igualdade e respeito a diversidade, igualdade, autonomia da mulher brasileira; secularidade do estado, universalidade das políticas, justiça social, transparência de atos públicos; participação de controle social
Maus tratos a crianças e adolescentes	
1988	Artigo 227 da Constituição Brasileira Visa garantir a proteção da criança pela família, sociedade e Estado
1990	Lei nº 99.710 O Brasil adota plenamente o texto da Convenção Internacional dos Direitos da Criança, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1989
	Lei nº 8.069 Aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criando os denominados Conselhos Tutelares (para menores)
1991	Projeto de Lei nº 8.242 Criação do Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente
1998	Implementação do Sistema de Informação para a Infância e a Adolescência (SIPIA) Apoiando o trabalho realizado pelos Conselhos Tutelares e pelos Conselhos dos Direitos da Criança nos níveis municipal, estadual e federal
1999	Normativa nº 1.354 da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro O primeiro passo importante em direção à notificação obrigatória de abuso infantil
2001	Normativa nº 737 do Ministério da Saúde Intitutos de Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências
	Normativa nº 1.968 do Ministério da Saúde Torna obrigatória para todos os serviços de saúde do país a notificação de casos confirmados de abuso de crianças e adolescentes
2002	Programa Nacional de Combate à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes Criado em resposta às demandas do Plano Nacional de Combate à Violência contra Crianças e Adolescentes
2003	Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte - PPCAAM (I) Visa fornecer acomodações para crianças/adolescentes ameaçados, programas sociais voltados para plena proteção; apoio e assistência legal, psicológica, pedagógica e financeira; e apoio em caso de obrigações civis e administrativas que exijam seu comparecimento
2004	Normativa nº 2.406 do Ministério da Saúde Estabelece o serviço de notificação, formulários de notificação e fluxos de referência.
2007	Decreto nº 6.231 Oficialmente estabelece o Programa de Proteção a Criança e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAAM), iniciado em 2003
	O Programa lançou uma agenda social para crianças e adolescentes especialmente voltada para a violência relacionada a óbitos de crianças e jovens
2010	Projeto de lei que exclui o castigo corporal e tratamento degradante e cruel contra crianças e adolescentes Enviado ao Congresso Nacional em 14 de julho de 2010 por ocasião da celebração do 20º aniversário do Estatuto da Criança e do Adolescente
Violência doméstica contra o idoso	
1994	Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842) Lançada pelo governo criando o Conselho Nacional do Idoso
1999	Normativa nº 1.395/99 Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
2003	Lei nº 10.741 Estabelece o Estatuto do Idoso, seguindo o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento aprovado pela 2ª Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento, em 2002.
	Lei nº 10.741, Artigos 19 e 57 Torna responsabilidade dos profissionais de saúde e das instituições notificar abusos contra o idoso ao Conselho do Idoso (municipal, estadual ou federal)
2005	Plano de Ação de Combate à Violência contra os Cidadãos Idosos (I) Apresentação do plano pela Subsecretaria Nacional de Direitos Humanos, Presidência da República
	Programado para implementação em 2005 e 2006.
2006	Normativa nº 2.528 Atualiza a Política Nacional de Saúde do Idoso de 1994.
2007	1ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa Primeiro passo para o estabelecimento de uma Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa.

Fonte: REICHENHEIN *et al.*, 2011, p. 82/83

A partir dos dados apresentados acima, sobre o enfrentamento das diferentes formas de violência no Brasil, destaca-se uma série de medidas adotadas em defesa dos direitos humanos, como as relacionadas à assistência às vítimas e aquelas que asseguram a denúncia e a punição dos agressores que praticam maus tratos, sejam no âmbito doméstico, contra mulheres ou crianças e adolescentes, sejam contra os idosos, considerados como problema social e de saúde pública. Movimentos sociais, como o de mulheres, juntam-se aos governos e organismos internacionais para viabilizar ações de prevenção e proteção às diferentes formas de violência. São criados novos espaços públicos de participação da sociedade civil, como conselhos, conferências, assembleias, entre outros, para debater o tema e acompanhar a implementação de programas e planos do Ministério da Saúde, com apoio de novas instâncias, a exemplo da Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), criada em 1986.

A partir da inserção do país na comunidade internacional de defesa das liberdades fundamentais do ser humano, o Brasil ratificou tratados que levaram à renovação da legislação, podendo-se destacar: a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965), firmada no ano de 1969; Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW – 1979), pactuada pelo país em 1969; e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará – 1994), com participação do Brasil desde 1995. A partir de convenções como estas, recentemente, em 2006, foi aprovada a Lei de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (ONU MULHER, 2011).

O Brasil é um líder no Mercosul com ativa participação em reuniões e foros, sejam comerciais, sejam humanitários. Assume postura propositiva e debates em torno de temas importantes para as decisões conjuntas e para a construção de normativas nacionais, especialmente, em termos de qualidade de vida, como as que se referem aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), ao Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e aos Objetivos do Milênio (ODM).

Após a inserção do Brasil no Mercosul, a maior parte das metas dos ODM foi atingida, o que levou a melhorias em termos de desenvolvimento

humano, como podem ser verificadas, a seguir, segundo dados da *United Nations Statistics* (2013 *apud* IBGE, 2015):

- 1) Meta 1: Erradicação da extrema pobreza e da fome – em 2009, 6,1% da população vivia com menos de um dólar por dia. Destacam-se os programas do governo federal “Fome Zero” que foi substituído pelo Programa Bolsa Família (BF), em 2003. O BF é um programa de transferência de renda voltado para famílias em situação de vulnerabilidade social e baseia-se na segurança alimentar e nutricional. É formado por condicionalidades relacionadas, também, à saúde. Os beneficiários do programa, que em 2014 eram 14 milhões de famílias brasileiras, assumem o compromisso de manter os cartões de vacinação atualizados das crianças até sete anos, e as mulheres grávidas ou amamentando precisam ser acompanhadas em pré-natal e seguimento de saúde do bebê (ISAGS, 2012; ZIMMERMANN, 2004).
- 2) Meta 2: Universalização da educação básica – 80,6% dos alunos que iniciaram o 1º ano, atingiram o 5º ano, em 2003.
- 3) Meta 3: Igualdade entre sexos e autonomia das mulheres – 8,6% era a proporção de mulheres exercendo mandato no parlamento nacional, em 2014.
- 4) Meta 4: Redução da mortalidade infantil com menos de 5 anos de idade – morriam 15,6 crianças a cada mil nascidos vivos, em 2011.
- 5) Meta 5: Proporção de partos assistidos por profissional de saúde qualificado –95%, em 2010.
- 6) Meta 6: Combate ao HIV/Aids, malária e outras doenças – em relação à tuberculose, 76% dos casos foram tratados e curados, em 2011.
- 7) Meta 7: Incorporar princípios do desenvolvimento sustentável nas políticas públicas nacionais – 48% foi a proporção da população

rural que tinha acesso a melhores condições de saneamento e 84%, a uma fonte de água tratada, em 2011.

- 8) Meta 8: Desenvolver sistema comercial e financeiro – 22,34 pessoas a cada 100 habitantes possuíam linha telefônica, em 2012.

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o Brasil alcançou a quase totalidade dos ODM em 2014. A adesão ao pacto internacional levou a conquistas que impactam na redução de desigualdades e, conseqüentemente, na ampliação de justiça social, no crescimento econômico e na proteção ao meio ambiente. Algumas das mudanças mais significativas estão relacionadas ao combate à fome e à erradicação da pobreza⁴⁵. No âmbito da saúde, a cooperação foi priorizada e desenvolveu parcerias que levaram à produção de conhecimentos e à inovação de tecnologias.

Em entrevista, o superintendente de fiscalização, controle e monitoramento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no Brasil (ANVISA) e assessor de vigilância em saúde do ISAGS/UNASUL, em agosto de 2014, destacou-se como contribuição do Mercosul, para o amadurecimento político do Brasil, a intensificação de suas participações em fóruns e acordos internacionais como líder regional. As interações com organismos internacionais e com outros Estados repercutem em benefícios para os países e para a região:

O Brasil, naturalmente, vem levando mais proposições, aprofundando alguns temas e aprovando resoluções semelhantes ao que é defendido pelo país, diante de seu desenvolvimento e capacidades/estruturação (em termos de vigilância sanitária, por exemplo). Enquanto que países menores, de menor desenvolvimento econômico, possuem maiores insuficiências, muitas vezes até para formular algumas proposições. Agora, na mesa de debate, ao construir uma resolução, as regras permitem que os pesos dos países sejam semelhantes. Claro que como todo fórum multilateral, nem sempre um país com menor desenvolvimento vai ter o mesmo peso e vai depender dos acordos que ele venha fazer e alianças com outros países para que uma proposição de países de grande dimensão como Brasil, Venezuela e Argentina não seja aprovada (Entrevista n°11).

Ou ainda,

⁴⁵ 22 milhões de brasileiros saíram da condição de extrema pobreza (IPEA, 2014).

O que se estabelece como metas de programas e plano de ação em saúde, no Mercosul, são acordadas no fórum da Assembleia Mundial da Saúde, ainda que não estejam condizentes com a situação dos países, especialmente do Brasil. Servem, em última análise, para impulsionar o país a buscar aquelas metas (Objetivos do Milênio, por exemplo) que forçou o país a reconhecer suas insuficiências, mesmo sabendo que há metas inalcançáveis em um determinado momento... (Entrevista n°11).

A interação entre as diferentes políticas de saúde no Mercosul permite consolidar enfoques em determinantes sociais da saúde que apontam, inclusive, para as fragilidades nacionais, cujo enfrentamento se torna prioridade na elaboração de propostas governamentais no Brasil. Percebem-se possibilidades de convivências entre países, com o enfrentamento de suas desavenças e o fortalecimento de suas afinidades, facilitando ações em prol da redistribuição de oportunidades sociais. As relações regulares e recíprocas entre países constroem convergências em torno de questões fundamentais para a região, como as que envolvem colonialidade e descolonialidade (IVO, 2001). Instituições públicas tornam-se centrais para alterações macroestruturais efetivas, como lembra Navarro (2007 *apud* ISAGS, 2012), acerca da qualidade de vida, pois a mera mudança de hábitos individuais não garante uma existência saudável. Há a necessidade, para os países do Mercosul, de se transformar pessoas em sujeitos participativos e revolucionar serviços com base na distribuição de recursos sociais. No âmbito da saúde, as mudanças atingem ainda o cotidiano da vida, como ressaltou Teixeira (2006).

O Mercosul se reestrutura, na atualidade, com a intenção de recompor o Estado social baseado em bem-estar e coesão social, tendo na saúde uma condição estratégica para propiciar liberdades e igualdade, fundamentais às relações sociais. Para o Bloco, um sistema de saúde como o SUS contribui com diretrizes estratégicas baseadas na defesa da equidade e da justiça social, a partir da organização de serviços e ações intersetoriais e multidisciplinares que priorizam atenção aos grupos submetidos a condições sociais mais precárias e, conseqüentemente, mais expostos a riscos de adoecer. O SUS traz, ainda, a estrutura de uma política de Estado que visa à promoção da saúde e práticas de cuidado que conciliem saúde individual e coletiva (TEIXEIRA, 2011).

4.3 O contexto social da saúde no Uruguai

O Uruguai é o menor país do Mercosul, com extensão territorial de 176.220 km², e população estimada em 3.399.237, segundo dados de 2004, e 3.418.694 em 2014, com 95,15% dos habitantes concentrados no espaço urbano e 4,85% no meio rural. A taxa média do crescimento anual da população entre 2004-2014 foi de 0,57%, a mais baixa entre os países estudados, sugerindo reduzida natalidade, alta expectativa de vida e poucos movimentos migratórios externos (IBGE, 2015; PNUD, 2004; 2014).

Os indicadores sociais do país também são os melhores do Bloco, conforme dados a seguir:

- i) A expectativa de vida, em 2004, era de 78,8 anos para as mulheres e 71,5 anos para os homens; em 2013, 77,2 anos para a população em geral (IBGE, 2015; PNUD, 2004; 2014).
- ii) O IDH do Uruguai foi 0,833, em 2002, classificado como *desenvolvimento humano elevado*; e quase dez anos depois, em 2013, a posição foi de 0,790, mantendo-se no mesmo nível⁴⁶ (IBGE, 2015; PNUD, 2004; 2014).
- iii) De 1999 a 2001, a subnutrição atingia 3%, mantendo-se praticamente o mesmo índice de 2010 a 2013, com percentual menor que 5 (PNUD, 2004; 2014).
- iv) Em 2000, 98% da população tinham acesso à água potável e 94%, desde 2002, dos domicílios estavam ligados à rede sanitária. A partir de 2010, toda a população passou a ter esses

⁴⁶ Vale lembrar que o IDH de 2002 foi avaliado em 177 países, classificados nas três categorias: desenvolvimento humano elevado (do 1° ao 55° país), desenvolvimento humano médio (do 56° ao 141° país) e desenvolvimento humano baixo (do 142° ao 177° país). Em 2013, foram avaliados 185 países, estabelecendo-se quatro faixas: desenvolvimento humano muito elevado (do 1° ao 49°país), desenvolvimento humano elevado (do 50° ao 102°país), desenvolvimento humano médio (do 103° ao 144°país) e desenvolvimento humano baixo (do 145° ao 185°país). Destaca-se que o relatório do PNUD de 2004 apresenta dados de desenvolvimento humano de 2002 e o de 2014 refere-se a dados de IDH de 2013 (PNUD, 2004; 2014).

recursos sanitários em suas moradias (IBGE, 2015; PNUD, 2004; 2014).

- v) Quanto à escolarização, em 2002, existiam 97,7% de pessoas com 15 anos ou mais de idade alfabetizados. Em, 2012, o índice aumentou para 98,1% de alfabetizados, na mesma faixa etária. E o nível de analfabetismo atingia 2,1% da população (IBGE, 2015; PNUD, 2004; 2014).
- vi) A economia está em período de recuperação das recessões que ocorreram desde 2000. Em 2002, o PIB era de US\$ 26,3 milhões e o PIB/*per capita* de US\$ 7,83. Em 2012, o PIB se ampliou para US\$ 49.914 milhões e o PIB/*per capita* para US\$ 14,703 (IBGE, 2015; PNUD, 2004; 2014).
- vii) Em termos de gastos públicos em saúde, também houve maiores investimentos, passando de 5,1%, em 2001, para 8,0% em 2011, (IBGE, 2015; PNUD, 2004; 2014).

O país é unitário com uma divisão territorial de 19 departamentos e cada um destes tem um governo municipal, com uma prefeitura e uma junta departamental. Os representantes dessas instâncias são eleitos por voto direto e popular. Um terceiro nível de governo é administrativo com representação local, assumida pelo Município. O Uruguai é uma República Presidencialista regida por uma Constituição Federal em vigor desde 1967.

Em termos de políticas de saúde, como se trata de um estado unitário, não há, em nível local, responsabilidades específicas. As melhorias em qualidade de vida são demonstradas a seguir:

- i) O índice de desigualdades alcançou, em 2000, 44,6 de Gini, devido às baixas distâncias sociais, porém, no período de 2003 a 2012, há um discreto aumento para 45,3 (PNUD, 2004; 2014).
- ii) A taxa de mortalidade infantil, em 2002, era de 14 mortes por 1.000 nascidos vivos e, em 2012, houve expressiva redução dessas mortes para seis a cada 1.000 nascimentos. No caso da mortalidade

materna, em 2002, as taxas declaradas eram de 26 parturientes que morriam a cada 100.000 nascidos vivos. Em 2010, os mesmos índices indicam um aumento das taxas declaradas para 29, a cada 100.000 nascidos vivos, o que ressalta a redução da mortalidade materno-infantil como um desafio para o país (PNUD, 2004; 2014)

iii) Quanto à cobertura vacinal, em 2002, eram 99% de crianças com menos de um ano imunizadas contra a tuberculose e 93% contra o sarampo. Em 2012, os índices de crianças até um ano não vacinadas contra tuberculose e sarampo eram de 2% e 4%, respectivamente (PNUD 2004; 2014).

iv) Acerca dos leitos hospitalares, em 2003, havia 19 unidades por 10.000 pessoas e, no período de 2006 a 2012, 25 leitos por 10.000 habitantes. Para os recursos humanos em saúde, de 1990 a 2003, a população contava com 387 médicos por 100.000 habitantes. No período de 2003 a 2012, são 37,4 profissionais médicos por 10.000 habitantes (OMS, 2005; 2014).

O sistema de saúde vigente no Uruguai é o *Sistema Nacional Integrado de Salud* (SNIS), implementado no país desde 2008, por meio da Lei de nº. 18.211. Tem como base três pilares: a) econômico-financeiro e administrativo; b) prestações e prestadores de serviços de saúde; e c) Modelo de Atenção Primária (APS). Ou seja, o SNIS define políticas, modelos de atenção à saúde e serviços sanitários de acordo com uma organização econômico-financeira e administrativa eficiente. O SNIS investe em Atenção Primária à Saúde (APS) para ampliar o acesso e a qualidade dos serviços prestados, assim como privilegia a atenção integral ao cidadão e o fortalecimento de um sistema nacional de informação e vigilância. Apresenta como princípios norteadores:

- a) Promoção da saúde com ênfase em determinantes sociais da saúde;
- b) Intersetorialidade;

- c) Cobertura universal, acessibilidade e sustentabilidade dos serviços de saúde;
- d) Equidade;
- e) Prevenção e humanismo;
- f) Qualidade da atenção integral com respeito à bioética e aos direitos humanos dos usuários;
- g) Participação social;
- h) Solidariedade;
- i) Eficácia e eficiência em termos econômicos e sociais; entre outros. (ISAGS, 2012, p. 731).

Merece destaque, dentre as competências dos Ministérios da Saúde citadas na Lei de criação do SNIS:

aprobar los programas de prestaciones integrales de salud que deberán brindar a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, y mantenerlos actualizados de conformidad con los avances científicos y la realidad epidemiológica de la población (Ley 18211, Artigo 5° apud ISAGS, 2012).

O sistema de saúde do país é misto, formado por um subsistema público organizado pela Administração de Serviços de Saúde do Estado (ASSE) e um subsistema privado a cargo das *Instituciones de Asistencia Médica Coletiva* (IAMC) (TOSERA, 2013).

A criação de hospitais de caridade, durante a colonização espanhola, deu início ao sistema de saúde no Uruguai. No século XIX, surgem as primeiras associações mutuais prestadoras de socorro a imigrantes que, com o tempo, estenderam o atendimento para a população em geral. Em fins do século XIX, surgiu a primeira organização mutual, a Associação Espanhola de Socorro Mútuo, agregando várias outras associações mutuais menores e ampliando serviços prestados. No mesmo período, antigos hospitais e obras de

caridade de comunidades religiosas são estatizados e originam os primeiros hospitais públicos.

O subsistema público de saúde constituiu-se com a Lei Orgânica da Saúde Pública, promulgada em 1934, e, também, com o *Ministerio de Salud Pública* (MSP) e o *Consejo Nacional de Higiene y la Asistencia Pública Nacional*. Em 1960, criaram-se os centros de saúde pública e, em 1987, a Administração de Serviços de Saúde do Estado (ASSE) definiu-se como prestadora pública que, junto ao Ministério da Saúde, focalizou a atenção à saúde da população vulnerável que não podia pagar as cotas exigidas pelas associações privadas e mutuais (*Instituciones de Asistencia Médica Coletiva*, IAMC). O subsetor público representado pela ASSE soma-se a outros prestadores, como o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, a *Sanidad de las Fuerzas Armadas*, a Sanidade Policial, o *Banco de Previsión Social*, o *Banco de Seguros del Estado* e os serviços médicos de cada um dos 19 departamentos.

Os programas de saúde coletiva realizam abordagens com base na bioética, nos direitos, no gênero e na gestão de riscos e danos, voltando-se para:

- a) Promoção e prevenção: controle de tabaco, nutrição, prevenção de acidentes;
- b) Saúde bucal, saúde mental, saúde rural;
- c) Saúde sexual e reprodutiva: programas de HIV/Aids, programa saúde da mulher, violência e saúde;
- d) Ciclos de vida: programas voltados para infância, adolescência e juventude, e saúde do adulto;
- e) Doenças crônicas prevalentes: programa nacional de câncer, hipertensão, diabetes etc. (OMSS, 2013; SOLLAZZO; BERTERRETICHE, 2011; ISAGS, 2012)

Já a formação do subsetor privado ganhou forças a partir de 1935, com a criação do *Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay* (CASMU)

que se uniu ao Seguro de Enfermedad de los Trabajadores Privados. Por volta de 1943, as sociedades mutualistas e outras organizações privadas de assistência médica juntaram-se a empresas comerciais e sociedades patronais de assistência à saúde, formando a atual representante do setor privado de assistência à saúde, as *Instituciones de Asistencia Médica Coletiva* (IAMC). Em 1975, surgiu a *Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad* (DISSE) que, junto a IAMC, administra contribuições sociais obrigatórias dos trabalhadores formais. A partir de 1984, incorporaram-se, também, os trabalhadores rurais e domésticos que quisessem se vincular a tal assistência. Hoje, o subsetor privado é representado pela prestadora privada IAMC, formada por um conjunto crescente de seguradoras e prestadoras de serviços consideradas organizações sem fins lucrativos, as quais figuram como cooperativas médicas. Existe, ainda, um setor de seguros privados que assiste a 5% da população de maior poder aquisitivo (OMSS, 2013; SOLLAZZO; BERTERRETICHE, 2011).

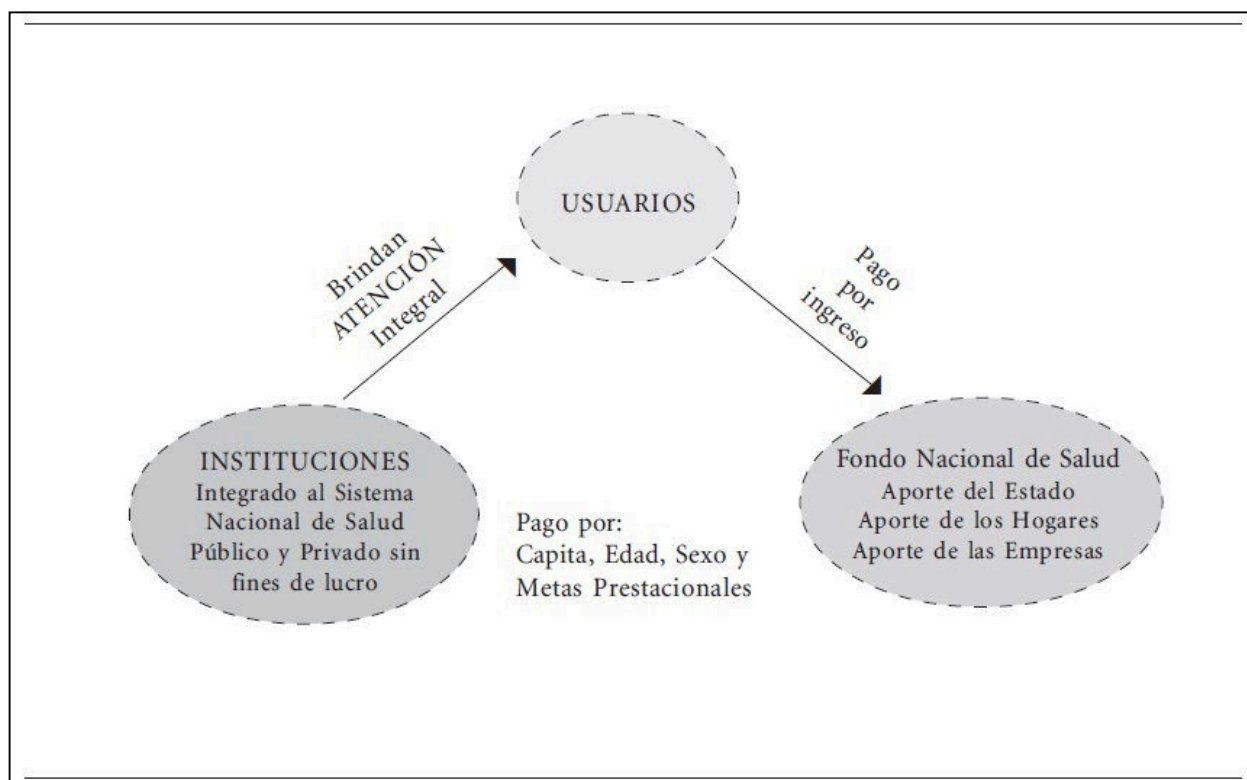
Desde 1979, o Fundo Nacional de Recursos (FNR), órgão público não-estatal, financia a formação de Institutos de Medicina Altamente Especializados (IMAE), para oferecer uma espécie de resseguro para procedimentos considerados de alto custo.

Diante do resultado das eleições diretas de 2004, o governo da coalizão de esquerda *Frente Amplio* passou a implementar a reforma sanitária para modificar modelos de gestão e financiamento do sistema de saúde. Leis e decretos subsidiaram a criação do Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS) e do Seguro Nacional de Saúde (SNS), ampliando termos de universalidade e justiça distributiva para a sustentação do sistema. O Ministério da Saúde Pública reforçou a condução de funções importantes, como elaborar, organizar e controlar o funcionamento do sistema, além de registrar e habilitar os prestadores de serviços de saúde no país. O financiamento do sistema ficou a cargo do Fundo Nacional de Saúde (FONASA) que reúne verbas de seguridade social provenientes de fontes estatais, das empresas e de beneficiários do SNIS. O FONASA é administrado por uma Junta Nacional de Saúde (JUNASA) que se responsabiliza pela referência e contra referência entre os níveis de atenção oferecidos, bem como coordena serviços públicos e privados de saúde. A JUNASA é formada por usuários, trabalhadores da saúde

e prestadores de assistência e compra de serviços de prestadoras, públicas ou privadas; o usuário escolhe o prestador que preferir. O prestador, por sua vez, oferece cobertura integral por meio de opções básicas de serviços. Há, ainda, a possibilidade de o usuário optar pelo prestador público, da ASSE, como prestador integral.

A Constituição do Uruguai não garante a saúde como um direito. O SNIS articula prestadores integrais públicos e privados que asseguram uma cobertura universal e atenção integral à saúde por meio da incorporação progressiva de grupos populacionais ao sistema. O Estado assume a assistência gratuita aos indigentes e desprovidos de recursos. A cobertura oferecida pelo SNIS é do tipo progressiva, já que incorpora diferentes e novos grupos, abarca funcionários públicos sem cobertura, trabalhadores formais e seus dependentes até 18 anos, desempregados, cônjuges dos trabalhadores etc. Em 2011, 96% da população possuíam cobertura por algum tipo de seguro de saúde integral. A Figura 4, abaixo, demonstra a conformação do sistema que apresenta o custo da saúde ajustado por idade e sexo (SOLLAZZO; BERTERRETICHE, 2011; PEREIRA *et al.*, 2012; ISAGS, 2012).

Figura 4: A conformação do Seguro Nacional de Saúde no Uruguai



Fonte: OLESKER, GONZÁLEZ *apud* SOLLAZZO; BERTERRETICHE, 2011, p. 2831.

Para o SNIS, a Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia de caráter político que reorganiza a saúde, segue os compromissos de Alma-Ata no sentido de prover cobertura universal capaz de responder às diferentes necessidades da população e de estabelecer vínculos sociais de confiança entre profissionais e usuários. Destaca-se, também, a ênfase na intersectorialidade e no enfrentamento dos determinantes sociais quanto às concepções de APS adotadas pelo SNIS.

A ASSE é a prestadora pública responsável pela realização da APS em centros de saúde; e o IAMC, prestador privado sem fins lucrativos, propõe-se a realizar a APS em clínicas particulares, vinculadas ao grupo. Na capital uruguaia, Montevideu, a ASSE conta com uma Rede de Atenção de Primeiro Nível (RAP), com 12 centros de saúde, 32 policlínicas e 70 consultórios. No interior, a organização dos serviços de APS ainda não está estruturada, porém, há centros de saúde, policlínicas e consultórios que cobrem esse tipo de assistência.

No âmbito da IAMC, os serviços de APS contemplam 41 ambulatórios em todo o território. A equipe de APS é composta pelos seguintes profissionais:

médicos de família, enfermeiros, médicos generalistas, médicos pediatras, médicos ginecologistas, auxiliares de enfermagem e odontólogos. A meta do SNIS, em termos de cobertura, é que o cidadão uruguaio priorize, inicialmente, a APS como porta de entrada para os três níveis de atenção que compõem o sistema de saúde como um todo, e, a partir daí, tenha acesso ao acompanhamento de um médico de referência que fará o monitoramento longitudinal e individual do usuário no sistema de saúde como um todo (PEREIRA *et al.*, 2012).

No que tange à participação social no processo de formulação das políticas de saúde, o Ministério da Saúde Pública criou: Conselhos Consultivos; Comissões de monitoramento da FONASA, formadas por trabalhadores e por empresários; e comissões da JUNASA, compostas por usuários, por trabalhadores e por representantes do setor. Criou-se, também, uma cartilha para o cidadão, com a finalidade de esclarecer as seguintes questões: filiação, benefícios do seguro nacional de saúde, acesso aos serviços, cobertura, participação, história clínica, enfim, sobre direitos e deveres dos pacientes e usuários. Em outros termos, a participação social institucionalizou-se no SNIS para facilitar a interferência da população nas decisões sobre a assistência à saúde (OMSS, 2013).

O SNIS oferece um conjunto de programas listados em um catálogo nacional dirigido a grupos populacionais, por ciclo de vida (crianças, adolescentes, adultos, idosos etc.). É o *Plan Integral de Atención en Salud (PIAS)* que, desde 2008, define modalidades de serviços de internação e atenção ambulatorial, estabelece especialidades médicas e enumera procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação obrigatórios, bem como determina prazos máximos de espera, como, por exemplo, 24h para serviços de atenção ambulatorial e 48h para consultas de medicina geral, pediatria e ginecologia.

Até os anos 2005, o país viveu um período de forte empobrecimento, desemprego e concentração de riquezas. Para abordar a questão social, o governo uruguaio criou o Ministério do Desenvolvimento Social que priorizou a intersectorialidade para tratar dos determinantes sociais da saúde. A defesa dos direitos sociais se intensificou com ações destinadas à garantia da segurança alimentar, educação, saúde, meio ambiente, seguridade social, trabalho, não

discriminação, entre outras perspectivas. Foram viabilizados espaços de articulação entre ministérios e organismos públicos do setor social, como aqueles coordenados pelo Conselho Nacional de Políticas Sociais, integrado por subsecretários dos órgãos que compõem o Gabinete Social e outros organismos descentralizados, como a Administração de Serviços de Saúde do Estado (ASSE), Administração Nacional de Educação Pública (ANEP), Instituto de Crianças e Adolescentes do Uruguai (INAU) etc.

O Conselho Nacional de Políticas Sociais acompanha desde 2006, por exemplo, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que serão discutidos em seguida, com intuito de verificar a evolução das políticas que integram o Plano de Equidade⁴⁷. Ou seja, as intervenções em torno dos problemas sociais⁴⁸ estão ligadas à Rede de Assistência e Integração Social, que reúne representantes de diversos ministérios para levar ao poder Executivo propostas que integrem estratégias de ação conjunta em relação às políticas sociais universais de caráter estrutural, voltadas, em especial, para grupos que vivem em situação pobreza, e que englobem, especificamente, reformas da saúde (PEREIRA *et al.*, 2012; ISAGS, 2012).

Em termos de amamentação materna, são seguidas as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), no sentido de estimular a alimentação dos bebês, exclusivamente, com leite materno, no mínimo, até os seis meses de vida. Em 2009, foi aprovada a Norma Nacional de Lactância Materna do Uruguai, a qual envolve alguns segmentos da sociedade, como família e empresas, a fim de assegurar às mães o direito de amamentar. Todos os estabelecimentos de saúde do SNIS e seus profissionais são estruturados e capacitados para cumprir a norma de lactância. As práticas solidárias também são difundidas, para viabilizar bancos de leite humano, disponibilizados às mães que não podem amamentar seus filhos.

⁴⁷ O Plano de Equidade foi uma importante iniciativa do governo uruguaio, aprovado em 2007, para revisar esquemas de proteção social, a fim de reduzir a extrema pobreza, a partir da garantia de direitos humanos. O Plano inclui programas voltados para alimentação e saúde, com ações socioeducativas e capacidade de atender as demandas sociais de diferentes segmentos e grupos (ISAGS, 2012).

⁴⁸ Merecem destaque, ainda, informações sobre a pobreza nos departamentos do país. Em 2008, a cidade de Artigas alcançou maior índice de pobreza com 33,8%, e a de Treinta y Tres com 27,2% (ISAGS, 2012).

Ainda em torno da saúde da mulher, merece destaque a descriminalização do aborto até o primeiro trimestre de gestação. Desde 2012, as mulheres uruguaias que optarem pela prática abortiva, nesse período de gestação, serão ouvidas por um comitê formado por ginecologistas, psicólogos e assistentes sociais, que informarão sobre os riscos e as alternativas possíveis. A aprovação da lei de descriminalização do aborto visa evitar os procedimentos clandestinos e inseguros. Há, ainda, a Lei de nº. 18.426/ 2008 de Defesa do Direito a Saúde Sexual e Reprodutiva, que assegura acesso universal a serviços de saúde sexual e reprodutiva de forma integral e interdisciplinar (PAHO, 2015a).

Entre as doenças transmissíveis, o país registrou casos de dengue no litoral oeste e na capital, no ano de 2010, enquanto o índice de doença de Chagas é muito inexpressivo, desde 1997, e não há notificação de Leishmaniasis humana, no período 2006–2010. Estes são dados que sugerem uma boa cobertura sanitária, com planos universais de vacinação, coordenação em rede das políticas e ações articuladas entre setores. Além disso, as intervenções nacionais do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) apresentam, desde 2011, através do Centro Nacional de Enlace para o RSI, detecção e resposta rápidas ao desenvolvimento de doenças, especialmente, as transmissíveis (PAHO, 2014b; ISAGS, 2012).

As enfermidades crônicas não-transmissíveis (ECNT) preocupam por causarem adoecimento e morte. Em 2008, o índice de doenças foi de 79,45%, sendo 30,55% de enfermidades cardiovasculares, 24,83% de neoplasias, 9,21% de enfermidades do sistema respiratório e 6,62% de causas externas. As ações em saúde do governo uruguaio buscam prevenir tais doenças através do Programa de Prevenção de Enfermidades Crônicas Não-Transmissíveis, que se volta tanto para mudanças de hábitos de vida, quanto para o enfretamento de disparidades sociais (PAHO, 2014b).

Os casos de diferentes tipos de violência de gênero, doméstica, entre outros, apresentam-se cada vez mais frequentes no país, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A cada ano são denunciadas em torno de 75 novas situações de violência; passavam de 12.450 os casos de violência doméstica, em 2008, e 15.277 em 2010. Diante desse quadro, foi implementado o Programa de Violência e Saúde, em 2009, constituído por 72

equipes que atuam em instituições públicas e privadas, no sentido de indagar sobre rotina de violência doméstica e história clínica, para, posteriormente oferecer aconselhamento. As denúncias aumentaram com o surgimento das delegacias da mulher e por influência dos debates ocorridos nas convenções mundiais, como, por exemplo, dentre as mais importantes: a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965), ratificada, no Uruguai, em 1969; Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW, 1979), apoiada desde 1981; e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará, 1994), acordada em 1996. O país aprovou, também, em 2002, a Lei de Violência Doméstica, um marco histórico para o reconhecimento de direitos humanos das mulheres, que contou com o apoio das políticas públicas (PAHO, 2014a; ONU MULHERES, 2011).

Apesar das conquistas que o SNIS alcançou no Uruguai, alguns desafios são apontados por especialistas, destacando-se os seguintes: avançar em termos de atenção primária, principalmente diante das desiguais condições de vida e de saúde entre os meios rural e urbano; ampliar a universalização do acesso; superar o enfoque curativo e assistencialista; enfrentar a situação de múltiplos empregos dos profissionais de saúde, o que interfere na qualidade da atenção; e melhorar a administração dos recursos humanos, distribuindo-os nos territórios com maior eficiência (TOSERA, 2013; SOLLAZZO; BERTERRETICHE, 2011).

No entanto, merecem ser evidenciados avanços em torno do desenvolvimento humano, a partir do cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio que, ao serem praticamente atingidos, proporcionaram melhores condições de vida e de saúde à população. Justificam-se tais resultados o fato de o país ter se inserido no Mercosul, o que o permitiu se recuperar de períodos de crise social e ter apoio regional para manter uma boa qualidade de vida da população. A seguir, são apresentados alguns dados acerca do desenvolvimento humano, segundo *United Nations Statistics* (2013 *apud* IBGE, 2015):

- 1) Meta 1: Erradicação da extrema pobreza e da fome – em torno desse objetivo, encontra-se o menor percentual entre os países estudados, já que apenas 0,2% da população vivia com menos de um dólar por dia, em 2010.
- 2) Meta 2: Universalização da educação básica – 94,7% dos alunos que iniciam o 1º ano atingiram o 5º ano, em 2009.
- 3) Meta 3: Igualdade entre sexos e autonomia das mulheres – 13,1% é a proporção de mulheres exercendo mandato no parlamento nacional, em 2014.
- 4) Meta 4: Redução da mortalidade infantil com menos de 5 anos de idade – morreram 10,3 crianças a cada mil nascidos vivos, em 2011.
- 5) Meta 5: Proporção de partos assistidos por profissional de saúde qualificado – 99,7% dos partos foram acompanhados por profissionais de saúde, em 2009.
- 6) Meta 6: Combate ao HIV/Aids, malária e outras doenças – em relação à tuberculose, 85% dos casos foram tratados e curados, em 2011.
- 7) Meta 7: Incorporar princípios do desenvolvimento sustentável nas políticas públicas nacionais – 98% é a proporção da população rural que tinha acesso tanto a melhores condições de saneamento, quanto a uma fonte de água tratada, em 2011.
- 8) Meta 8: Desenvolver sistema comercial e financeiro – 29,81 pessoas, a cada 100 habitantes, possuíam linha telefônica, em 2012.

O cumprimento das metas dos ODM no Uruguai iniciou um campo de trabalho na área da saúde relacionado aos determinantes estruturais e sociais da questão, com possibilidades de conciliar o reconhecimento de direitos universais e a distribuição de oportunidades. A partir do Mercosul, os acordos

firmados no âmbito internacional são adaptados à realidade nacional, com ênfase para o enfrentamento de problemas persistentes, como as desigualdades, crises sociais, o autoritarismo, entre outros.

Mesmo os países menores do Bloco obtiveram bons resultados sociais ao buscarem os ODM. Tais Objetivos demonstraram a essencialidade de suas metas para a conquista da justiça social. A promoção da saúde, por exemplo, é abordada em duas medidas fundamentais: o empoderamento da população e a participação popular. O SNIS traz para o Bloco regional reformas viáveis centradas em instituições públicas que assumem a coordenação dos serviços de saúde, como ocorreu com a Administração de Serviços de Saúde do Estado (ASSE).

A cooperação em saúde, a partir do Mercosul, também foi estratégica para intensificar a inserção do Uruguai na articulação regional de projetos comuns de saúde, especialmente, para as regiões de fronteiras. As práticas cooperativas revelam construções conjuntas de novas concepções de saúde que fomentam convergências, além das abordagens apenas sanitárias. A saúde regionalizou-se, consolidando o vínculo com a cidadania e com a proteção social. A universalização e a equidade passam a ser princípios centrais para reestruturar a organização de serviços desse setor, inicialmente, a partir das condições de recepção do usuário ao sistema de saúde, o que exige uma releitura das necessidades em saúde da população (TEIXEIRA, 2006).

Para ampliar o acesso às ações em saúde, investimentos em Atenção Primária à Saúde (APS) constituíram um marco, para os países do Mercosul, em termos de enfrentamento das tradicionais formas de exclusão aos recursos sociais básicos, como afirmou o coordenador do Observatório Mercosul de Sistemas de Saúde, em dezembro de 2014.

A saúde no Uruguai foi golpeada pelas mutualistas, porém, em 2007, o sistema de saúde foi reformado, sendo almejada a cobertura integral e aos poucos universal. O país tem uma base estatal muito forte e o governo hoje dita regras que os prestadores da assistência à saúde têm que cumprir. Além disso, há um avanço em termos de definições para a política de saúde. Antes, cada país pensava sua política de saúde sozinho e voltado para dentro da sua realidade. Hoje, convive-se com uma forma diferente de se pensar a saúde, junto com os vizinhos e que não são mais inimigos (Entrevista n°17).

As políticas de saúde com caráter distributivo concretizam o exercício do direito à saúde de qualquer cidadão, e o desenvolvimento humano é impulsionado por meio da integração regional, com ênfase na justiça social. Entre os países estudados, o Uruguai se destaca na condução da reforma na área de saúde, por priorizar a intersetorialidade e a participação social, com vistas a universalizar, progressivamente, o acesso aos serviços dessa natureza. A experiência acumulada, a partir de tais mudanças, é difundida entre os EEPP para consolidar a inserção do Mercosul no regime mundial de proteção aos direitos humanos em saúde. Tem-se a perspectiva de reestruturar politicamente a região, viabilizando condições autônomas de decisões regionais, baseadas na união de soberanias nacionais e na capacidade do Bloco de gerir o distributivismo (MILANI; LANIADO, 2006).

A análise das realidades em saúde dos países do Mercosul revela que as metas para as políticas públicas, em torno da promoção da saúde, transcendem dimensões e capacidades nacionais. As melhorias em indicadores sociais dos anos recentes foram potencializadas pela integração regional e indicam condições de vida mais razoáveis para as populações dos países estudados, com destaque para o Uruguai que apresentou os índices sociais de maior evidência. O regionalismo definiu, nos últimos anos, uma agenda política estratégica comum, entre Argentina, Brasil e Uruguai, de enfrentamento de injustiças, reconhecimento de direitos e redistribuição de recursos sociais, com perspectivas de incremento da produção conjunta de bens e de conhecimentos, além das possibilidades de condições cotidianas mais dignas de vida, principalmente, para as populações mais vulneráveis.

4.4 Interação e diálogo sobre saúde entre Argentina, Brasil e Uruguai

As políticas de saúde da Argentina, do Brasil e do Uruguai estudadas neste capítulo são marcadas por diferentes formas de organização de seus sistemas de serviços e práticas, as quais, no entanto, acenam com perspectivas convergentes de proteção social. A partir dos anos 2000, os três países viveram mudanças políticas importantes relacionadas à proteção social, o que demandou a efetivação de princípios de universalização, integralidade e

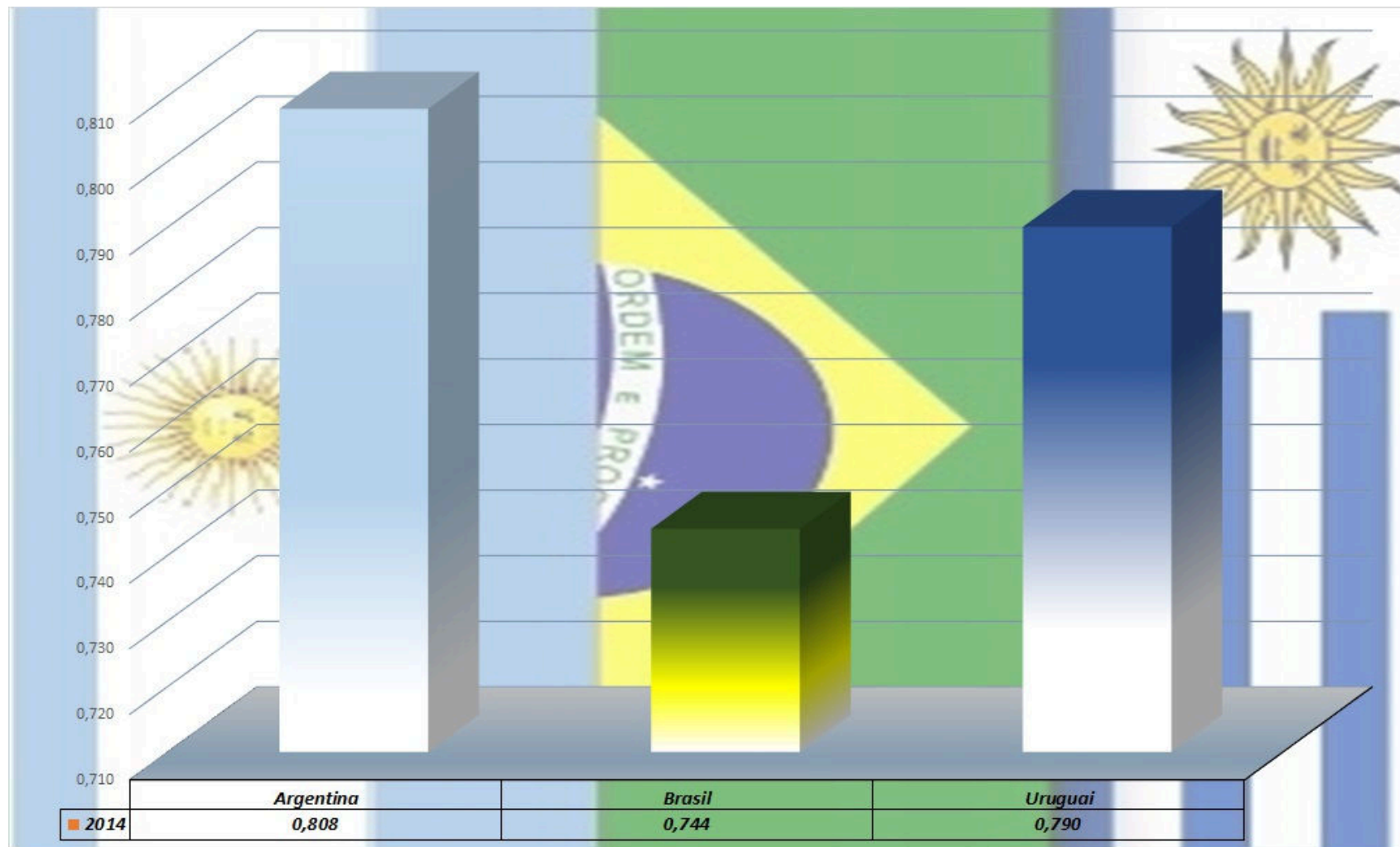
equidade. As pesquisas bibliográfica e documental deste estudo indicaram avanços nas variáveis sociais e de saúde, ocorridas nos últimos dez anos, em países do Mercosul, decorrentes do enfraquecimento do receituário neoliberal. Como lembram Pereira *et al.* (2012), esse enfraquecimento gerou o esgotamento das tradicionais tendências políticas da América Latina e a ascensão ao poder da chamada nova esquerda progressista, que reorganizou e trouxe novas concepções de política para a região, baseadas na defesa dos princípios antes enunciados. A democracia teve a possibilidade de se revigorar e se qualificou na região diante dos progressos sociais pautados no desenvolvimento humano, defendidos pela própria expansão da globalização com vistas à sua reprodução (CERVO, 2002 *apud* SATO, 2014).

A comunidade internacional intensifica a realização de fóruns com participação civil, para debater a viabilização de políticas sociais inclusivas em todo o mundo, tendo como resultado a elaboração de recomendações. Estas passam a ser seguidas como uma obrigação, por partes dos países, a fim de assegurar-lhes de sua inserção, segurança e confiabilidade nas relações internacionais. Os esquemas de proteção social se tornaram globais e complexos, por representarem tentativas de respostas às demandas subjetivas e materiais das populações plurais, e por necessitarem de adaptações às realidades nacionais e regionais. É o que ocorre com o Mercosul, que atende, ao mesmo tempo, às especificidades dos países que o compõem e fortalece-os reciprocamente, a partir de afinidades regionais, para resistirem às pressões comerciais externas.

No momento atual da globalização, o projeto integracionista do Mercosul se revigorou com a institucionalização da dimensão social e de suas abordagens acerca do bem-estar e do reconhecimento dos direitos humanos. É possível afirmar que os países do Bloco se esforçam para harmonizar conquistas e superar desafios que permitam almejar a concretização de uma cidadania regional, fruto da articulação entre atores diversos, da construção de uma nova identidade coletiva e do amadurecimento da interdependência.

De um modo geral, Argentina, Brasil e Uruguai melhoraram seus índices de desenvolvimento humano (IDH), como pode ser observado no Gráfico 5, abaixo:

Gráfico 5: Índice de desenvolvimento humano - Comparativo – 2014

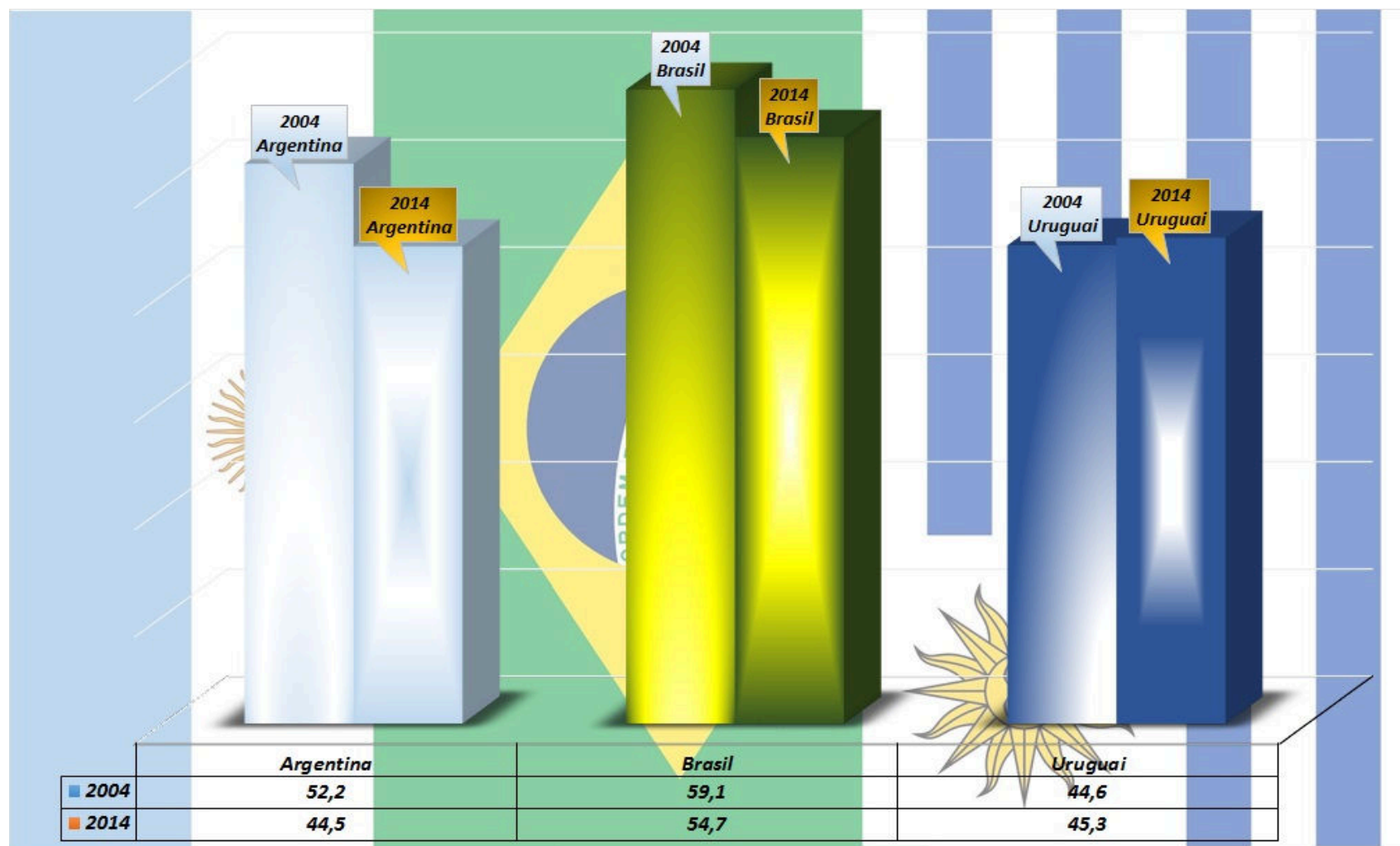


Fonte: Elaborado pela autora com base no relatório PNUD 2014.

A Argentina foi o país que alcançou o mais alto nível de desenvolvimento humano, sendo seguido pelo Uruguai, que se manteve estável em torno da questão e, proporcionalmente, acompanhou o progresso argentino. O Brasil melhorou seu índice, mas, ainda, se distancia dos parceiros.

A comparação entre os índices de Gini dos três países estudados revelam, também, esforços conjuntos para enfrentar um problema estrutural da região, que vem se agravando recentemente. O Gráfico 6, abaixo, apresenta os dados que indicam as reduções em torno das desigualdades, no período de 2004 a 2014.

Gráfico 6: Medidas de Desigualdades

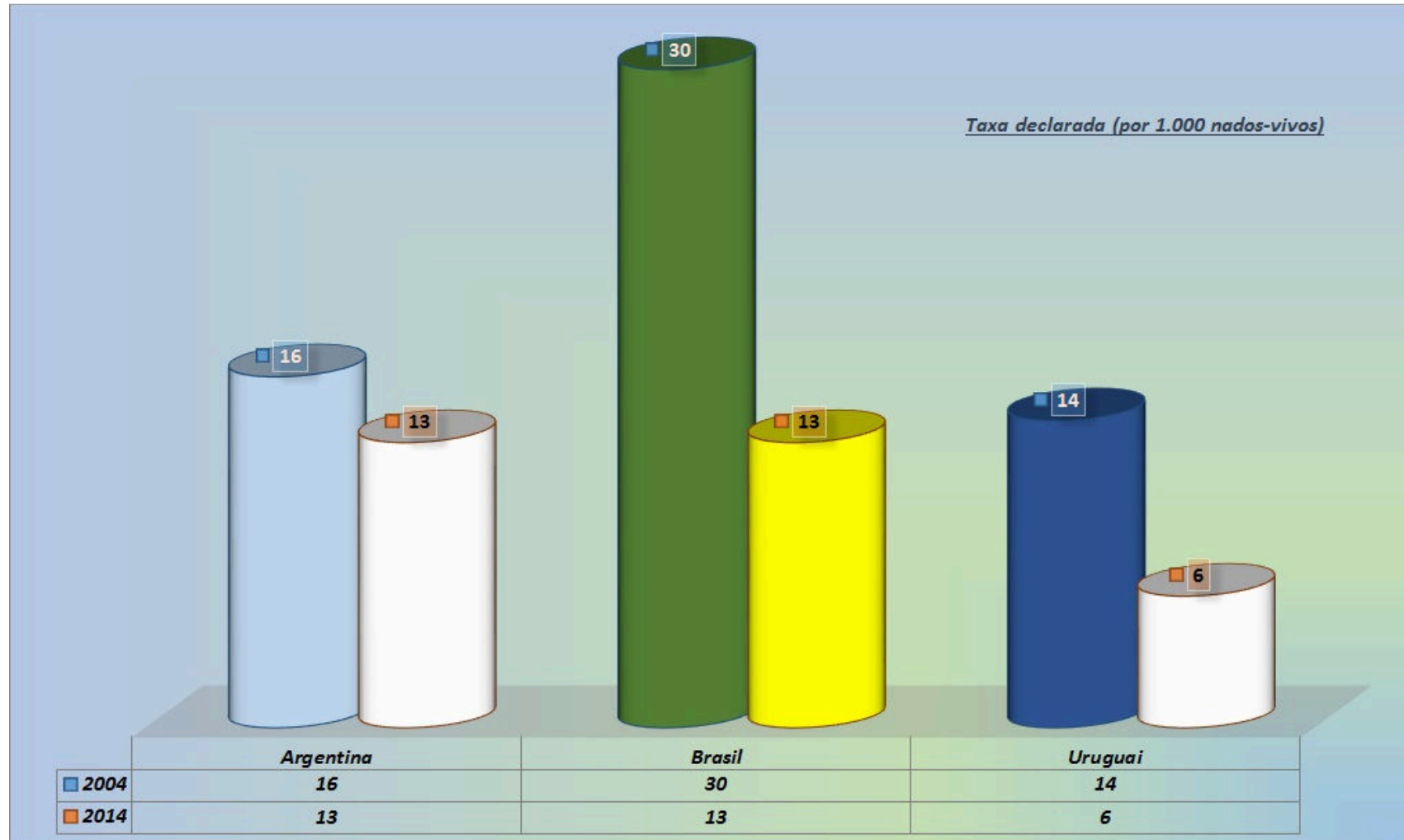


Fonte: Elaborado pela autora com base nos relatórios PNUD, 2004, 2014.

A Argentina liderou a redução de distâncias sociais entre seus vizinhos. O Brasil acompanhou a tendência, apesar do enfretamento das desigualdades ser uma novidade num país que, durante muitos anos, conviveu com governos que pareciam não ter interesse em combatê-las, mas, sim, em acumular riquezas nas mãos de poucas pessoas. Já o Uruguai evidenciou uma discreta elevação das desigualdades, provavelmente, fruto das últimas crises neoliberais que geraram aumento da inflação, recessão, desemprego, miséria, entre outros problemas.

Em termos de saúde, com a meta conjunta de alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), destacam-se as reduções de morte infantil, nos países aqui estudados, como o Gráfico 7, a seguir, revela.

Gráfico 7: Mortalidade Infantil Comparada

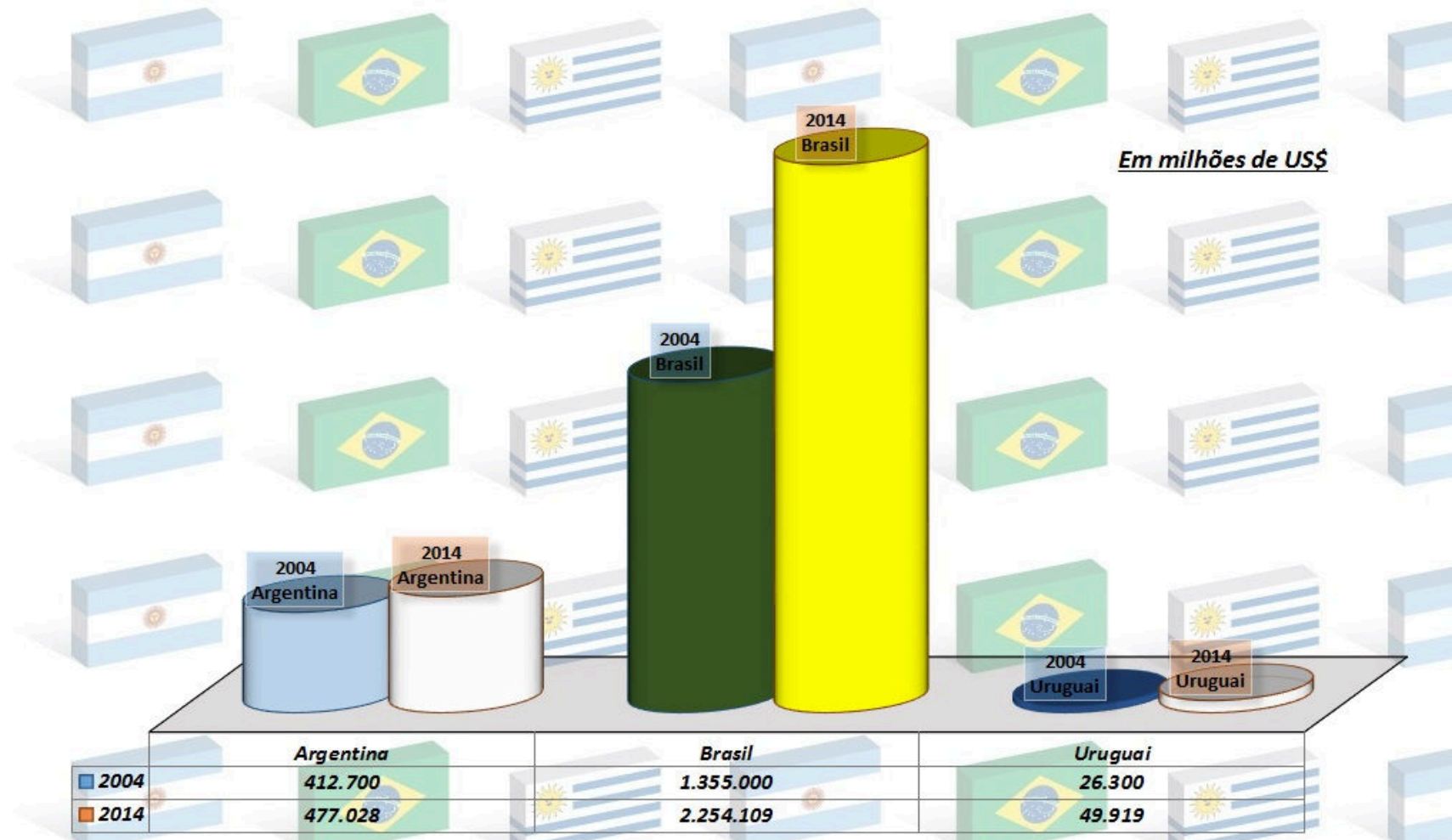


Fonte: Elaborado pela autora com base nos relatórios PNUD, 2004, 2014.

O Brasil se destaca no item de redução da mortalidade infantil, diante, principalmente, dos esforços empreendidos em torno da erradicação da pobreza e da fome. O governo do Uruguai, também, melhorou a saúde da criança, com índices que revelam o compromisso assumido pelo país com a defesa dos direitos humanos, especialmente.

O crescimento econômico está em expansão nos três países, e uma hipótese que explica o fato é a de que a intensificação do livre comércio intrabloco reduziu taxas e melhorou as condições de produção e de negociação, tanto interna quanto externamente, como pode ser constatado no Gráfico 8, abaixo.

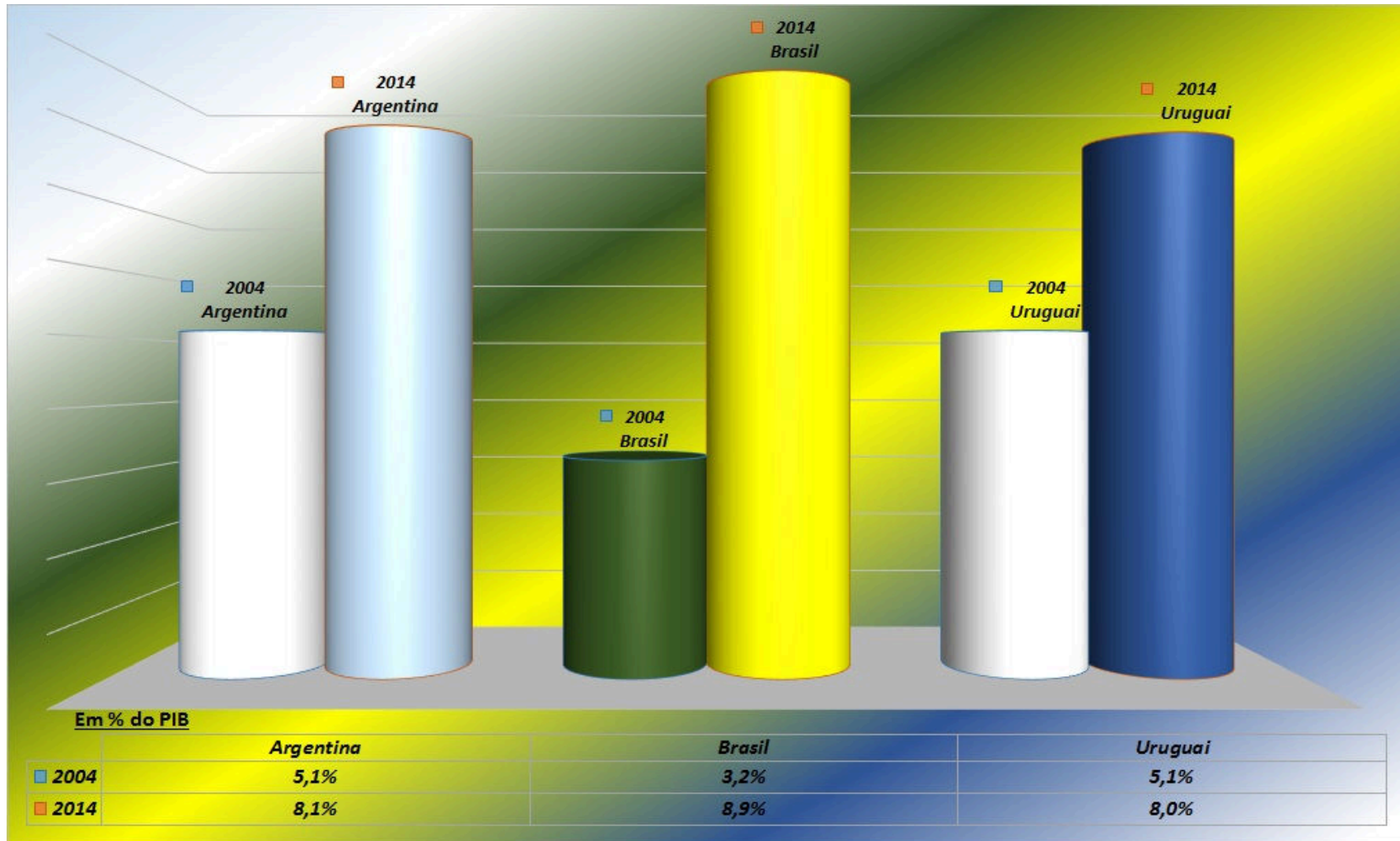
Gráfico 8: PIB Comparado



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do IBGE (2015) e nos relatórios PNUD (2004, 2014).

O Brasil se destaca como líder regional com crescimento expressivo das negociações comerciais, principalmente, com terceiros. O Gráfico 9, a seguir, demonstra gastos públicos em saúde.

Gráfico 9: Gastos em Saúde



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do IBGE (2015) e nos relatórios PNUD (2004, 2014).

Na Argentina, Brasil e Uruguai cresceram os investimentos públicos em saúde, praticamente, na mesma proporção com pequena diferença para mais no Brasil.

Os dados comparativos destacados anteriormente delineiam um contexto favorável à institucionalização do direito à saúde, acompanhada pela estruturação de serviços de mais qualidade. Podem-se destacar iniciativas, nesse sentido, a partir dos princípios norteadores dos sistemas que revelam diferentes concepções de saúde. Na Argentina, predomina a ênfase nos direitos humanos e na equidade; no Brasil, a saúde associa-se às questões políticas em torno da universalidade, da participação social e da descentralização; e no Uruguai, a saúde é focada como um bem público, permeado por questões éticas, indispensável à justiça social e ao projeto de integração regional. Destacam-se, nas abordagens dos três países, os resultados das práticas de cooperação em saúde desempenhadas pelos Ministérios da Saúde, por proporcionarem integração entre institutos de pesquisa, com maiores possibilidades de investimentos e troca de conhecimentos. Dá-se ênfase, também, à difusão da solidariedade que une as práticas cooperativas entre os países estudados, possibilitando apoio mútuo, em especial, oferecendo retaguarda para os menores.

O reconhecimento da igualdade social é favorecido por planos e programas que se organizam com base nos direitos humanos relacionados à própria saúde, às mulheres, às crianças e aos idosos; para que sejam estruturadas condições viáveis de usufruto das garantias legais. Destacam-se as ações que contribuem com o desenvolvimento do autorrespeito, da autoestima e da autoconfiança, defendidas por Honneth (2003) em suas teorias, na medida em que vínculos afetivos são almejados nos programas de estímulo à amamentação e à proximidade com as referências territoriais e culturais das comunidades, com relações mais humanizadas entre equipes de saúde e usuários dos serviços, entre outros aspectos que serão solidificados com a integração dos sujeitos sociais à sociedade.

Os atuais governos da Argentina, do Brasil e do Uruguai evidenciam os direitos políticos e sociais que passam a compor agendas de saúde, incluindo o reforço de normas e legislações que possibilitem institucionalidades renovadas para as políticas públicas de saúde, baseadas na intersectorialidade, na

interdisciplinaridade e nos determinantes sociais da saúde. Como os indivíduos necessitam da proteção legal e moral para assegurar o acesso à saúde, os países do Mercosul estudados procuram responder às exigências da vida digna, atribuindo ao Estado a responsabilidade pública de garantir direitos fundamentais, por meio de leis, instituições e abordagens subjetivas. Assim, o cumprimento de deveres torna-se, igualmente, importante para o uso fruto das liberdades. O Mercosul une iniciativas para reforçar suas instituições sociais baseadas na defesa da igualdade de oportunidades e da tolerância com as diferenças culturais. Na área de saúde, conforma-se um espaço institucional próprio que assegura aos sistemas de saúde a formação de redes de serviços organizados e articulados, distintos dos formatos anteriores que executavam a mera administração de clínicas, hospitais, ambulatórios (FRASER, 2002; SATO, 2014; OMSS, 2013).

Em entrevista com diretor do Mestrado em Epidemiologia, Gestão e Políticas de Saúde da Argentina, em maio de 2014, foi destacado que uma das principais potencialidades da integração no Mercosul é a reorganização das instituições sociais comprometidas com a realização da justiça social, tendo como ponto de partida as referências latino-americanas para conduzir e formular planos de sistemas de saúde universais e integrais, de acordo com as necessidades da população dessa região.

Encuentro en el desarrollo y consolidación del movimiento de Salud Colectiva Latinoamericano, una de las contribuciones más consistentes a fin de fortalecer la integración regional orientando sus políticas socio-sanitarias hacia la integralidad y universalidad. No obstante esto, creo que a un resta mucho por avanzar en lo que hace a la integración del sector salud con los demás sectores – a nivel nacional y regional - a fin de poder trabajar articulada y eficazmente sobre la determinación estructural, social, cultural y ambiental de la salud y la enfermedad (Entrevista n° 10).

Outro aspecto destacado, no trecho da entrevista acima, como fundamental para as reformas nos sistemas de saúde, é a participação social, que modificou a elaboração e implementação de sistemas de saúde da Argentina, do Brasil e do Uruguai. A incorporação dos projetos dos movimentos sociais de reforma sanitária, hoje, é clara, o que difere do passado, quando essas manifestações eram abafadas pelo autoritarismo das ditaduras militares pelas quais os três países passaram (Argentina 1976-1983; Brasil 1964-1984;

Uruguai 1973-1985). Recentemente, leis e decretos constitucionais⁴⁹ ligados à saúde foram reformulados e ganharam novos contornos, para que esse bem seja reconhecido como um direito de cidadania e prioridade para o bem-estar das nações.

Os sistemas de saúde reorganizaram-se, em todo mundo, em torno do eixo orientador da Atenção Primária à Saúde (APS), com foco na saúde das famílias e das comunidades, e seguindo as recomendações da OMS/OPAS, como as que constam no documento *Renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas*. Esse documento retoma os compromissos pactuados na Declaração de Alma-Ata de repensar a equidade praticada a partir dos sistemas de saúde. Porém, muitos desafios se apresentam aos três países, no sentido da adesão aos pactos internacionais, como o do relançamento da APS proposto pela OMS/OPAS, devido à necessidade de reorganização dos sistemas de saúde, com ampliação do financiamento; à falta de atenção ao âmbito rural e ao interior dos países; e às dificuldades de consolidação de hábitos de prevenção e da confiança nas ações públicas e primárias de saúde. Ademais, os resultados atuais dos serviços de saúde demonstram a necessidade de uma maior ênfase aos determinantes sociais na formação dos profissionais da APS, com o estabelecimento de vínculos com as comunidades, de melhores condições de trabalho para os profissionais da saúde, entre outros aspectos. Além disso, os sistemas de saúde analisados apontam três níveis organizacionais de serviços: o primeiro é a APS; o segundo é o nível de serviços de apoio diagnóstico; e o terceiro, o de hospitalização; os quais necessitam de articulação entre eles, para que as demandas da população sejam resolvidas com respeito à dignidade (PEREIRA *et al.*, 2012; TEIXEIRA, 2006).

Os sistemas de saúde do Brasil e do Uruguai destacam-se pelas iniciativas universalizantes, de descentralização e participação social, fatores fundamentais para democratizar a saúde; o que, para a Argentina, ainda encontra-se pouco estruturado, quando se constatam a associação feita entre

⁴⁹ A Constituição Federal do Brasil de 1988 assegura a saúde como um direito constitucional; o Protocolo de San Salvador ratificado pela Argentina, também em 1988, amplia o direito à saúde como um bem público; e a lei para criar o Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS) de 2007, no Uruguai, estabelece a saúde como direito universal (OMSS, 2013).

saúde e consumo, assim como a lenta institucionalização da participação social no processo e no acompanhamento da sociedade em torno do planejamento, monitoramento e resultados das políticas de saúde. As propostas de instituições supranacionais do Mercosul, para área da saúde, são promissoras no que tange, especialmente, à difusão de redes de compromisso, valores, bases de confiança e legitimidade e boas e competentes regras de ação, tendo a mobilização social como parte indispensável de uma sólida mudança institucional.

Nos países estudados, a transição do modelo de seguro social para o de seguridade ainda não está conclusa, mostrando sistemas de saúde segmentados e, às vezes, contraditórios em alguns aspectos. Na Argentina, o sistema de saúde é formado por três subsistemas que não se integram. No Uruguai, ainda é forte a influência das organizações mútuas na política de saúde. E, no Brasil, o subsetor privado, ao invés de atuar no âmbito suplementar, na prática, assume a complementaridade do subsistema público.

Os países do Mercosul dão os primeiros passos em termos de formação de um sistema regional de proteção social em saúde, baseado em determinantes sociais da saúde e em direitos humanos. As políticas de saúde almejadas visam a obter efeitos distributivos relacionados ao desenvolvimento econômico e à justiça social. Medidas já iniciaram o reconhecimento de garantias importantes na área, como: descriminalização do aborto e regulação do uso da maconha (Uruguai); a ampliação da vigilância em saúde e medidas de prevenção à violência (Brasil); e defesa dos direitos humanos em saúde e das liberdades fundamentais (Argentina). No geral, são diretrizes regionais que orientam normas e leis de implementação das políticas de saúde em nível nacional, as quais podem ser entendidas como conquistas, com vistas a reforçar valores cívicos e a solidariedade, permitindo a inclusão social. Como destacam Ferreira e Castro (2010), uma das principais metas em termos de políticas de saúde para o Mercosul é garantir ao cidadão o acesso aos serviços de saúde em qualquer EEPP, de forma que não existam barreiras à livre circulação.

Capítulo 5: As experiências bem-sucedidas dos fóruns em saúde no Mercosul: cooperação internacional e as iniciativas supranacionais

Os países do Mercosul estabeleceram a convergência das políticas sociais nacionais como condição essencial para aprofundar a governança regional em saúde. As relações intrabloco voltam-se para o reconhecimento do direito à saúde, retomando vínculos de confiança recíproca e solidariedade entre governos e sociedade. Num cenário de redimensionamento do Mercosul e de reafirmação do compromisso com a democracia, as políticas de saúde, hoje, incorporam as demandas das lutas sociais contra injustiças, favorecendo os sentimentos de identidade e emancipação dos membros da comunidade cultural da região. Almeja-se institucionalizar a proteção política das liberdades, com ampla participação social. Ao tratar da governança em nível regional de saúde, o Bloco objetiva políticas públicas saudáveis que considerem, por um lado, a condição humana de forma integral e, por outro, as diferenças de inserção social. O ideal da promoção da saúde, também, é defendido para assegurar recursos variados e indispensáveis à qualidade de vida. As recomendações internacionais são ressignificadas, contribuindo para a expansão de recursos sociais básicos, a partir das políticas públicas, com enfoques que conciliam as dimensões política e técnica do processo saúde-doença-cuidado, o que envolve a participação de diferentes atores, principalmente, daqueles oriundos da sociedade civil. Nesta perspectiva, os determinantes sociais da saúde tornam-se centrais para a reforma no setor, articulando valores, estratégias, saberes técnicos e populares, ou seja, as mudanças almejadas necessitam mobilizar recursos, institucionais e comunitários, públicos e privados, para se viabilizarem (BAQUERO, 2009; TEIXEIRA, 2006; BUSS, 2000).

A incorporação dos princípios de reconhecimento e da justiça social nos debates da saúde no Mercosul tem estimulado a formação de espaços públicos, democráticos e transnacionais, voltados para uma reflexão conjunta em torno de princípios, diretrizes e práticas comuns, a fim de nortear a elaboração e implementação de propostas de intervenção regional no setor.

São iniciativas que permitem relações de trocas multiculturais, capazes de interferir em estilos de vida e estimular pressões sociais que exijam a intersectorialidade nas políticas públicas, e que estão voltadas para o cidadão nacional e para questões materiais e morais da vida coletiva. São considerados os diversos interesses dos grupos na sociedade e os diferentes riscos à saúde aos quais as pessoas estão expostas (BUSS, 2000; TEIXEIRA, 2006).

A estrutura institucional da saúde no Mercosul tem se alterado, no sentido de assumir uma postura mais autonomia, com órgãos e normas voltados, especificamente, para o tema, bem como de elevar o interesse pela cooperação Sul-Sul neste setor, visando a compartilhar experiências e conhecimentos, favorecendo a ação internacional na região e acenando para a unificação das políticas sociais nacionais. Os atores da cooperação produzem novos aprendizados e asseguram, a partir de uma infraestrutura renovada com base no bem-estar e em relações solidárias, um melhor processo de integração. Essa cooperação apresenta experiências bem sucedidas no Bloco, já que há intensificação do diálogo sobre a multidimensionalidade da saúde, atrelada ao desenvolvimento social e humano para os Estados Partes (EEPP). Pode-se afirmar que, hoje, as práticas cooperativas do Mercosul reforçam a inserção do Bloco nas relações internacionais e, internamente, interferem no sistema de proteção social dos países membros, na medida em que se busca a universalização da saúde como um direito conjugado ao crescimento econômico e às conquistas em torno de mais igualdade. O Mercosul-Saúde diversifica cada vez mais suas abordagens e confirma a expansão do tema na comunidade regional, com preocupações como as relacionadas a seguir: sistema de informação e comunicação em saúde; regulamento sanitário internacional; saúde e desenvolvimento; controle da dengue; saúde ambiental e do trabalhador; política de medicamentos e banco de preços de medicamentos; gestão de riscos e redução de vulnerabilidades; doação e transplantes; HIV-Aids; saúde sexual e reprodutiva; e controle do tabaco (FRASER, 1996 *apud* SCHUMACER; PUTTINI; NOJIMOTO, 2013; MERCOSUL, 2008; ISAGS, 2012).

Neste capítulo, são analisadas as experiências em saúde do Mercosul, as quais apresentam caráter supranacional, sendo identificados os seguintes aspectos:

- a) *Diretrizes criadas no Mercosul,*
- b) *Objetivos específicos dos programas, e,*
- c) *Resultados nacionais* apresentados como resultantes das diretrizes em saúde adotadas como reconhecimento e justiça social para os cidadãos.

Como mencionado anteriormente, foram escolhidas quatro iniciativas de cooperação internacional em saúde do Mercosul, envolvendo Argentina, Brasil e Uruguai, desenvolvidas no período de 2005 a 2011, tendo como critérios centrais de elegibilidade as contribuições trazidas à supranacionalidade e à integração na região. Tais iniciativas estão dispostas ao longo do texto em ordem cronológica de surgimento e apresentam os seguintes enfoques:

- i) Regulamento Sanitário Internacional (RSI), a última versão do acordo é de 2005, e volta-se para a relação entre *saúde e a mobilidade populacional*;
- ii) Programa de Ação Mercosul Livre de Febre Aftosa (PAMA), surgido em 2005 e enfoca a *saúde animal* essencial à típica *produção rural* dos países partes estudados;
- iii) Observatório Mercosul de Sistemas de Saúde (OMSS), acordo firmado em 2008 e que se centra na *integração dos sistemas de saúde*;
- iv) Convenção Quadro de Controle do Tabaco (CQCT), criada em 2009, com a intenção de abordar os aspectos subjetivos da saúde relacionados à *mudança de hábitos*.

As iniciativas de planos e ações regionais em pauta desenvolvem medidas internacionais que são assimiladas pelos EEPP, gerando alterações

de normas e de organização institucional, e envolvem as relações nacional, regional e internacional. Contribuem para a formulação de um modelo de atenção à saúde comum para a região, o qual renova dimensões gerenciais (reordenamento dos serviços), organizacionais (relações entre unidades e prestadores de serviços) e operativas (processo de trabalho em saúde), valorizando a subjetividade das relações sociais e os determinantes sociais da saúde (TEIXEIRA, 2002 *apud* TEIXEIRA, 2006).

5.1 O Regulamento Sanitário Internacional (RSI): saúde e mobilidade populacional

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI) é um acordo de saúde pública que harmoniza medidas de vigilância aos eventos de doenças e riscos à saúde propagados no âmbito global. Iniciativas como esta não são recentes, pois as primeiras medidas sanitárias de caráter transnacional foram adotadas pela China no século VII, com o controle da entrada de marinheiros em seu território devido à peste. A partir do século XIV, a quarentena⁵⁰ e o isolamento das cidades foram praticados por vários governos, a fim de proteger os povos da propagação de doenças transmissíveis.

Com o aumento progressivo da circulação de pessoas no mundo, os riscos à saúde pública tornaram-se mais evidentes, e a cooperação internacional despontou como alternativa para unir esforços em prol da segurança sanitária dos grupos e comunidades. Com o alastramento internacional das doenças e para evitar a prática da quarentena, ocorreu a Primeira Conferência Sanitária Internacional em Paris, em 1851, na qual se iniciaram negociações diplomáticas e práticas de cooperação entre governos para a implementação de medidas sanitárias regulatórias focadas na cólera e na praga (TORRONTÉGUY, 2010).

O Acordo Geral sobre Impostos Alfandegários e Comércio (GAAT) manifestou a preocupação com a relação entre comércio e saúde pública ao

⁵⁰ Como referido anteriormente, a prática da quarentena isolava por quarenta dias pessoas acometidas por patologias ou suspeitas de contaminação de doenças que preocupavam a comunidade internacional. Tornou-se a principal forma de controle epidemiológico da época difundida pelo mundo (MENUCCI, 2006).

final dos anos 40. Orientou a adoção de medidas de saúde restritivas, para que o comércio internacional não fosse afetado pelas consequências de surtos epidêmicos que se tornavam frequentes. Em 1951, a Organização Mundial da Saúde (OMS), através da 4º Assembleia Mundial da Saúde (AMS)⁵¹, aprovou o primeiro Regulamento Sanitário Internacional (RSI), que é um tratado de saúde pública voltado para a vigilância, com o intuito de prevenir a propagação de doenças específicas e pré-determinadas, como a febre amarela, varíola, febre recorrente, cólera e tifo. A notificação obrigatória e as medidas sanitárias foram acordadas entre países, para que houvesse o controle de riscos à saúde intensificados pela circulação de pessoas e mercadorias (GOMES; CASTRO, 2012).

Em 1969, a comunidade internacional sugeriu revisões às medidas sanitárias, quando propôs a elaboração de um novo RSI na 22ª AMS, diante da necessidade de atualização das diretrizes e ações que acompanham o dinamismo das mobilidades e interações inter-regionais. Com a globalização dos mercados, foi criada a Organização Mundial do Comércio (OMC), em 1995, para substituir o GAAT, com a principal função de expandir e equilibrar as trocas nas relações comerciais, em um contexto de internacionalização dos mercados. A OMC reforçou as propostas sanitárias do RSI, com ênfase na inserção de elementos da saúde pública no direito comercial internacional. Alterações climáticas e no meio ambiente, aumento da população, principalmente nas cidades, são exemplos de fatores causadores de novas doenças, como o Ebola e HIV/Aids, que preocupam o mundo na atualidade. Ademais, observou-se o retorno de enfermidades antigas, como a cólera. Novas epidemias geram riscos e danos pouco conhecidos à humanidade, como aqueles causados pela Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), em 2002, e pela Influenza Aviária (H5N1), em 2003, além de atrapalharem a mobilidade de pessoas, bens e mercadorias.

Em 2005, foi adotado pela 58º AMS um novo RSI, a ser implementado a partir de 2007. A OMS estipulou o prazo máximo de 2016 para as nações incorporarem completamente as normas de execução do controle sanitário do

⁵¹ A Assembleia Mundial da Saúde é o principal órgão decisório da OMS e conta com uma agenda com temas variados relacionados à questão. É composta por delegados dos estados membros da OMS, os quais estruturam recomendações em saúde voltadas para todos estados participantes (TORRONTÉGUY, 2010).

novo instrumento, a fim de superar desafios no setor por parte de todos os países signatários do acordo internacional (TORRONTÉGUY, 2010; GOMES; CASTRO, 2012; MENDONZA, 2007).

Segundo Sato (2014), o RSI de 2005⁵² inova ao propor uma vigilância sanitária que concilie medidas de prevenção com as de promoção da saúde, o que inclui a vigilância epidemiológica, destinada ao controle de doenças transmissíveis. Os objetivos foram apresentados no artigo 2º do Regulamento:

O propósito e a abrangência do presente regulamento são prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para a saúde pública, e que evitem interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacional (OMS, 2005, p. 11).

A nova versão do acordo avança ao propor condições dignas de viagem, deslocamento de pessoas e estabilidade para as relações de comércio internacional.

O artigo 32º do RSI dispõe do tratamento respeitoso a que pessoas e, especialmente, viajantes têm direito, valorizando as liberdades fundamentais e a condição humana em si, com atenção às questões socioculturais e de gênero, de maneira a assegurar a proteção a possíveis desconfortos físicos e emocionais.

O RSI procura criar normas sanitárias que possam ser incorporadas nas políticas de saúde, bem como contribuir com a efetivação do direito à saúde dos cidadãos, nas regiões. Ou seja, o acordo sanitário busca interferir na legislação nacional, nas relações políticas e no financiamento locais, através das normas do Mercosul e da coordenação e comunicação entre Pontos Focais Nacionais (NFP). Estes se referem às estruturas locais de viabilização de sistemas de vigilância, com respostas imediatas aos eventos de propagação de doenças e danos à saúde e comunicação de risco, preparação de recursos humanos e redes de apoio aos eventos, como o uso dos laboratórios. Os NFPs organizam-se a partir das iniciativas de cada governo, para coordenar o

⁵² O RSI de 2005 define doença como adoecimento, independente da origem ou da fonte; o importante é que as estruturas sanitárias possam evitar danos causados ao ser humano, o que sugere abordagens em torno de elementos subjetivos da doença, como o estigma que é atribuído a habitantes de uma determinada localidade, na qual teve início a propagação de uma enfermidade (GOMES; CASTRO, 2012).

controle sanitário, com atenção às zonas de fronteiras, e para estruturar os serviços de saúde pública, com equipes interdisciplinares distribuídas no interior dos países, as quais lidam com as emergências epidemiológicas, atuando 24h por dia.

O monitoramento da implementação do RSI é realizado pelos Estados, com apoio das entidades internacionais. Os países avaliam o cumprimento das chamadas capacidades estratégicas, nacionais e regionais, que possibilitam a eficiência e eficácia das normas sanitárias. Quanto a esse acompanhamento nacional do RSI, destacam-se as relações com a Organização Mundial da Saúde (OMS), que difundem orientações técnicas, com a ressalva de que os países têm liberdade para determinar a melhor forma de desenvolver as medidas necessárias à mobilidade saudável das pessoas e dos bens.

O novo RSI utiliza fontes não oficiais para facilitar a coleta de informações, pois as primeiras versões do acordo intervinham em epidemias a partir de comunicações oficiais e voluntárias dos estados membros da OMS, as quais omitiam, constantemente, surtos de enfermidades. O fluxo de informações sobre os eventos sanitários segue do âmbito nacional ao internacional, após a checagem das informações e notificações por autoridades sanitárias locais; o mesmo procedimento é realizado em nível global pela OMS. Este organismo avalia, ainda, se há a ocorrência de casos de emergência internacional.

A OMS dispõe para o RSI recomendações temporárias específicas de situações emergenciais, sugeridas para a rápida condução de ações de inspeção e controle em relação a pessoas, bagagens, cargas, meios de transporte, mercadorias ou encomendas postais que circulam pelo mundo. As orientações permanentes que, cotidianamente, são aplicadas podem ser modificadas ou suspensas pela OMS. O novo instrumento regulatório sanitário adotou a medida de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) que sinaliza riscos e danos à saúde pública, exigindo, portanto, ação internacional imediata e coordenada entre países. Os Estados utilizam, ainda, o Instrumento de Decisão para facilitar a identificação de situações com alta probabilidade de disseminação internacional, o que exige notificação formal e imediata à OMS. Gomes e Castro (2012) ressaltam que, em 2005, com a epidemia do vírus Influenza A (H1N1), as medidas foram

rápidas e qualificadas, por meio de notificações encaminhadas à ESPII que difundiu informações para o mundo todo, através dos sistemas de comunicação e de tecnologia com capacidade de acompanhar e combater os casos da doença (CRUZ, 2013).

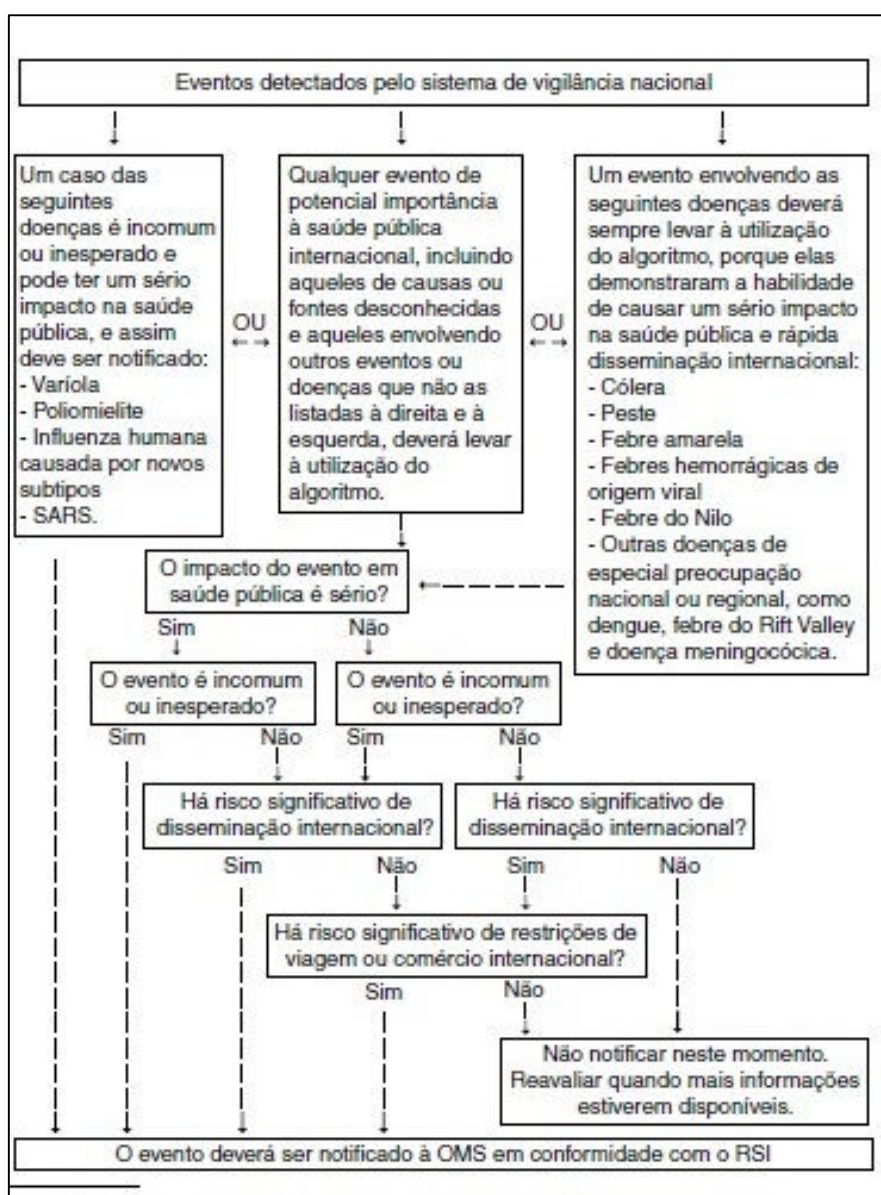
O RSI é um marco normativo composto por 66 artigos; tem a adesão de 194 Estados signatários da OMS, comprometidos em avaliar riscos em suas regiões e fora delas. Varíola, poliomielite, influenza causado por novos subtipos e SARS, cólera, febre amarela, peste, febres hemorrágicas de origem viral, febre do Nilo, dengue, febre do *Rift Valley* e doença meningocócica são referidas como doenças de rápida disseminação mundial e constituem preocupação nacional e regional devido aos danos possíveis à saúde (OMS, 2005). No entanto, segundo Gomes e Castro (2012), listas pré-determinadas de doenças para notificações imediatas tendem a restringir a atenção às novas ameaças que venham a surgir.

O instrumento regulatório sanitário atual inovou ao revalorizar a saúde pública e, também, ao incluir novas situações de risco, como a liberação acidental e o uso abusivo de agentes químicos, biológicos, manuseio indiscriminado de material nuclear e o bioterrorismo. O caso de ataque terrorista com antraz nos EUA, em 2001, é utilizado como exemplo da complexidade de situações e dos danos à saúde humana no mundo de hoje.

Os Estados que ratificaram o RSI contam com uma rede mundial de alerta e resposta aos surtos epidêmicos reconhecidos pela OMS, a chamada *Global Outbreak Alert and Response Network* (GOARN), que dispõe de recursos internacionais para orientar e favorecer trâmites relacionados a emergências em saúde pública. Os países que rejeitarem ou fizerem ressalvas às normas sanitárias do RSI têm um prazo de 18 meses para realizá-las. O artigo 59 do instrumento sanitário trata das ressalvas e destaca que as mesmas são aceitas quando mais de um terço dos Estados participantes impugnam as recomendações (OMS, 2005).

Na Figura 5, abaixo, encontra-se o fluxo seguido pelo RSI em casos de doenças.

Figura 5: Adaptação do Instrumento de Decisão do RSI 2005



Fonte: GOMES e CASTRO, 2012, p.145.

A governança global da saúde sanitária depende de instituições e da prática da colaboração entre atores para que um instrumento como o RSI cumpra seus objetivos. A OMS é central para essa governabilidade mundial, porque indica planos de ação que capacitam as estruturas institucionais nacionais da saúde pública dos países para cooperarem entre si e com a entidade internacional, com vistas a preparar as localidades para conviver com a saúde global. O papel dos Estados continua, portanto, indispensável à condução de propostas supranacionais. Os bons resultados do RSI dependem do Ponto Focal Nacional (NFP) que coordena ações locais com o apoio dos

Ministérios da Saúde e das agências de vigilância nacionais (FERREIRA; CASTRO, 2010).

Outro aspecto essencial à gestão das propostas do RSI é a prática da cooperação que promove, entre os Estados, intercâmbios relacionados à capacitação de recursos humanos, ao controle ambiental e a vetores⁵³, para agir de forma técnica em acontecimentos epidemiológicos. A princípio, a política sanitária conciliava os esforços diferenciados das nações, apresentados de forma fragmentados e desiguais entre os diferentes países do globo. As ações eram focadas na restrita remediação de doenças transmissíveis. Diferentemente, na atualidade, a cooperação nivela os esforços dos países com base em novos princípios e concepções de saúde centradas na prevenção e na promoção, considerando determinantes transnacionais, bem como amplia redes de informações e instrumentos tecnológicos, no intuito de estimular a mobilidade das pessoas e favorecer o comércio internacional. O instrumento regulatório propõe a formação de ambientes saudáveis e procura afastar riscos e estigmas às populações.

As estruturas de vigilância em saúde tornaram-se regionais, permitem o trabalho coletivo, harmonizam estratégias de intervenção e consideram as particularidades das nações nas regiões. A governança global encontra perspectivas viáveis de se realizar com a aproximação horizontal entre governos e organismos internacionais, organizações não-governamentais e comunidades civis, o que difunde e reforça laços solidários entre participantes, coloca em prática a diplomacia e contribui para a condução das políticas de saúde. Princípios éticos e políticos de solidariedade e reciprocidade passam a nortear as interações intergovernamentais (PAHO, 2015b; MENDONZA, 2007).

Na América do Sul, o primeiro acordo internacional de saúde pública voltado para medidas sanitárias ocorreu em 1887, quando Brasil, Argentina e Uruguai assinaram a Convenção Trinacional Sanitária para o controle de portos e embarcações, com a implantação de serviços sanitários nesses países. Ainda não havia a interferência de um organismo internacional, porém, seguiam-se as recomendações das conferências europeias sobre a disseminação de doenças contagiosas. Em 1924, emergiu o primeiro Código

⁵³ Vetores são microrganismos causadores de doenças (PAHO, 2015b).

Sanitário Pan-Americano, com a participação de 21 países das Américas, sendo a cooperação o meio de viabilizar a troca de informações e de articular meios de combate às doenças transmissíveis. O Código Sanitário Pan-Americano modificou-se em 1952, influenciado pelo primeiro RSI da Europa e que envolveu, também, os países da América do Sul. Como desdobramentos desses acontecimentos, ampliou-se a noção de vigilância para a proteção aos indivíduos saudáveis e substituíram-se os termos barreiras sanitárias e controle de pontos de contágio por planos de alerta e resposta e ponto de apoio, respectivamente (MENUCCI, 2006).

No âmbito sul-americano, o RSI foi discutido envolvendo os setores de vigilância em saúde dos países. A partir dos anos 2000, o Mercosul assumiu na região a coordenação das demandas sociais em saúde, com o intuito de assegurar esse bem público, tão fragilizado pelas crises na região. O RSI foi assumido como um compromisso do Bloco com a garantia da circulação de pessoas e mercadorias, principalmente, nos pontos de fronteiras (FERREIRA; CASTRO, 2010).

As reuniões, para discutir e acompanhar as medidas do acordo no Bloco, tornaram-se frequentes, pelo menos uma vez a cada semestre. Criou-se, após 2005, o Grupo Técnico Assessor para Análise e Avaliação da Implementação do RSI, junto à Reunião de Ministros da Saúde, com a função de colocar em prática um plano regional voltado para: intensificar a vigilância e a notificação de doenças transmissíveis e não-transmissíveis; aprimorar mecanismos de resposta a surtos; intensificar inspeção dos meios de transporte e viajantes; favorecer a inspeção de alimentos; aprimorar a relação com a OMC; capacitar recursos humanos, entre outros aspectos relevantes (MENUCCI, 2006).

Em 2005, o Documento de Montevideu reforçou o papel do Mercosul, para a expansão da saúde pública, e apresentou os impasses dos EEPP em relação à implementação do RSI na região. Em seguida, novas discussões, regularmente, trataram das normas do instrumento regulatório sanitário. No mesmo ano, o Documento de Buenos Aires demonstrou o interesse do Bloco em medidas regionais, adicionais ao acordo (MENUCCI, 2006, p.73).

A adoção das recomendações do RSI envolve a Reunião de Ministros da Saúde (RMS)⁵⁴ por ser este o órgão que define políticas regionais para o Bloco, com a elaboração de diretrizes em saúde pública, como já mencionado, com destaque para as ações relacionadas ao tema do RSI no órgão. Mais especificamente, o Subgrupo de Trabalho N° 11 Saúde (SGT 11) é o responsável pela harmonização normativa entre os EEPP, em termos sanitários. Apoia os países membros para negociarem a superação dos desafios em saúde pública, acompanhando o andamento do RSI através da realização de foros. As Comissões Intergovernamentais (foro da RMS) e as Comissões do SGT N° 11 Saúde têm sido indispensáveis para a prática de multilateralismo no Bloco, tendo essas duas instâncias o papel de articular estratégias conjuntas e alinhar políticas para melhorar a qualidade do processo de integração. Pode-se inferir que a saúde sanitária, que, há muito tempo, é priorizada em políticas públicas na região, continua como centro de atenção, porém, com orientação diferenciada (FERREIRA; CASTRO, 2010).

Uma das comissões do SGT N° 11 Saúde, Comissão de Vigilância em Saúde (COVIGSAL), relaciona-se, diretamente, com o RSI, sendo responsável por definir resoluções sobre listas de enfermidades de notificação obrigatória no Bloco, com atenção para as questões de fronteiras. Enfatiza, ainda, a compatibilização de procedimentos relacionados ao RSI, como a harmonização do glossário de controle de portos, aeroportos, terminais e pontos de fronteiras, além de emitir certificados de inspeção sanitária em embarcações (SATO 2014).

Como os acordos do Mercosul se viabilizam na Reunião de Ministros da Saúde (RMS), e como se teve acesso aos documentos desta instância, pôde-se observar que, no período estudado de 2005 a 2011, há quase a mesma quantidade de acordos ao longo dos anos. Cabe, ainda, mencionar que a escolha do espaço de tempo de 2005 a 2011 ocorreu em função de ser este o momento posterior ao redimensionamento do Bloco, da mesma maneira que houve a ascensão ao poder de grupos de centro-esquerda nos países do Mercosul, com possibilidades de consolidação da democracia nos mesmos.

⁵⁴ A análise dos documentos da RMS foi priorizada por ser esta a única fonte completa de dados à qual se teve acesso para estudo, e que contempla informações do período de 2005 a 2011.

A meta regional do RSI é continuar renovando o entendimento sobre o sistema de vigilância e estimular a incorporação progressiva das medidas internacionais que qualificam a saúde na região. Para esta tese, foram analisados 115 (cento e quinze) documentos referentes às reuniões da RMS, no período de 2005 a 2011, os quais se caracterizam pela natureza do documento, como se apresenta na Tabela 3, abaixo:

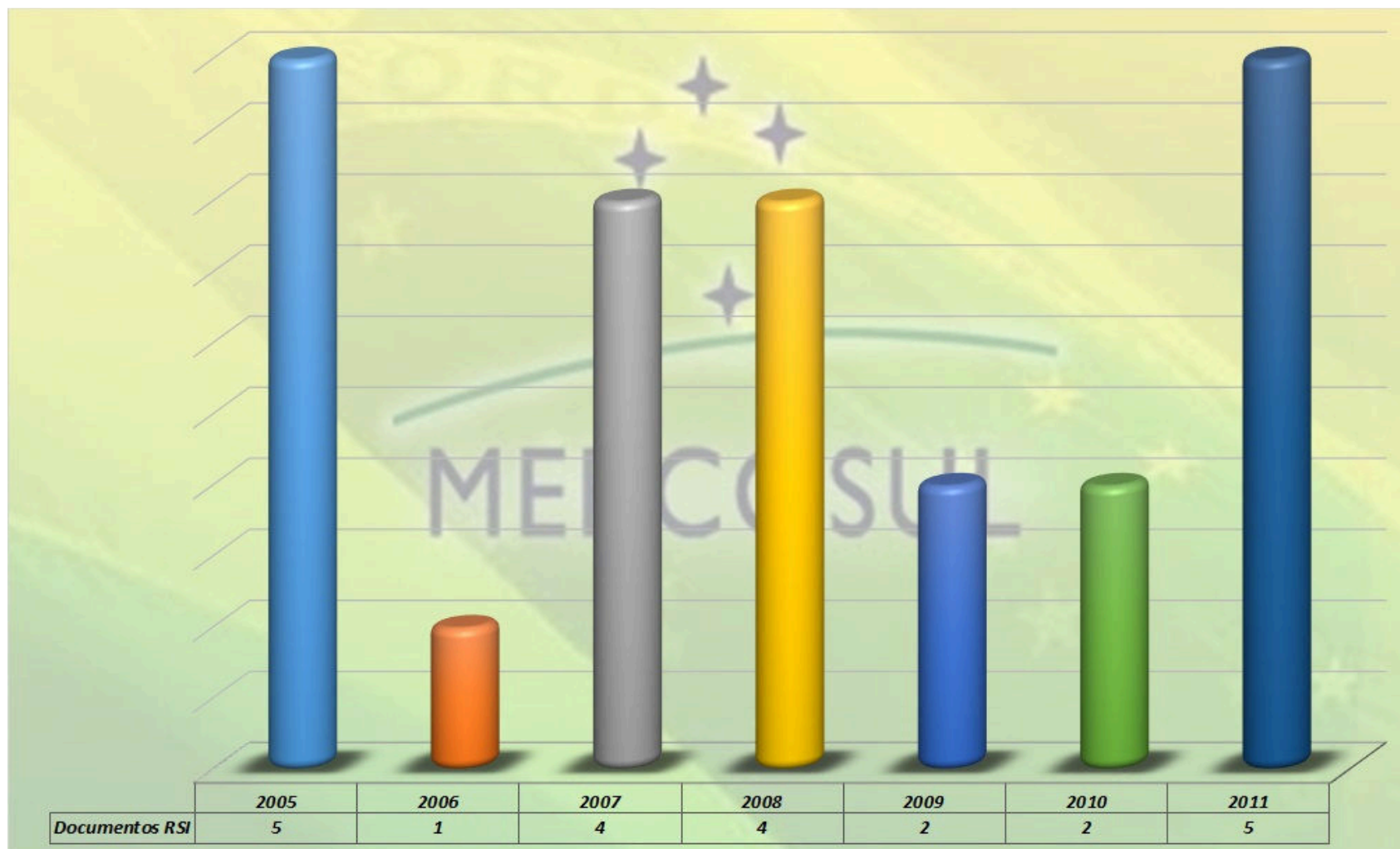
Tabela 3: Resumo dos documentos da RMS

<i>Documentos</i>	<i>Ano</i>							<i>Total</i>
	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	
<i>Acordo</i>	13	14	15	18	15	12	14	101
<i>Anexo</i>	2	1	3	1	1	1	-	9
<i>Declaração</i>	-	-	-	-	-	-	2	2
<i>Decreto</i>	1	-	-	-	-	-	-	1
<i>Memorando</i>	-	-	-	1	-	1	-	2
Total	16	15	18	20	16	14	16	115

Fonte: elaborado pela autora com base em documentos da RMS de 2005-2011.

No Gráfico 10, abaixo, pode-se observar que há a presença paulatina e constante das diretrizes do RSI propriamente dito e de assuntos correlatos. Os títulos e o teor dos decretos revelam negociações em torno de medidas voltadas para a implementação do RSI e ao controle sanitário, tendo contemplado o combate a doenças transmissíveis, como a dengue, a pandemia de H1N1 e doença de Chagas, além de se destinarem aos assuntos ambientais, como a política regional ambiental, e ao planejamento de ações em saúde pública. Dos 115 (cento e quinze) documentos produzidos na RMS, 21 (vinte e um) trataram de temas diretamente relacionados à implementação do RSI e a temas ligados ao controle sanitário.

Gráfico 10: RSI nos acordos da RMS (2005 a 2011)



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados da RMS.

Analisando ano a ano, puderam-se inferir as seguintes questões. Em 2005, o RSI foi pauta de discussões e negociações em torno de planos de ação que garantissem a implementação de suas diretrizes. Trataram-se, nos acordos desse ano, de estratégias regionais, documentos de apoio e planos de ação, para nortear a evolução das capacidades básicas de cada país em termos de adoção e execução das recomendações da OMS, com especial atenção para os seguintes aspectos:

- i) zonas de fronteiras,
- ii) necessidade do planejamento e da condução conjunta de uma política de saúde ambiental e do trabalhador,
- iii) a cooperação entre os EEPP para viabilizar colaboração ativa;
- iv) os compromissos assumidos pela região que aproximam as afinidades;
- v) harmonização de normas, de legislações e de condições institucionais; e
- vi) fortalecimento da saúde pública através da consolidação da vigilância em saúde.

Em 2006, foi encontrado um documento de apoio à Comissão Intergovernamental do Cone Sul para Eliminação da Doença de Chagas, criada em 1991, com o objetivo de reduzir a enfermidade e seus agentes contaminadores, uma vez que tal doença afeta 25% da população da América Latina. A baixa quantidade de acordos sobre medidas sanitárias, em 2006, sugere um período de execução de planos de trabalho.

No ano de 2007, os acordos centraram-se nas estratégias regionais sanitárias. Em 2008, as reuniões discutiram planos de ações conjuntas, intercâmbio de informações e prevenção. Os acordos de 2009, voltaram-se para o marco jurídico necessário à implementação do RSI; trataram-se das estratégias de gestão e da definição do monitoramento das medidas sanitárias adotadas.

Já em 2010, mais uma vez, os acordos avaliaram a participação dos EEPP na implementação do RSI e reafirmaram compromissos e capacidades básicas nacionais no sentido de executar ações sanitárias e valorizar a saúde pública. E, finalmente, em 2011, o controle da dengue e a saúde nas fronteiras voltaram a ser o centro das discussões.

De um modo geral, as diretrizes dos acordos e negociações apontam para algumas categorias analíticas importantes quando se observa a dinâmica dessa questão, como compromisso, harmonização, participação e informação. Tais categorias reforçam a perspectiva da reforma na política de saúde da região, com destaque para as estratégias e resultados potencializados pela integração. Isso significa que, especialmente, as iniciativas em saúde pública, no Mercosul, favoreceram os processos integrativos, apoiados no reconhecimento do direito e da responsabilidade social como aspecto coletivo que necessita da participação. O Quadro 10 ilustra os acordos elaborados de 2005 a 2011, com vistas à implementação de medidas do RSI.

Quadro 10: Acordos relacionados ao RSI/controlado sanitário

Tipo	Nº	Título	Local	Data
Acordo	7	Participação dos EEPP do MERCOSUL e Estados Associados (EA) no processo de implementação do regulamento sanitário internacional (2005)	Assunção	30/06/2005
Acordo	8	Estratégia regional para a implementação do plano regional da Dengue nos EEPP e EA	Assunção	30/06/2005
Acordo	9	Plano de trabalho do grupo técnico assessor de análise avaliação e implementação do RSI - Regulamento Sanitário Internacional (2005), nos EEPP e EA	Montevideo	11/11/2005
Acordo	11	Plano de ação conjunta para enfrentamento dos riscos e impactos de uma eventual pandemia do vírus influenza e gripe aviária	Montevideo	11/11/2005
Decreto	1	Estratégias conjuntas de fortalecimento de ações para enfrentamento dos riscos de uma pandemia de gripe aviária	Montevideo	11/11/2005
Acordo	2	Apoio às iniciativas do INCOSUR-CHAGAS	Buenos Aires	29/06/2006
Acordo	3	Estratégia de gestão integrada de prevenção e controle da dengue nos EEPP do MERCOSUL (EGI-DENGUE-MERCOSUL)	Assunção	15/06/2007
Anexo		ANEXO - Estratégia de gestão integrada de prevenção e controle da dengue nos EEPP e EA (EGI-DENGUE-MERCOSUL)	Assunção	15/06/2007
Acordo	4	Estratégia de gestão integrada de prevenção e controle da dengue nos EEPP e EA do MERCOSUL (EGI-DENGUE-MERCOSUL-EA)	Assunção	15/06/2007
Acordo	15	Participação dos EEPP e EA no processo de implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005)	Punta Del Este	30/11/2007

Tipo	Nº	Título	Local	Data
Acordo	4	Acordo dos EEPP e EA em relação à Saúde Pública, inovação e propriedade intelectual	Buenos Aires	13/06/2008
Acordo	5	Acordo sobre intensificação das ações de prevenção e controle da febre amarela	Buenos Aires	13/06/2008
Acordo	8	Estratégias relativas à Vigilância Sanitária e combate à falsificação e adulteração de medicamentos e produtos médicos	Rio de Janeiro	28/11/2008
Acordo	15	Plano integrado de preparação para a pandemia de influenza no MERCOSUL	Rio de Janeiro	28/11/2008
Acordo	3	Estratégia de gestão integrada de prevenção e controle da dengue nos EEPP e EA - EGI-DENGUE-MERCOSUL	Assunção	19/06/2009
Acordo	13	Processo de implementação do regulamento sanitário internacional (2005)	Montevideo	04/12/2009
Acordo	6	Banco de advertências sanitárias dos EEPP e EA do MERCOSUL	Buenos Aires	09/06/2010
Acordo	9	Participação dos EEPP e EA no processo de implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005)	Brasília	12/11/2010
Acordo	2	Criação da Comissão Intergovernamental de enfermidades não transmissíveis no MERCOSUL	Assunção	09/06/2011
Acordo	4	Priorização de estratégias de prevenção da transmissão Mãe-Filho do HIV e Sífilis e prevenção do HIV/ITS em zonas de fronteira do MERCOSUL	Assunção	09/06/2011
Acordo	6	Recomendações para o fortalecimento das ações de saúde na fronteira MERCOSUL	Assunção	09/06/2011
Acordo	12	Assinatura do boletim de vigilância epidemiológica da CIVIH/SIDA, do MERCOSUL e Estados associados	Montevideo	07/12/2011
Acordo	13	Mudança da denominação da Comissão Intergovernamental de Controle da Dengue para Comissão Intergovernamental de Controle de Enfermidades de Transmissão Vectorial	Montevideo	07/12/2011

Fonte: Elaborado pela autora com base nos documentos da RMS de 2005-2011.

O RSI representa, para o Mercosul, uma base intergovernamental de natureza política que permite a convergência de interesses nacionais, em torno da definição de uma política regional de saúde voltada para o desenvolvimento humano e social, e que acompanha o crescimento econômico para viabilizar recursos materiais indispensáveis às ações intrabloco. A proposta regional em saúde aposta no acordo sanitário em termos de empoderar o capital humano, superar o tratamento setorial da saúde, reduzir assimetrias e contribuir para a integração. Os aspectos políticos tratados na cooperação favorecem as condições de vida e de trabalho das pessoas e, principalmente, desenvolvem o Bloco em termos políticos e sociais, por meio da ampliação das relações internacionais.

Em entrevista para este estudo, em agosto de 2013, o superintendente de fiscalização, controle e monitoramento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no Brasil (ANVISA) e assessor de vigilância em saúde do ISAGS/UNASUL se refere às conquistas regionais em saúde, as quais envolvem propostas como a do RSI:

No Mercosul (e a Unasul vem fortalecendo isso nos últimos anos), no âmbito da saúde, os países tiveram uma forma de atuação inversa, até pela própria integração. Os países tiveram uma integração tão forte e uma comunhão de interesses, especialmente com os países associados (Chile, por exemplo), que conseguiram ter posições comuns, influenciar outros blocos e pautar temas importantes nas Assembleias Mundiais da Saúde (como o RSI). Há organização, discussão, consenso, estratégias que proporcionaram avanços na agenda, desde 2005, quando o regulamento foi realizado e conseguiram inserir temas, influenciando e trazendo - tudo deve ser feito por meio de aliança nessas negociações - vários outros blocos regionais, diminuindo a influência da América do Norte e de países europeus. Exemplo de como a boa integração regional consegue pautar temas (Entrevista n°11).

O entrevistado ressalta que o RSI desponta como um instrumento para o Mercosul resolver problemas internos relacionados aos direitos humanos e à liberdade de mobilidade das pessoas, além de proporcionar oportunidades de inserção internacional para o Bloco.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) avaliou a adoção do RSI nos países, dividindo-os por regiões. A maior parte das informações produzidas para o monitoramento internacional, referente à América do Sul, foi elaborada pelo próprio Mercosul, com a participação dos países aqui estudados, como pode ser observado na Tabela 4, abaixo:

Tabela 4: Capacidades Essenciais Pontuação Média (%) por sub-região (2010 a 2012)

Capacidade	Sub-região				Américas ⁵
	<i>América do Norte</i> ¹	<i>Caribe</i> ²	<i>América Central</i> ³	<i>América do Sul</i> ⁴	
Legislação nacional, política e financiamento	92%	42%	71%	81%	64%
Coordenação e comunicação com centros de coordenação nacionais (CCNs)	82%	68%	87%	70%	74%
Supervisão	90%	79%	78%	71%	78%
Resposta	88%	79%	75%	75%	78%
Prontidão	68%	51%	57%	62%	57%
Comunicação de riscos	76%	76%	69%	67%	72%
Recursos humanos	100%	47%	42%	58%	55%
Laboratório	80%	66%	78%	78%	73%
Portas de entrada	71%	56%	56%	41%	46%
Incidentes zoonóticos	82%	77%	78%	78%	78%
Inocuidade dos alimentos	92%	71%	59%	68%	70%
Incidentes de natureza química	75%	32%	35%	54%	43%
Emergências envolvendo radiação	86%	19%	50%	43%	39%

¹ A sub-região da América do Norte inclui Canadá, México e Estados Unidos; a taxa de resposta foi de 3 em 3 Estados Partes (100%). A tabela reflete os dados fornecidos pelos 3 Estados Partes.

² A sub-região do Caribe inclui Antígua e Barbuda, Bahamas, Barbados, Belize, Cuba, Dominica, Granada, Haiti, Jamaica, Santa Lúcia, Saint Kitts e Névis, São Vicente e Granadinas, e Trinidad e Tobago; a taxa de resposta foi de 13 em 13 Estados Partes (100%). A tabela reflete os dados fornecidos por 12 Estados Partes.

³ A sub-região centro-americana inclui Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá; a taxa de resposta foi de 6 em 7 Estados Partes (86%). A tabela reflete os dados fornecidos por 6 Estados Partes.

⁴ A sub-região sul-americana inclui Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela; a taxa de resposta foi de 9 em 12 Estados Partes (75%). A tabela reflete os dados fornecidos por 9 Estados Partes. As informações referentes à capacidade de vigilância e resposta da Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia e Paraguai foram apresentadas usando o formato desenvolvido pelo Mercosul e convertidas para o formato da OMS. As informações relacionadas aos pontos de entrada da Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia e Paraguai foram apresentadas em um formato que não permitiu sua conversão para o formato da OMS.

⁵ Para a Região das Américas, a taxa de resposta foi de 32 em 35 Estados Partes (89%). A tabela reflete os dados fornecidos por 30 Estados Partes.

Fonte: PAHO, 2015^a, p. 40⁵⁵

As informações produzidas pela OMS revelam que as principais capacidades, em termos de medidas sanitárias, as quais os países da América do Sul devem melhorar são: controle das portas de entrada; acompanhamento

⁵⁵ Os dados do próprio documento referem-se ao período de 2010 a 2012.

de emergências, envolvendo radiação e incidências de natureza química; e o preparo dos recursos humanos para lidar com as questões sanitárias. No entanto, os países sul-americanos evoluíram em legislação, investimentos e capacidade política de combate à propagação de riscos internacionais à saúde; serviços laboratoriais de apoio; e rapidez de resposta.

Menucci (2006) lembra que a prioridade em relação à implementação do RSI, no Mercosul, é contribuir com a integração de sistemas de vigilância epidemiológica, principalmente, para garantir decisões conjuntas e formar uma rede regional que, ao mesmo tempo, monitore exigências internacionais e responda às necessidades da região.

Após o fortalecimento do Mercosul em ações de saúde, a Argentina incorporou em seu sistema de saúde programas que visam, entre outros aspectos, contribuir com a livre circulação de seus cidadãos, especialmente para os demais EEPP. Para atender às orientações do RSI, o país privilegiou ações de imunização para diferentes fases etárias, oferecendo vacinação obrigatória e gratuita através do *Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles*, criado em 2003, e que contempla um leque variado de vacinas (ARGENTINA, 2012). Outra ação em saúde sanitária, nesse país, recomendada pela RSI, foi a incorporação de medidas de enfrentamento da pandemia de gripe A (H1N1), tais como: aquisição de mais de um milhão de antirretrovirais e equipamentos médicos; contratação de médicos e enfermeiros; estrutura de monitoramento da evolução da contaminação; unificação de diagnósticos e tratamento no país; vacinação gratuita, que, em cinco meses, atingiu 93,4% dos cidadãos, contra doenças respiratórias, o que inclui a H1N1 (ARGENTINA, 2012).

Um importante programa que responde às necessidades sanitárias naquele país é o *Plan Nacional de Prevención y Control del Dengue y la Fiebre Amarilla*, para enfrentar o mosquito *Aedes Aegypti* que afeta grande parte da população. De 2009 a 2010, houve uma redução de 96% dos casos dessas doenças. Capacitaram-se as equipes sanitárias e ações foram voltadas para áreas de risco e zonas de fronteiras. O programa *Dirección de Enfermedades Transmisibles por Vectores* do Ministério da Saúde passou a organizar ações e captar recursos humanos e materiais para tratar das doenças transmissíveis prevalentes regionalmente (ARGENTINA, 2012).

O RSI estimulou a criação do Instituto Nacional de Medicina Tropical (INMet), já referido anteriormente, que previne e trata de doenças típicas da região como um todo. O INMeT, com sede na zona de fronteiras da Argentina, realiza estudos para acompanhar a evolução e reduzir riscos de propagação de doenças, como dengue, malária, febre amarela, lepra, entre outras, que atingem, especialmente, a população pobre (ARGENTINA, 2012).

No Brasil, a adesão às recomendações sanitárias internacionais levou à criação de Comitês de Implantação do RSI, nos pontos de entrada no país, os quais difundem protocolos de referência para orientar a ação de agentes envolvidos nas situações de risco. Dois exemplos podem ser citados: o Protocolo de Enfretamento da Influenza A (H1N1), voltado para portos, aeroportos e fronteiras; e o Protocolo de Manejo Clínico e Vigilância Epidemiológica da Influenza, que se refere às orientações gerais para a conduta clínica, os aspectos laboratoriais e o uso de antirretrovirais. Ou seja, medidas de assistência e de pronto atendimento foram articuladas e incluídas na política sanitária. A ANVISA é o órgão responsável pela evolução das capacidades básicas de prevenção, detecção, análise, comunicação e resposta às emergências de saúde pública no Brasil. Elabora normas e regulamentos, além de controlar o fluxo de pessoas e produtos em aeroportos, portos e fronteiras, em parceria com o Ministério das Relações Exteriores (que trata da saúde pública no âmbito internacional). O país conseguiu, ainda, formar uma rede de vigilância que monitora agravos à saúde e cuida das situações de Emergências de Saúde Pública, com 22 Centros de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde, as chamadas Redes CIEVS (ISAGS, 2012; FERREIRA; CASTRO, 2010).

A avaliação da implementação do RSI, no país, é realizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Juntas monitoram as capacidades nacionais, a fim de detectar e responder às situações de emergência de saúde pública, e contribuíram, ainda, com a elaboração de um Plano Diretor Nacional. Teixeira *et al.* (2012) revelam que as avaliações de 2011, sobre a implementação do RSI no Brasil, indicam que, em termos de marco legal, institucional e administrativo, foram alcançados percentuais próximos a 100% das metas estabelecidas. A capacidade de

detectar, avaliar e notificar eventos, com perspectivas de se traduzirem em emergências de saúde pública, também, alcançou um desempenho próximo do percentual total esperado, com exceção do item referente a recursos físicos. Já a capacitação para investigar, intervir e comunicar eventos de emergência, em saúde pública, alcançou um percentual um pouco mais baixo de 85%, com destaque para melhoras evidenciadas em relação a avaliações anteriores.

Em relação ao que poderia ser aperfeiçoado, foram identificados aspectos, como: a) implementação do Plano de Preparação e Resposta às Emergências de Saúde Pública; b) aprimorar a capacitação dos centros estaduais e de municípios das capitais através da rede CIEVS e do Sistema de Comando de Incidentes; c) investir em equipamentos de proteção individual, com aquisição de novos e atualização dos existentes; d) assegurar a continuidade das capacitações dos profissionais do Ministério da Saúde, estados e municípios, nos processos de qualificação em gerenciamento de emergências de saúde pública; entre outros. Cabe menção ao decreto presidencial de 2011 que criou a Força Nacional do SUS, com intuito de atuar frente às situações de epidemias e desassistências, sendo elaborado o Plano Nacional de Resposta às Emergências de Saúde Pública. Nas avaliações de 2012, destaca-se como desafio o aperfeiçoamento de recursos humanos e da logística para armazenamento e distribuição de insumos e eventos químicos (TEIXEIRA *et al.*, 2012; CARMO, 2013).

As negociações em torno do RSI, para o Uruguai, permitiram ajustes institucionais em termos técnicos e administrativos, para aprimorar os serviços sanitários do país. O Ministério da Saúde do Uruguai é composto pela Divisão de Epidemiologia, Divisão de Saúde Ambiental e Ocupacional e Divisão de Evolução Sanitária, criadas desde 2011. A Divisão de Epidemiologia assumiu as funções de vigilância de doenças que necessitam de notificação obrigatória, enfermidades de transmissão sexual, infecções hospitalares, vigilância de laboratórios etc., e de eventos ocorridos em pontos de entrada. Controla, então, as ações recomendadas pelo RSI, juntamente com o *Centro Nacional de Enlace para o RSI*. A Divisão de Evolução Sanitária acompanha a produção, circulação e qualidade de alimentos e fármacos, e especialmente controla doenças transmitidas por alimentos. E a Divisão de Saúde Ambiental e

Ocupacional realiza a identificação, análise, prevenção e controle dos fatores e situações de risco ambiental e ocupacional relacionados à saúde.

Os eventos de notificação obrigatória se estabelecem a partir do *Código Nacional sobre Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria* que, atualmente, está em revisão para se adequar às orientações do RSI. O país constitui uma Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública que, junto com a vigilância epidemiológica, ajudam em diagnósticos. Dados revelam que, em 2011, o país implementou as seguintes capacidades básicas: 84% de meios para detectar e notificar, 59,9% de avanços em termos de investigação, intervenção e comunicação e 57,4% de conquistas legais e administrativas (MSP, 2004 *apud* ISAGS, 2012).

O RSI favorece a articulação e coordenação política entre EEPP, com avanços em termos do reconhecimento da saúde como justiça social, em relação à Argentina, Brasil e Uruguai, ao focar as dimensões coletiva e social da saúde, com intervenções sobre condições antes muito pouco controladas pelos governos e pela sociedade. As novas políticas abarcam produção, importação, exportação, armazenamento e circulação de produtos, medicamentos, equipamentos, além da própria circulação das pessoas. É, de fato, o reconhecimento público da saúde como um direito humano, no sentido político/legal e moral, para, assim, criar condições seguras de deslocamento e de permanência das pessoas nos EEPP. Como consequência, há esforços dos países estudados em viabilizar os princípios universais de igualitarismo, dignidade e respeito por meio da melhoria dos serviços públicos. É possível, então, observar que políticas de saúde são, também, posturas de tolerância acerca das diferenças e da não discriminação incorporadas, politicamente, pela comunidade democrática e transnacional do Mercosul.

A despeito dos inúmeros avanços apresentados, Torronteguy (2010) ressalta fragilidades persistentes em termos dos meios de detecção das doenças, enquanto Gomes e Castro (2012) afirmam ser demasiadamente otimista o intuito de controlar totalmente a ocorrência de eventos em saúde, e que foi cumprido, minimamente, o acompanhamento do alastramento de doenças, com pequena diminuição da gravidade das mesmas. Sinalizam, ainda, um despreparo das autoridades em saúde para lidar com pandemias futuras e com riscos mais amplos à saúde pública. Da mesma forma, o

assessor da Unidade de Assuntos Internacionais e Cooperação e coordenador do Uruguai da Reunião de Ministros do Desenvolvimento Social do Mercosul, em dezembro de 2014, apontou para o risco de tendências políticas influenciarem o Bloco no sentido de restringir a política sanitária a uma condição setorializada:

Os partidos de direita tornam-se de centro hoje e influenciam o Mercosul para que o Bloco privilegie o livre comércio e a saúde mais no sentido sanitário e setorializado (Entrevista n° 12).

A implementação do RSI representa uma das contribuições da política de cooperação ao desenvolvimento de abordagens intersetoriais, no âmbito regional, devido à necessidade de relacionar ações dos Ministérios da Saúde com as dos Ministérios das Relações Exteriores e da Agricultura, por exemplo. Os compromissos em torno da saúde dependem da disposição política de governos em estabelecer a questão de forma plural e multisetorial, o que pode reforçar as esferas públicas para tratar de condições dignas de vida e de trabalho na região.

Em outra entrevista com o diretor de relações internacionais do Ministério da Saúde do Uruguai no Mercosul, realizada em dezembro de 2014, foi ressaltada a seguinte preocupação:

A saúde não é um problema só comercial, deve-se pensar conjuntamente o que significa a saúde. No Mercosul, hoje existem instâncias voltadas para abordar a saúde, que passou a ser tratada no sentido da cidadania, o que foi um avanço, mas trouxe também o conflito entre a saúde comercial e a saúde como proteção social (Entrevista n° 9).

O entrevistado confirma estudos da literatura, como os de Berlinguer (1999) e Buss (2007), que indicam a necessidade de as políticas de saúde pública regionais desenvolverem instituições adequadas e legislações renovadas, bem como promoverem o ideal social da saúde.

5.2 O Programa de Ação Mercosul Livre de Febre Aftosa (PAMA) para a produção rural na Argentina, Brasil e Uruguai

Segundo o Ministério da Agricultura brasileiro (BRASIL, 2015d), a febre aftosa é uma doença infecciosa aguda causada por um vírus que provoca febre em animais, como bovinos, búfalos, caprinos, ovinos e suínos. Por comprometer as atividades da pecuária, essa doença tornou-se uma preocupação constante dos sistemas de vigilância em saúde no mundo. Nos Estados Unidos, desde 1929, e no Canadá, a partir de 1952, as campanhas para erradicar a febre aftosa foram bem sucedidas. Em países da América do Sul, a doença ainda não foi eliminada, com exceção do Chile que, desde 1975, está livre do problema, sem o uso de vacina, em todo o território. Os países aqui estudados procuram melhores resultados em termos do controle da aftosa; passam períodos sem o problema, como ocorreu com o Uruguai em 1996, com o Brasil em 1998 e com a Argentina em 2000, porém, o vírus volta a aparecer com frequência. Ainda ao final do ano 2000, a região conviveu com grandes epidemias de aftosa em zonas pecuárias da Argentina, em quase todo o Uruguai e na Região Sul do Brasil (EFSUL, 2012).

Diante de tal problema comum, o Mercosul vem executando uma cooperação internacional em saúde sanitária, como experiência supranacional, ao desenvolver o *Programa de Acción Mercosur Libre de Fiebre Aftosa* (PAMA), criado em 2005. A decisão Mercosur/CMC/Dec N° 25/05, sob a responsabilidade do Comitê Mercosul Livre de Febre Aftosa – CMA, com representantes da Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, um delegado da Associação Latino-Americana De Integração (ALADI) e um chefe de serviços veterinários do Comitê Veterinário Permanente (CVP), é um mecanismo regional de enfrentamento deste problema sanitário. O PAMA desenvolve-se por meio de programas nacionais e busca uniformizar as ações entre os diferentes países e regiões, com vistas à erradicação da febre aftosa⁵⁶.

⁵⁶ O contágio da febre aftosa ocorre quando o animal sadio tem contato com um animal infectado ou por alimentos e objetos contaminados. A doença gera prejuízo aos comerciantes devido ao alto potencial de disseminação do vírus. Os países estabelecem barreiras à entrada de animais e derivados oriundos de regiões com ocorrência da febre aftosa, o que abala a economia do país. Como a propagação da doença é rápida, a contaminação diminui a produtividade e os gastos com tratamento à base de remédios, para evitar a morte de animais, são elevados. Os seres humanos são raramente afetados

Originalmente, os objetivos do PAMA eram: i) erradicar a febre aftosa no âmbito do Mercosul e Estados participantes, até o ano de 2009, com o estabelecimento de um Sistema de Vigilância Veterinária; ii) contribuir para o desenvolvimento da pecuária regional e inserção no mercado internacional, além de fortalecer estruturas sanitárias para a prevenção de outras doenças; e iii) coordenar as ações dos países nas fronteiras, com relação aos programas nacionais de erradicação da febre aftosa, para evitar riscos derivados do trânsito e transporte tradicional nessas áreas, de forma a fortalecer o programa de prevenção. Atualmente, houve avanços em relação às metas propostas no combate da aftosa nos EEPP, devido às seguintes iniciativas: aprimoramento da qualidade de vacinas antiaftosa; controle do trânsito nacional e internacional de animais e produtos; sistemas de informação e de acompanhamento em nível local, estadual, nacional e internacional; capacitação de recursos humanos; controle e inspeção regular dos animais; entre outras medidas (EFSUL, 2012; ALADI, 2014).

Nos dias de hoje, os EEPP definiram uma segunda etapa do programa, o PAMA II, que visa a consolidar uma rede de controle da febre aftosa nas Américas por meio da harmonização de programas nacionais, para padronizar atividades e resultados regionais. As estratégias de ação continuam priorizando: áreas com histórico de persistência da febre aftosa e localidades com risco desconhecido, e estrutura sanitária em desenvolvimento; projetos de fronteiras (com destaque para a zona de fronteira entre Argentina, Brasil e Uruguai); o funcionamento de sistema de laboratórios de diagnóstico e controle de vacinas; o fortalecimento dos sistemas nacionais e regionais de vigilância; a produção de vacinas de qualidade em condições de biossegurança; fortalecimento do nível local de ação; sistema de prevenção de áreas livres; e desenvolvimento de programas de capacitação, assistência técnica e comunicação social (ALADI, 2014).

O programa em tela desenvolve, ainda, relações de cooperação com organizações internacionais, como a Organização Mundial de Saúde Animal

pela aftosa. A vacinação é a medida mais eficaz, acompanhada da vigilância e de programas de educação sanitária e participação comunitária (BRASIL, 2015d).

(OIE)⁵⁷ que recomenda ao PAMA: i) identificação de animais susceptíveis à doença, ii) registros georreferenciados das propriedades, iii) vigilância que possa inspecionar a comercialização dos produtos derivados dos animais envolvidos no problema e aumentar o controle de possíveis circulações virais, iv) controle da movimentação dos animais, principalmente na Zona de Alta Vigilância epidemiológica, v) demarcação da área de alta vigilância, e vi) vacinação duas vezes por ano (PAHO, 2015b). Outra organização internacional parceira do Mercosul na luta contra a doença é a PANAFTOSA⁵⁸, sendo, inclusive, responsável pelo monitoramento constante do programa. A Figura 6, abaixo, mostra um mapa de focos de febre aftosa identificados no período de 1998 a 2007.

⁵⁷ A Organización Mundial de Sanidad Animal procura combater doenças que afetam os animais, no âmbito mundial. Foi criada, em 1924, como Oficina Internacional de Epizootias e, em 2003, se transformou na OIE, uma organização intergovernamental encarregada de contribuir com a melhora da saúde animal global. Realiza oficinas regionais e sub-regionais em todos os continentes. Em 2013, existiam 178 países membros (OIE, 2015).

⁵⁸ Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA) é um centro científico da OPAS/OMS, criado em 1951; volta-se para a cooperação técnica com todos os países membros da OPAS, com vistas a melhorar a saúde da população e o desenvolvimento dos países (PAHO, 2015b).

Figura 6: Mapa de focos de febre aftosa (1998 a 2007)



Fonte: PAHO, 2015b.

A Figura evidencia a dispersão dos focos de doença em vários pontos das regiões, com uma quantidade praticamente comum de pontos de identificação do problema, atingindo zonas de fronteira e, por isso, tornando-as mais vulneráveis à aftosa. Como os países do Mercosul atingidos encontram na pecuária uma importante atividade para a economia nacional, a febre compromete a criação de animais em uma área extensa do Brasil, Argentina e Paraguai, além de uma parte do Uruguai. A Figura 7, a seguir, apresenta outro mapa com a identificação de Zonas de Alta Vigilância Epidemiológica (ZAV), definidas estrategicamente para tentar combater os focos demonstrados.

Figura 7: Mapa de zonas de alta vigilância



Fonte: PAHO, 2015b.

As ZAV foram criadas em 2006, por recomendação da OIE, para sinalizar locais que necessitam de vigilância conjunta nas zonas de fronteiras e no interior de cada um dos países (PAHO, 2015b).

O acompanhamento da produção de vacinas no PAMA, desde 2008, estabeleceu um Guia de Verificação para Avaliação de Laboratórios de Controle de Qualidade de Vacinas Antiaftosa. O controle da doença depende da estrutura de vigilância sanitária e da realização de campanhas de vacinação. Para realizar tais ações, são formados sistemas nacionais de alerta sanitário, os quais precisam da participação dos Estados, do compromisso dos produtores e da comunidade. O programa dispõe de financiamento estável, oriundo do Fundo para a Convergência Estrutural e Fortalecimento da Estrutura Institucional do Mercosul (FOCEM), sendo destinados investimentos elevados para tratar do problema, conforme informações destacadas no *site* da PAHO (2015b):

La inversión económica por parte de los países también ha ido incrementando a lo largo del tiempo, llegando a un gasto anual actual superior a los 1300 millones de dólares (entre inversiones públicas y privadas) por parte de los países de Sudamérica. Contando con más de 7500 veterinarios dedicados a los programa de lucha contra la fiebre aftosa (PAHO, 2015b).

A partir das ações do PAMA, segundo avaliação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), destacam-se os seguintes resultados para os países do Mercosul:

i) avanços acerca de investimentos em saúde, com utilização para aquisição de equipamentos. Em 2007, de um total de US\$ 13,888.550 de recursos do FOCEM destinados ao PAMA, a Argentina recebeu US\$ 2,612.000; ao Brasil coube o maior montante de verbas, US\$ 3,601.800; e o Uruguai recebeu US\$ 1,737.800 (EFSUL, 2012).

ii) a estrutura institucional do PAMA conta com os Ministérios da Agricultura dos EEPP e dos Estados Associados participantes do programa, os quais se encarregam de sua implementação, sendo fundamental a atuação regional do Comitê Mercosul Livre de Febre Aftosa (CMA) que acompanha a adoção nacional das recomendações consensuadas no Bloco. A atuação conjunta, por meio das ações de cooperação em prol da erradicação da doença, com a renovação dos compromissos relativos à prevenção da aftosa, tem ajudado a recuperar a relevante atividade socioeconômica da pecuária na região (EFSUL, 2012);

iii) intercâmbios científicos, realizados a partir do desenvolvimento de estudos técnicos voltados para a saúde animal, colaboram com a harmonização de procedimentos e reforçam aspectos regionais importantes em torno da saúde como um todo (PAHO, 2015c);

iv) entendimentos ressignificados da noção de vigilância facilitam diagnósticos e identificações de problemas específicos de uma região;

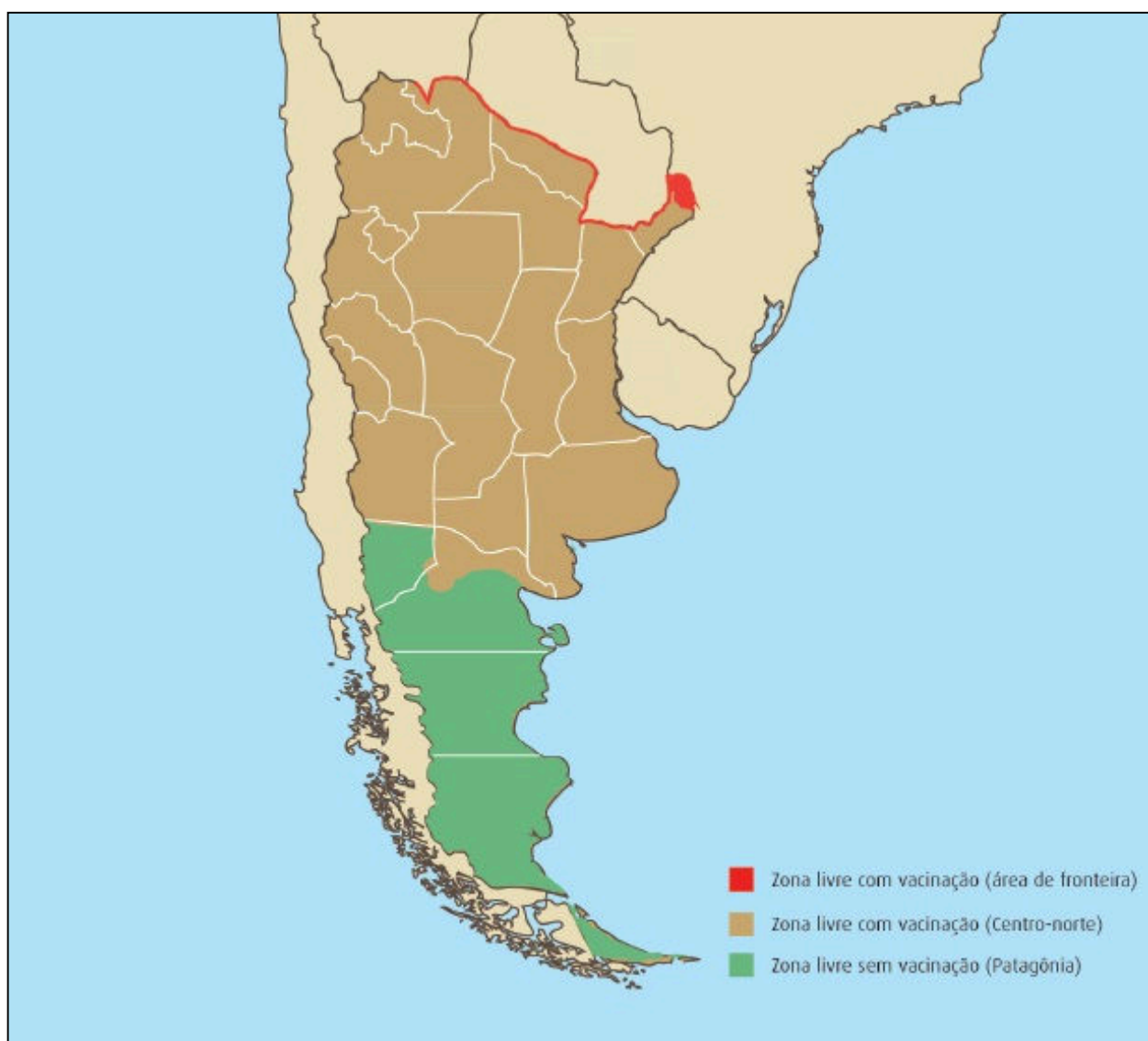
iv) relações cooperativas intensificam-se com a OIE e com a PANAFTOSA. A maior parte das recomendações do organismo internacional foi cumprida.

Na fronteira entre Bolívia, Argentina e Paraguai, foram alcançadas, acima de 85%, as metas de combate à aftosa, precisando ajustar aspectos referentes à vacinação, integração e infraestrutura sanitária. Existem duas zonas de alta vigilância diferentes num mesmo país, como ocorreu na fronteira entre Paraguai e Brasil, o que indica êxito para a demarcação da ZAV. Em outra zona de fronteira entre Bolívia e Brasil, constatou-se um menor avanço por conta de debilidades, principalmente advindas da Bolívia. De modo geral, a avaliação de 2014 revela que boa parte das ações do programa foi cumprida,

com expressivo avanço regional para a melhoria da situação sanitária (PAHO, 2015c).

A Argentina apresentou, em 2010, as áreas de Sul e Norte da Patagônia como livres de febre aftosa sem vacinação, e a zona norte central e a linha fronteira foram classificadas livres com vacinação, como apresentado em seguida, na Figura 8.

Figura 8: *Status* Sanitário das Regiões na Argentina



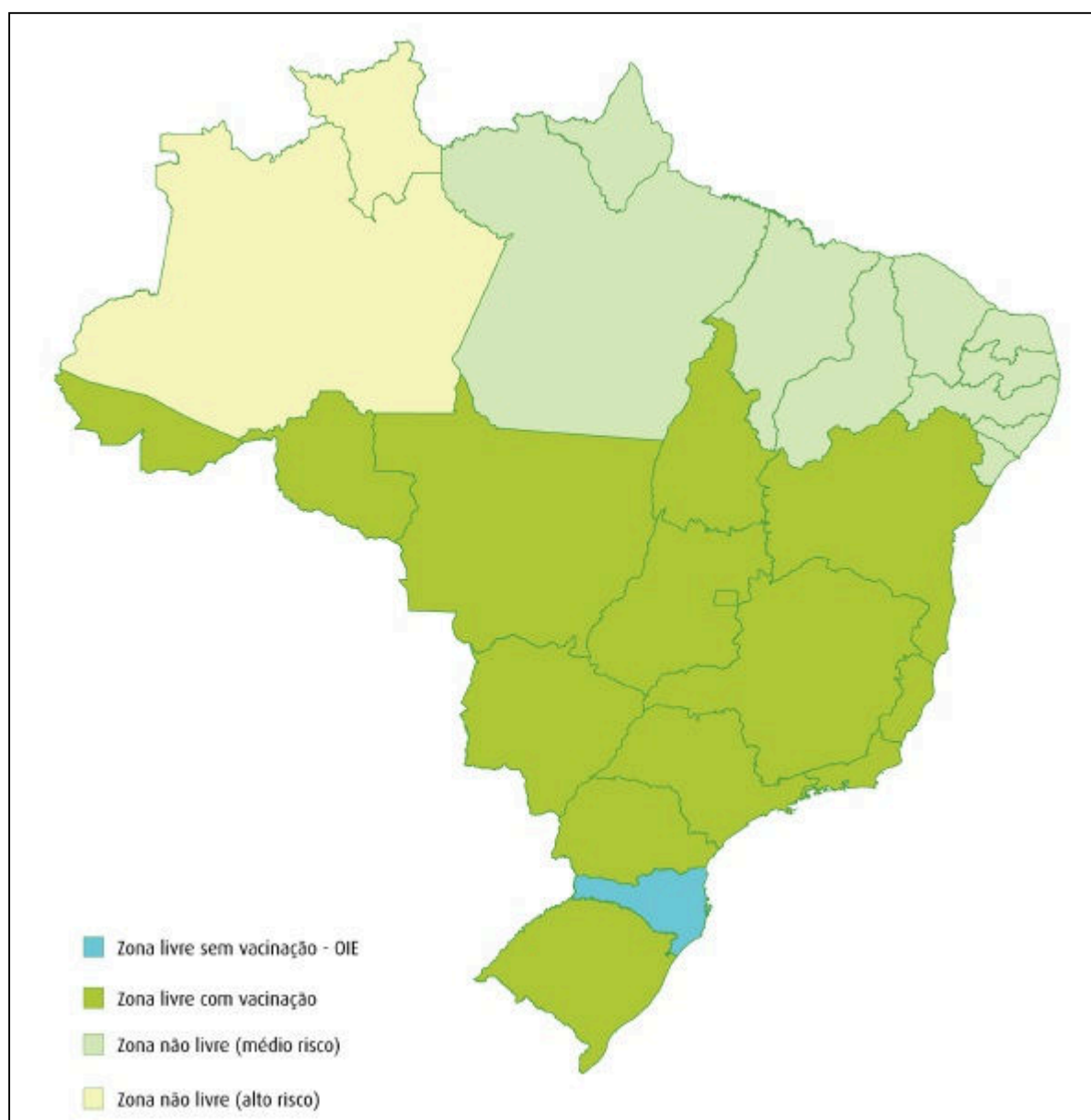
Fonte: EFSUL, 2012, p. 15.

As categorias do *status* sanitário do país foram definidas de acordo com as recomendações da OIE, com destaque para a área de fronteira que necessita de constantes ações de vacinação. A melhoria da situação sanitária

da Argentina indica possibilidades do país retomar suas relações com o mercado internacional de produtos da pecuária e intensificar as relações intrabloco (EFSUL, 2012).

No Brasil, a única região livre de febre aftosa sem vacina é Santa Catarina. As zonas Sul e Centro-Oeste encontram-se livres do problema com vacinação. As zonas não livres da doença são o Norte e o Nordeste, conforme a Figura 9, com o mapa *Status Sanitário das Regiões no Brasil*, a seguir.

Figura 9: *Status Sanitário das Regiões no Brasil*



Fonte: EFSUL, 2012, p. 17.

O Brasil apresenta-se dividido em quatro zonas sanitárias que revelam o estágio de controle da aftosa, com ênfase nas regiões que ainda não conseguiram combater o problema. Destacam-se as ações conjuntas nas fronteiras de monitoramento, identificação de possíveis focos da doença e vacinação promovidas a partir do PAMA (EFSUL, 2012).

Em 2011, o Uruguai⁵⁹ foi declarado um país livre com vacinação. Ainda no ano de 2011, houve um surto de aftosa no Paraguai que preocupou a região do Mercosul. Recentemente, a Organização Mundial de Saúde Animal (OIE) declarou que a América do Sul contornou os casos da doença na região, com a conquista de cada vez mais espaços livres do problema, já que 64% do território não apresentam casos da doença após a adoção da vacinação, e 19%, também, encontram-se livre da aftosa sem vacinação. Estudos epidemiológicos têm-se voltado para o problema, ao acompanhar a produção de vacinas de qualidade (EFSUL, 2012; OIE, 2015).

As ações de cooperação promovidas pelo PAMA aperfeiçoam aspectos como diagnóstico e análises situacionais conjuntas entre países do Cone Sul, e realização de planejamento plurianual, com vistas a orientar o Plano Operativo Anual, para acompanhar ações realizadas e propor as revisões necessárias. Para o Mercosul, o PAMA representa um instrumento internacional de intercâmbio técnico e científico que necessita da harmonização de procedimentos, redes de comunicação, sistemas de detecção integrados, planos emergenciais conjuntos, entre outras medidas regionais que tratam de um problema que afeta o comércio da região e pode trazer riscos à saúde humana. Assim como o RSI, o PAMA, no que tange à saúde animal, contribuiu com a ampliação da concepção de vigilância relacionada com determinantes sociais da saúde, envolvendo entidades públicas e privadas para a realização de suas metas (EFSUL, 2012).

O programa é hoje valorizado pelos países do Mercosul, devido aos danos que a aftosa pode gerar para um setor produtivo tradicional, como a pecuária, avaliada em termos de produção e comércio, o que envolve pequenos, médios e grandes produtores rurais no ramo da criação, principalmente, de bovinos. É uma importante atividade de exportação,

⁵⁹ Não foi encontrado mapa sanitário do Uruguai sobre a febre aftosa para o ano de 2010.

abastecimento do mercado interno e empregos. A Tabela 5, abaixo, mostra a importância da pecuária para Argentina, Brasil e Uruguai.

Tabela 5: Volume de exportações em milhares de ton.

País	2008	2009	2010	Participação Mundial – 2010	Rank Mundial
Brasil	1.801	1.596	1.675	23,09%	1º
Uruguai	361	376	380	5,24%	7º
Argentina	429	661	309	4,26%	8º

Fonte: EFSUL, 2012, p. 13.

Os dados revelam o volume de exportações de gado no Brasil em 2010, ocupando posição mundial de destaque; na Argentina e no Uruguai, os índices de comércio internacional no setor melhoram com ênfase para as participações destes no mercado pecuarista mundial.

A Tabela 6, a seguir, reforça o papel da pecuária para os países estudados em termos de abastecimento do mercado interno.

Tabela 6: Consumo per capita anual em kg.

País	2008	2009	2010	Média (2008-2010)
Argentina	69	69	58	65
Uruguai	51	58	56	55
Brasil	37	37	37	37

Fonte: EFSUL, 2012, p. 14.

A Argentina tem o maior consumo do gado que produz, com diminuição do mesmo recentemente. No Uruguai, há uma estabilidade da demanda interna, com pequena redução em 2010. E Brasil apresenta o menor consumo interno, com um índice estável de 2008 a 2010.

O PAMA é pluriestatal e intersetorial na realização de suas ações, envolvendo setores diversos, como agricultura, comércio e saúde. Sem as ações articuladas e integradas entre os países do PAMA, os riscos de contaminação da febre aftosa seriam altos.

Os países do Mercosul estudados incorporaram as orientações do PAMA, definidas em nível regional.⁶⁰ Antes do referido Programa, existiam planos e ações nacionais, em diferentes estágios, para lidar com o problema da aftosa, e a capacidade de captar recursos técnicos e científicos, para combater a doença, variava conforme as experiências de cada um deles. Após a adesão ao pacto sanitário, Argentina, Brasil e Uruguai passaram a contar com financiamento estável, redes de comunicação mais eficazes e assistência técnica, o que amenizou as consequências. Num período a longo prazo, visa-se a erradicação da aftosa. No Mercosul, os países trabalham juntos por meio de práticas cooperativas, principalmente, nas fronteiras.

A prevenção é uma estratégia de ação destacada como diretriz fundamental do programa de cooperação em pauta, o qual necessita, em especial, harmonizar estruturas de serviços que detectem, precocemente, os riscos à saúde e estabelecer controle inicial do problema. Quando a febre aftosa é identificada, o PAMA prevê a articulação de um sistema de intervenção coordenado que responde de maneira emergencial, para eliminar o dano. O programa requer instituições que relacionem o tratamento de questões tanto da saúde humana e ambiental quanto da animal. Os representantes nacionais são fundamentais para a estrutura de combate à aftosa, que conta com os Ministérios da Agricultura para coordenar os planos de ação nos seus países.

O PAMA representa uma oportunidade de unificar planos regionais de políticas de saúde que favoreçam o desenvolvimento social no Mercosul. Em termos da questão da febre aftosa, há um crescimento conjunto no combate ao problema entre os três países avaliados, a Argentina, o Brasil e o Uruguai. A aftosa, que era tratada isoladamente por decisões governamentais, tornou-se objeto de interações entre diferentes atores, a partir do PAMA, envolvendo governos, entidades privadas, organismos internacionais, representantes da sociedade civil etc. O entendimento sobre as fronteiras e a interdependência nas relações internacionais redefiniram-se, superando os limites rígidos da soberania e as abordagens em torno de questões meramente econômicas.

⁶⁰ A Argentina é o país que apresenta o menor grau de incorporação das recomendações do PAMA, segundo relatório de monitoramento da organização EFSUL (2012).

Hoje, as interações entre países fazem parte de relações políticas mais amplas (SATO, 2010).

A cooperação, a partir do PAMA, apoia a formulação de políticas nacionais, fortalecendo centros locais especializados em combater a febre aftosa. Por um lado, seguem padrões de eficiência que se tornam referência internacional e, por outro lado, buscam medidas de adequação às necessidades particulares de cada localidade. Regionalmente, promove-se uma reorganização das estruturas de combate aos problemas sanitários de forma a preparar a região para novos problemas advindos do processo de integração em saúde.

As ações, também, a partir do PAMA, consolidam uma noção de saúde pública de caráter global nas relações entre os países do Mercosul, ao renovar as políticas públicas de saúde que promovem relações com atores variados, no âmbito internacional. Isso reforça a ideia da saúde como um bem público que exige mecanismos de governança diferenciados. O programa em pauta trata de problemas que transcendem fronteiras e que encontram, na cooperação, soluções que possam responder a diferentes demandas (PEREZ, 2012). O PAMA trouxe melhoras em aspectos infraestruturais e na qualidade das ações em saúde, além de configurar um tipo de cooperação regional voltado para ampliar debates públicos sobre a interação entre políticas econômicas e sociais, as quais afetam os setores produtivos (LANIADO; SANTOS, 2014).

5.3 O Observatório Mercosul de Sistemas de Saúde (OMSS) e a integração política

O Observatório Mercosul de Sistemas de Saúde (OMSS) foi criado através do acordo Nº 18/08 da XXV Reunião de Ministros da Saúde (RMS), celebrado no Rio de Janeiro, em 28 de novembro de 2008, com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento de políticas de saúde regionais. Foi inspirado no Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde que se tornou uma referência para o processo de integração na região europeia. Implementado a partir de 2010, com o apoio financeiro e de recursos humanos dos Estados Partes (EEPP), conta com a adesão da Agência Espanhola de Cooperação

Internacional para o Desenvolvimento (AECID) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)/Organização Mundial de Saúde (OMS). Ambas cooperam com as ações do OMSS, disponibilizando recursos financeiros e acompanhamento de resultados (OBSERVASALUD, 2015).

O OMSS, em nível regional, tem os seguintes objetivos:

- i) produzir, disseminar e intercambiar conhecimentos sobre os sistemas de saúde dos EEPP, enfatizando abordagens em torno dos determinantes sociais da saúde, dos modelos de atenção, do financiamento e da gestão; e
- ii) promover investigações em saúde, compartilhar experiências e informações oriundas das análises dos sistemas de saúde em processo de reforma (OBSERVASALUD, 2015).

O OMSS possui uma estrutura organizativa composta por Conselho Diretivo, Coordenação Executiva, Coordenação Acadêmica e Rede de Instituições de Investigações em Saúde. O Conselho Diretivo é responsável pela condução da proposta política do órgão, com dois membros de cada EEPP que se reúnem duas vezes ao ano, e seu presidente é o membro do Estado que está com a presidência *Pro Tempore* do Bloco. As atividades do Observatório são realizadas pelas Coordenações Executiva e Acadêmica. A primeira executa o plano operativo anual, administra recursos econômicos, apoia a rede de instituições de investigações em saúde, entre outras tarefas. Já a Coordenação Acadêmica volta-se para o acompanhamento de pesquisas; realização de publicações, seminários e reuniões; coordenação da rede de instituições de pesquisadoras em saúde etc. E, por fim, a Rede de Instituições é formada por entidades acadêmicas da área de saúde, tendo como meta central o intercâmbio de conhecimentos e informações.

O OMSS visa a ampliar o acesso a uma atenção de qualidade para as populações envolvidas. Propõe uma articulação na região em termos de estruturas institucionais e tecnológicas das redes de serviços, dos sistemas de financiamento e da gestão dos mesmos, da organização do trabalho, entre outros aspectos, além da promoção do controle social e da garantia da participação social. Segundo a RMS, as melhorias nos serviços de saúde

dependem do monitoramento de informações sobre as metas almejadas e da cooperação entre os atores, com vistas a assegurar o compartilhamento de experiências, sendo resguardadas as necessidades locais, expressas por políticas nacionais (MERCOSUL, 2008). Três elementos despontam como centrais nas iniciativas do OMSS: i) a difusão de informações sobre o que ocorre nos sistemas de saúde dos EEPP e Estados Associados; ii) o intercâmbio de informações que favoreçam reformas nos sistemas de saúde; e iii) a participação social. Esses três elementos influenciam nas concepções institucionais e nos princípios orientadores das políticas públicas, bem como estimulam estudos acadêmicos e o apoio técnico ao OMSS e a outras entidades, para o fortalecimento das redes de conhecimento no Bloco (MERCOSUL, 2008).

Dos 115 (cento e quinze) documentos analisados da RMS, para o período de 2005 a 2011, apenas um (1) acordo, de 2008, trata especificamente do OMSS referente à sua criação. No entanto, é possível observar debates relacionados aos temas enfocados pelo Observatório, considerados centrais para as políticas de saúde. Como o OMSS é um acordo recente, de 2010, as negociações anteriores à execução dos trabalhos do Observatório destacaram medidas de controle das doenças. Após o funcionamento da OMSS, intensificaram-se os debates sobre temas que interessam às reformas dos sistemas de saúde, como pode ser observado no Gráfico 11, a seguir.

Gráfico 11: DSS determinantes sociais em saúde - 2005 – 2011



Fonte: Elaborado pela autora com base nos documentos da RMS de 2005 a 2011.

Em 2005, não foram observadas decisões quanto à formulação de políticas, prevalecendo preocupações acerca da prevenção e controle de doenças, da vigilância em saúde, do acesso a medicamentos e de fatores de risco para doenças não transmissíveis.

No ano de 2006, num total de quinze (15) documentos, dois (2) acordos tratam de tema fundamental às políticas públicas, qual seja, a participação social. É enfatizada a saúde como direito, como um bem coletivo que envolve a participação política de diferentes grupos de cidadãos e protagonistas sociais; bem como são defendidos direitos e deveres, com repercussões para a democratização dos sistemas de saúde.

No ano de 2007, foram dezoito (18) os documentos produzidos pela RMS. Dois (2) deles são acordos relacionados aos determinantes sociais da saúde para as políticas públicas, os quais se referem aos comportamentos e estilos de vida que se reforçam nas comunidades, a depender do acesso aos recursos básicos de saúde. Evidencia-se, assim, que há vulnerabilidade das pessoas socialmente desfavorecidas, com menos acesso aos serviços sanitários e de saúde, confirmando uma das principais causas do adoecimento, qual seja, a condição socioeconômica de vida e de trabalho.

O acordo cita a criação da nova estrutura do Ministério da Saúde da Argentina, de uma Secretaria de Determinantes da Saúde e Relações Sanitárias. No Brasil, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde é destacada por funcionar com a participação de vários setores do Governo Federal. O acordo não faz referência à evolução dos determinantes sociais no Uruguai. Porém, em relatórios avaliativos de outras entidades, há indicações sobre as iniciativas do governo voltadas para o tema e a criação de um Ministério de Desenvolvimento Social (MIDES), em 2005, para coordenar ações, planos e programas intersetoriais. O MIDES contou, posteriormente, com outros organismos, como o Gabinete Social, o Conselho de Políticas Sociais e Mesas Interinstitucionais, além do Plano de Equidade, já referidos anteriormente (ISAGS, 2012).

No ano 2008, além do acordo de criação da OMSS mencionado anteriormente, três (3), dos vinte (20) documentos produzidos, referem-se a abordagens intersetoriais, no sentido de articular as políticas de saúde com as de desenvolvimento social e ações complementares, assim como há

referências às contribuições da Declaração de Alma-Ata e dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para políticas de saúde.

Em 2009, dos dezesseis (16) documentos do RMS, dois (2) referem-se a saúde sendo que um (1) deles trata do tema da promoção da equidade em saúde, a partir da consideração de seus determinantes sociais, e o outro indica um plano de trabalho para implementar ações voltadas para os determinantes sociais.

Por fim, os temas políticos relacionados à saúde aparecem nos documentos de 2011. Dos dezesseis (16) documentos consultados, três (3) informam sobre o fortalecimento dos EEPP em termos de abordagens acerca dos determinantes sociais da saúde, com atenção ao reforço da Comissão Intergovernamental de Determinantes Sociais e Promoção da Saúde do Bloco.

Essas políticas de integrações possibilitam intercâmbio de conhecimentos e de experiências sobre iniquidades em saúde na região, bem como definem saúde pública como um conceito social e político, que inclui melhorias na qualidade de vida por meio da promoção da saúde, prevenção de doenças e intervenção sanitária. O Quadro nº. 11 ilustra os acordos elaborados de 2005 a 2011, relacionados aos determinantes sociais da saúde (DSS).

Quadro 11: Acordos relacionados aos DSS (2005 a 2011)

Tipo	Nº	Título	Local	Data
Acordo	12	Apoio das iniciativas de participação social em saúde do MERCOSUL	Brasília	29/11/2006
Acordo	13	Apoio das iniciativas de participação social em saúde dos EEPP e EA do MERCOSUL	Brasília	29/11/2006
Acordo	7	Adesão dos EEPP do MERCOSUL à Conferência Internacional de Saúde para o Desenvolvimento: Atos, Fatos e Realidades - Buenos Aires 30/15: De Alma-Ata à Declaração do Milênio	Assunção	15/06/2007
Acordo	8	Adesão dos EEPP e EA à Conferência Internacional de Saúde para o Desenvolvimento: Atos, Fatos e Realidades - Buenos Aires 30/15: De Alma-Ata à Declaração do Milênio	Assunção	15/06/2007
Acordo	14	Incorporação e promoção do enfoque de determinantes da saúde no âmbito do MERCOSUL	Punta Del Este	30/11/2007
Acordo	1	Acordo para reforçar a redução da mortalidade materna e criança sob os Objetivos do Milênio	Buenos Aires	13/06/2008
Acordo	2	Abordagens Intersetoriais	Buenos Aires	13/06/2008
Acordo	3	30 anos de Alma-Ata	Buenos Aires	13/06/2008
Acordo	18	Observatório MERCOSUL de Sistemas de Saúde	Rio de Janeiro	28/11/2008

Tipo	Nº	Título	Local	Data
Acordo	2	Promover a equidade na saúde atuando sobre os determinantes sociais da saúde	Assunção	19/06/2009
Acordo	6	Criação da comissão intergovernamental de determinantes sociais da saúde e sistemas da saúde	Assunção	19/06/2009
Acordo	15	Plano de trabalho para a consolidação de políticas de determinantes sociais e sistema de saúde	Montevideo	04/12/2009
Acordo	1	Promoção da Saúde no MERCOSUL	Assunção	09/06/2011
Acordo	7	Comissão Intergovernamental de determinantes sociais e promoção da saúde	Assunção	09/06/2011
Acordo	10	Fortalecimento das ações na região do MERCOSUL, sobre os determinantes sociais da saúde	Montevideo	07/12/2011

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos acordos da RMS 2005-2011.

Com relação às informações e produções acadêmicas, a partir do OMSS, o Mercosul-Saúde passou a reunir especialistas e pesquisadores para debater ideias em torno das avaliações dos sistemas de saúde dos EEPP. Foi produzido e disponibilizado à sociedade no *site* do Observatório um importante estudo comparativo entre os sistemas de saúde da Argentina, Brasil e Uruguai. Esse estudo comparativo favorece o acompanhamento das reformas nacionais, com vistas a intensificar esforços de convergências de interesses, especialmente, entre os três países estudados, o que foi referido em capítulo anterior. Entre as parcerias acadêmicas, a mais recente delas foi com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Fiocruz) do Brasil. Anteriormente, ocorreu uma parceria com a Universidade I-Salud da Argentina, que também já havia aderido à rede de instituições de investigação do órgão. Ambas ocorreram em 2014. É crescente, também, a participação do Observatório em foros internacionais, como os que são realizados pela Unasul, mais especificamente pelo ISAGS, e Foros Andinos de Saúde. A aproximação entre as três principais instâncias da região – Mercosur, Unasul e Comunidade Andina de Nações (CAN) – é mais uma conquista importante para ampliar a integração regional e tratar de temas sociais e econômicos (OBSERVASALUD, 2015).

As ações do OMSS são recentes e promissoras. Trata-se de um acordo que demonstra interesse em conciliar desenvolvimento social, direitos humanos e o contexto internacional. Favorecem interações, trocas e intercâmbios para definirem diretrizes e realizações de um futuro comum. As concepções e decisões, antes isoladas, passam a se estabelecer conjuntamente. No

Mercosul, almeja-se a construção de uma política de saúde regional que assegure um padrão de vida digno e comum aos cidadãos da região, e que garanta, ao mesmo tempo, espaço para que divergências sejam negociadas (SATO, 2010).

O diretor de relações internacionais do Ministério da Saúde do Uruguai no Mercosul, em entrevista realizada em dezembro de 2014, se manifestou da seguinte maneira com relação ao OMSS:

Os Ministros se esforçam para aprimorar a integração em saúde, e os estudos sobre o tema e o Observatório Mercosul em Sistemas de Saúde podem trazer uma grande contribuição nesse sentido. O Bloco conseguiu conquistas importantes, que merecem destaque, como: a compra conjunta de vacinas e de medicamentos, planejamento conjunto, negociações intergovernamentais (Entrevista n° 9).

O relato do entrevistado mostra a importância da saúde para o processo integrativo, e a contribuição das propostas do Observatório para a viabilização de planos unificados de políticas de saúde, com base em novas formas de relações entre países com dinâmicas desiguais de desenvolvimento. A saúde permite formar espaços regionais de diálogos sobre diversas abordagens que permitem a estruturação da área dentro de parâmetros transnacionais, a exemplo da saúde como um direito social.

Conforme a iniciativa do OMSS, os EEPP promovem intercâmbio de informações e experiências, para reorganizar o setor da saúde e readequá-lo às novas necessidades trazidas pela integração regional, consolidando uma cultura de compromisso e confiança de longo prazo na integração, afastando posturas de rivalidades (MERCOSUL, 2008).

5.4 A Convenção Quadro de Controle do Tabaco (CQCT) e as perspectivas de mudança de comportamento

A Convenção Quadro de Controle do Tabaco (CQCT) estabelece as bases para a cooperação internacional, no que se refere ao tabaco, com vistas às políticas nacionais de saúde. O objetivo do Quadro de Controle é proteger diferentes gerações das consequências do fator de risco do tabaco

(OBSERVATÓRIO NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO, 2015). Desde 1978, a Assembleia Mundial da Saúde (AMS) manifestava preocupação com o crescimento da produção e do consumo de cigarros no mundo. Posteriormente, em 1999, novamente, a AMS levantou a questão do tabagismo, tratando-o como epidemia e indicando a importância da interdependência das nações como elemento eficaz de abordagem dos determinantes transnacionais do problema, especialmente nos países em desenvolvimento.

Iniciou-se, assim, uma articulação para realizar um tratado internacional de cooperação, no sentido de combater a propagação do tabagismo, que resultou na Convenção Quadro de Controle do Tabaco (CQCT). Formou-se o Órgão de Negociação Intergovernamental (ONI), no ano de 2000, para elaborar e negociar o texto do tratado. Em 2003, a AMS acordou a CQCT como o primeiro tratado internacional de saúde pública da história da OMS, tendo como resposta 192 países signatários para combater a crescente epidemia de tabaco no mundo. A CQCT passou a vigorar internacionalmente a partir de 2005. Tornou-se um marco para a saúde pública mundial por contar, até 2014, com a ratificação de 178 países e por determinar a adoção de medidas intersetoriais nas áreas de publicidade e propaganda, patrocínio, advertências sanitárias, tabagismo passivo, tratamento de fumantes, comércio ilegal, preços e impostos (OBSERVATÓRIO NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO, 2015).

Os objetivos da CQCT, segundo o 3º artigo do tratado, são:

Proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, proporcionando uma referência para as medidas de controle do tabaco, a serem implementadas pelas Partes nos níveis nacional, regional e internacional, a fim de reduzir, de maneira contínua e substancial, a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco (BRASIL, 2012, p. 9).

Destacam-se os princípios norteadores das medidas difundidas pelo CQCT, as quais se pautam nos seguintes direitos das pessoas: informações sobre a gravidade das consequências decorrentes do consumo do tabaco; acesso à prevenção, à iniciação e ao apoio para a cessação de fumar; e proteção à exposição involuntária à fumaça do tabaco (BRASIL, 2012; OBSERVATÓRIO NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO, 2015).

As medidas centrais recomendadas pelo CQCT apresentam dois eixos de atuação: um voltado para a redução da demanda, e outro para a diminuição da oferta. Entre as medidas de redução da demanda destacam-se:

- 1) proteção contra a exposição à fumaça do tabaco (artigo 8º);
- 2) regulamentação do conteúdo dos produtos de tabaco (artigo 9º);
- 3) regulamentação da divulgação das informações sobre os produtos de tabaco (artigo 10);
- 4) embalagem e etiquetagem de produtos de tabaco (artigo 11);
- 5) educação, comunicação, treinamento e difusão de informações ao público (artigo 12);
- 6) publicidade, promoção e patrocínio do tabaco (artigo 13); e
- 7) medidas de redução de demanda relativas à dependência e ao abandono do tabaco (artigo 14) (BRASIL, 2012, p. 9).

A CQCT definiu, ainda, medidas voltadas para a proteção ao meio ambiente, relacionadas à produção de fumo, tais como: indica a responsabilidade penal e civil da indústria do tabaco; ressalta a cooperação científica e técnica, e o intercâmbio de informação entre os países como fundamentais no combate ao tabagismo; e aponta os mecanismos institucionais e recursos financeiros para a sua implementação (OBSERVATÓRIO NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO, 2015).

Em termos de atuação, a CQCT conta com a Conferência das Partes (COP), que é uma instância deliberativa formada pelos países signatários da convenção, para tomar decisões sobre aspectos técnicos, processuais e financeiros, quando da implementação do tratado nesses países. O COP já estabeleceu, por exemplo, grupos de trabalho e de estudos para elaborarem diretrizes e recomendações a serem cumpridas nacionalmente, na adesão aos tratados. O órgão se reúne a cada dois anos, com a participação de delegações dos estados membros que avaliam a implantação do tratado nas localidades. Entre as suas diretrizes, destacam-se: respeito às liberdades

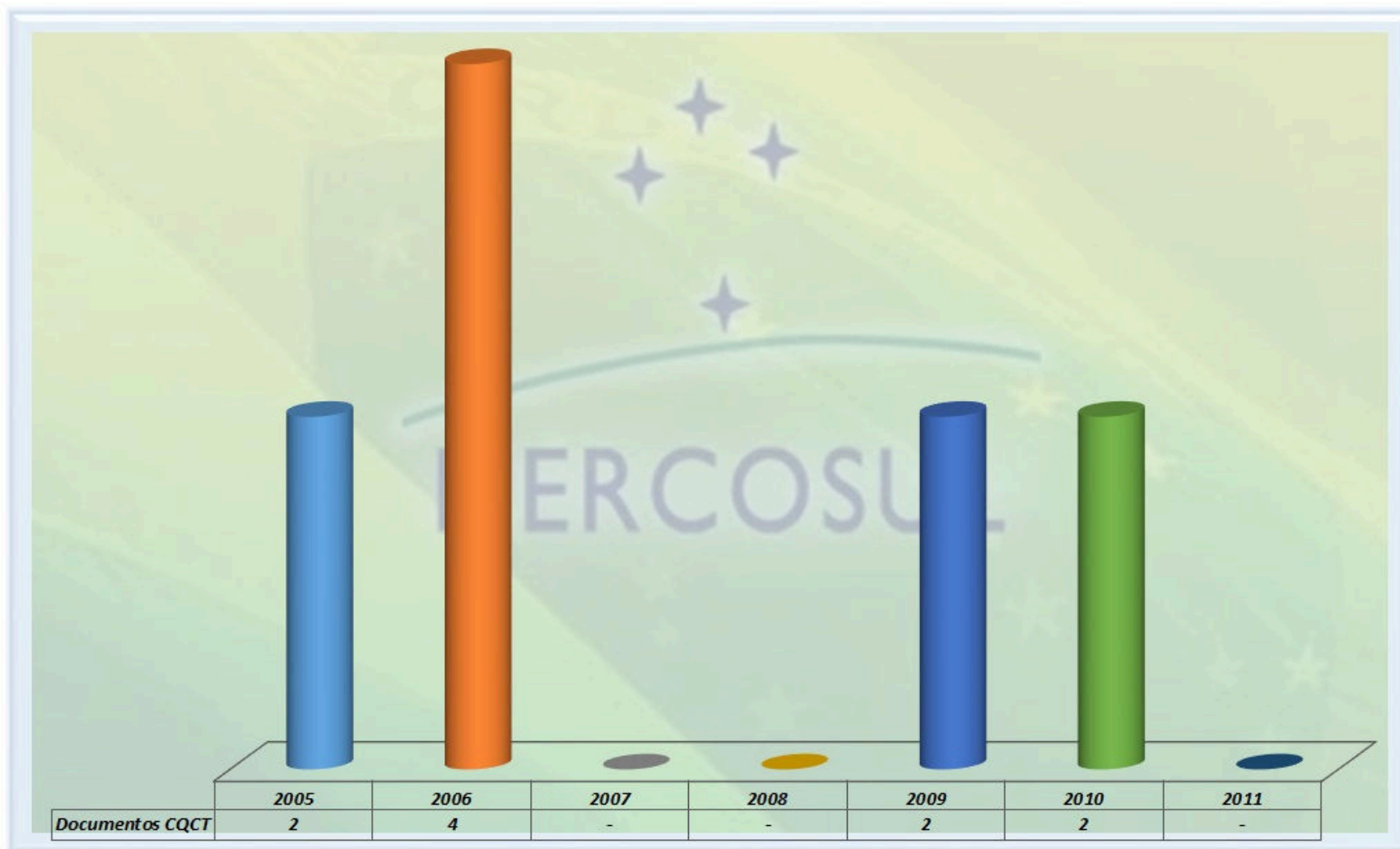
fundamentais das pessoas em relação à proteção à fumaça de cigarro; estabelecimento de limites dos interesses das indústrias de tabaco, bem como de locais permitidos para fumar: valorização da saúde pública; mudanças legislativas; responsabilidade social da publicidade e da mídia, entre outras.

Os Estados Partes do CQCT reportam seu progresso para a COP, no sentido de monitorar a implementação do tratado, e de possibilitar o compartilhamento das experiências entre as nações. Ainda em termos da estrutura de sua implementação, o CQCT conta com uma dimensão local coordenada pela Comissão Nacional para Implementação da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CONICQ), responsável por organizar a agenda governamental nacional intersetorial, para o cumprimento das obrigações do tratado no país (OBSERVATÓRIO NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO, 2015).

A maioria dos países do Cone Sul aderiu ao CQCT através do Mercosul, enfatizando a cooperação como meio para controlar o tabaco e enfrentar os desafios transfronteiriços relacionados à questão, visando combater o comércio ilegal e controlar a publicidade, por exemplo. Ademais, há a exigência de harmonização de políticas de preço e impostos que contribui para o processo integrativo. Desde 2003, o controle do tabaco foi incluído na agenda da Reunião de Ministros da Saúde (RMS) do Mercosul e, no mesmo ano, criou-se a Comissão Intergovernamental para Controle do Tabaco (CICT), voltada para a definição técnica de medidas prioritárias, a fim de ampliar, nos EEPP, a adoção das recomendações da CQCT. Em 2008, o Bloco conquistou a condição de observador no CQCT, podendo manifestar-se durante as conferências da COP.

A luta contra o tabaco foi assumida como objeto da política regional na RMS desde 2003, contando com intervenções regulatórias que começam a ser pactuadas no Mercosul-Saúde e são difundidas pelos EEPP, caracterizando um esforço multilateral que envolve governos e movimentos antitabagistas, para a implementação de medidas de controle do tabaco. De acordo com os 115 (cento e quinze) documentos da RMS analisados, referentes ao período de 2005 a 2011, as discussões em torno da CQCT foram distribuídas ao longo do tempo, como mostra o Gráfico 12, abaixo.

Gráfico 12: O CQCT na pauta das Reuniões da RMS (2005 a 2011)



Fonte: Elaborado pela autora com base nos documentos da RMS.

O tema do controle do tabaco se distribui de forma homogênea nos debates promovidos pela RMS, com uma lenta expansão. No ano de 2005, de 16 (dezesesseis) documentos produzidos, dois (2) referem-se à capacitação conjunta dos países para uma política regional de acompanhamento dos riscos do tabaco e atenção ao comércio ilícito do produto. Tai documentos tratam, também, da necessidade da participação da sociedade civil e do financiamento para alavancar o controle do tabaco na região, seguindo as recomendações da OMS.

Em 2006, de 15 (quinze) documentos produzidos, três (3) informam as preocupações do Bloco com a harmonização de metas que favoreçam leis e instituições para o combate ao tabagismo. Acordou-se a solicitação do *status* de observador do Mercosul nas reuniões da CQCT. No ano de 2009, dos 16 (dezesesseis) documentos produzidos, dois (2) registram as discussões sobre a importância do acesso ao tratamento farmacológico, para a cessação do tabagismo, e o reforço do compromisso da região com a implementação das medidas recomendadas pela OMS. Em 2010, de 14 (quatorze) documentos, dois (2) expressam o compromisso do Bloco com a retificação do acordo do CQCT, e propõem a criação do Banco de Advertências Sanitárias para acompanhamento do tabagismo na região. O Quadro 12 ilustra os acordos elaborados de 2005 a 2011, com vistas à implementação das medidas do CQCT.

Quadro 12: Acordos relacionados ao CQCT (2005 a 2011)

Tipo	Nº	Título	Local	Data
Acordo	5	Ações para implementação de política de controle do tabaco no MERCOSUL e Estados Associados	Assunção	30/06/2005
Acordo	10	Ações de fortalecimento político e viabilização de recursos para o controle de tabaco no MERCOSUL e Estados Associados	Montevideo	11/11/2005
Acordo	6	Harmonização de metas para o controle do tabaco no MERCOSUL	Brasília	29/11/2006
Acordo	7	Harmonização de metas para o controle do tabaco no MERCOSUL	Brasília	29/11/2006
Acordo	8	Pedido de <i>status</i> de observador para o MERCOSUL nas reuniões da Conferência das partes, da Convenção marco da Organização Mundial da Saúde para o controle do tabaco	Brasília	29/11/2006
Acordo	9	Pedido de <i>status</i> de observador para o MERCOSUL nas reuniões da Conferência das partes, da Convenção marco da Organização Mundial da Saúde para o controle do tabaco - Estados Associados	Brasília	29/11/2006
Acordo	1	Publicidade, promoção e patrocínio dos produtos do tabaco nos Estados participantes do MERCOSUL	Assunção	19/06/2009
Acordo	7	Política para o controle do tabaco no MERCOSUL e Estados Associados	Montevideo	04/12/2009

Tipo	Nº	Título	Local	Data
Acordo	7	Ratificação do convênio marco da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco (CMCT) pelos Estados Participantes e Associados do MERCOSUL e Declaração de interesse da Conferência das partes do CMCT	Buenos Aires	09/06/2010
Acordo	8	Implementação do Convênio Marco para o Controle do Tabaco	Brasília	12/11/2010

Fonte: Elaborado pela autora com base nos acordos da RMS no período de 2005 a 2011.

Os documentos da RMS que tratam de preocupações relacionadas ao tabaco indicam conquistas importantes para a implementação do Quadro de Controle. Apesar da Argentina não ter ainda ratificado o acordo, o Mercosul reafirma, constantemente, o compromisso com o mesmo. Há uma grande preocupação com a capacitação das coordenações nacionais, para a adoção das medidas internacionais. Até 2012, Argentina, Brasil e Uruguai já contavam com os pontos focais nacionais reforçados pelos respectivos Ministérios da Saúde (BRASIL, 2012).

Na Argentina, desde 2011, promulgou-se uma lei nacional de proibição da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco, exceto para pontos de venda e comunicações diretas da indústria do tabaco com o consumidor. No mesmo ano, o Brasil também aprovou uma lei proibindo a propaganda no rádio, televisão, jornais, *outdoor* e pontos de venda, porém, permite, ainda, a exposição dos produtos de tabaco nos pontos de venda. No Uruguai, proibiram-se a propaganda nos principais pontos de venda e a apresentação de produtos de tabaco acesos em filmes e *shows*, além da exibição da marca. Vale destacar que não há, nos três países, restrições à publicidade de produtos de tabaco pela *internet* (BRASIL, 2012).

Outra importante conquista trazida pelo CQCT foram as advertências sanitárias que aparecem nas embalagens dos produtos, para promover a consciência pública sobre o uso do tabaco, desde 2004. O Brasil se destaca por ter legislação sobre as advertências, imagens ilustrativas e frases nos maços de cigarros. Em 2008, o Uruguai passou a inserir imagens ilustrativas e advertências que ocupam 80% das embalagens. A Comissão Intergovernamental para o Controle do Tabaco no Mercosul (CICT) criou um banco de imagens de advertências sanitárias, para padronizar aquelas que são publicadas nos maços de cigarro e em material publicitário em geral, na região. A Argentina, por exemplo, já fez uso de tais advertências.

A educação em saúde foi retomada como um instrumento da saúde pública que, ao ser aplicado estrategicamente, visa garantir a eficácia da implementação das medidas do CQCT, a partir da mudança de comportamento. Ações educativas são realizadas em escolas, ambientes de trabalho e unidades de saúde de atenção primária, com uso de material educativo, para apoiar campanhas publicitárias de prevenção. A educação em saúde é incorporada pelos países do Mercosul com apelos à necessidade de salvar vidas (BRASIL, 2012).

Em relação à proibição total do fumo em ambientes fechados, a Argentina determinou, em 2011, através de lei nacional, que ambientes públicos e de trabalho devem ser 100% livres do fumo. O país divulgou um estudo realizado em suas províncias o qual revelou que, um ano após a vigência da lei provincial, as internações por infartos diminuíram em 28%. E, ao mesmo tempo, os dados destacam que a lei não diminuiu o faturamento de bares e restaurantes, contrariando o que foi divulgado pela indústria de tabaco. No Brasil, em 2011, proibiu-se por lei fumar em recintos coletivos fechados, privados ou públicos de todo o país (BRASIL, 2012).

O CQCT, também, interferiu no aumento de preço dos cigarros para estimular a diminuição do consumo. Em 2012, na Argentina, o cigarro mais vendido custava US\$ 2.00. No Brasil, o valor foi semelhante, US\$ 2.10, e no Uruguai o custo foi de US\$ 3.60. Os preços têm se elevado em, pelo menos, US\$ 0.50 por ano (BRASIL, 2012).

A cooperação em saúde através da CQCT é mais uma iniciativa de aproximar os países em políticas de saúde, com a definição conjunta de planos de ação contra o tabagismo, o que envolve mudanças para a harmonização de legislações e metas, além do importante aprendizado de lidar com os conflitos de interesse entre o comércio e a saúde pública. Os países politicamente se reforçam ao agir em conjunto e conseguem colocar limites aos interesses da indústria tabagista. As mudanças legislativas nacionais introduzidas a partir das diretrizes do CQCT foram significativas, levando à elevação de preços, de tarifas e de impostos do produto, para reduzir o consumo, e a criação de ambientes livres do hábito de fumar, como parte das estratégias regionais.

Na entrevista realizada em março de 2014, a pesquisadora do Instituto Nacional do Câncer (INCA/RJ) e secretária executiva de implementação do

Controle do Tabaco no Mercosul reafirmou as conquistas e desafios da CQCT nos EEPP:

A própria Convenção Quadro para Controle do Tabaco (CQCT) apresenta diretrizes políticas definidas por Estados. É uma negociação que partiu de Estados Nacionais. É o primeiro tratado de cooperação Internacional em Saúde Pública da OMS, uma resposta de 192 países membros da Assembleia Mundial da Saúde à epidemia de tabagismo no mundo, adotada em 2003 e colocada em vigor desde 2005(...) A Argentina é o único país que não ratificou a CQCT por influência da indústria do tabaco, mas vem implementando algumas medidas da Convenção, como a proibição de fumar em recintos fechados. Os países associados vêm seguindo as diretrizes, de acordo com a realidade de cada governo. A política de controle do tabaco não fazia parte das preocupações dos Ministérios da Saúde, e hoje faz. O Uruguai, atualmente, assumiu, por exemplo, tal política e banuiu o ato de fumar em recintos coletivos, não se curvou às pressões da Philip Morris e sofreu pressão política da OMC. Porém, como as medidas de controle do tabaco são assumidas regionalmente, o Uruguai manteve-se forte em sua decisão de combater o tabagismo, pois contava com o apoio do Mercosul e não cedeu às pressões comerciais. E esse tipo de apoio faz diferença na região (Entrevista n° 7).

O relato acima demonstra que a cooperação através da CQCT, no âmbito regional, reforçou laços de solidariedade entre nações e igualou-as em suas relações e negociações com terceiros. A política que estabelece novas relações entre Estados que se unem no combate ao tabaco, definida pelo Mercosul, representa uma iniciativa construída em conjunto pelos EEPP e Estados Associados, que passou a integrar as políticas de saúde nacionais, com repercussões em leis, além de contribuir para a mudança de comportamento dos indivíduos e consumidores.

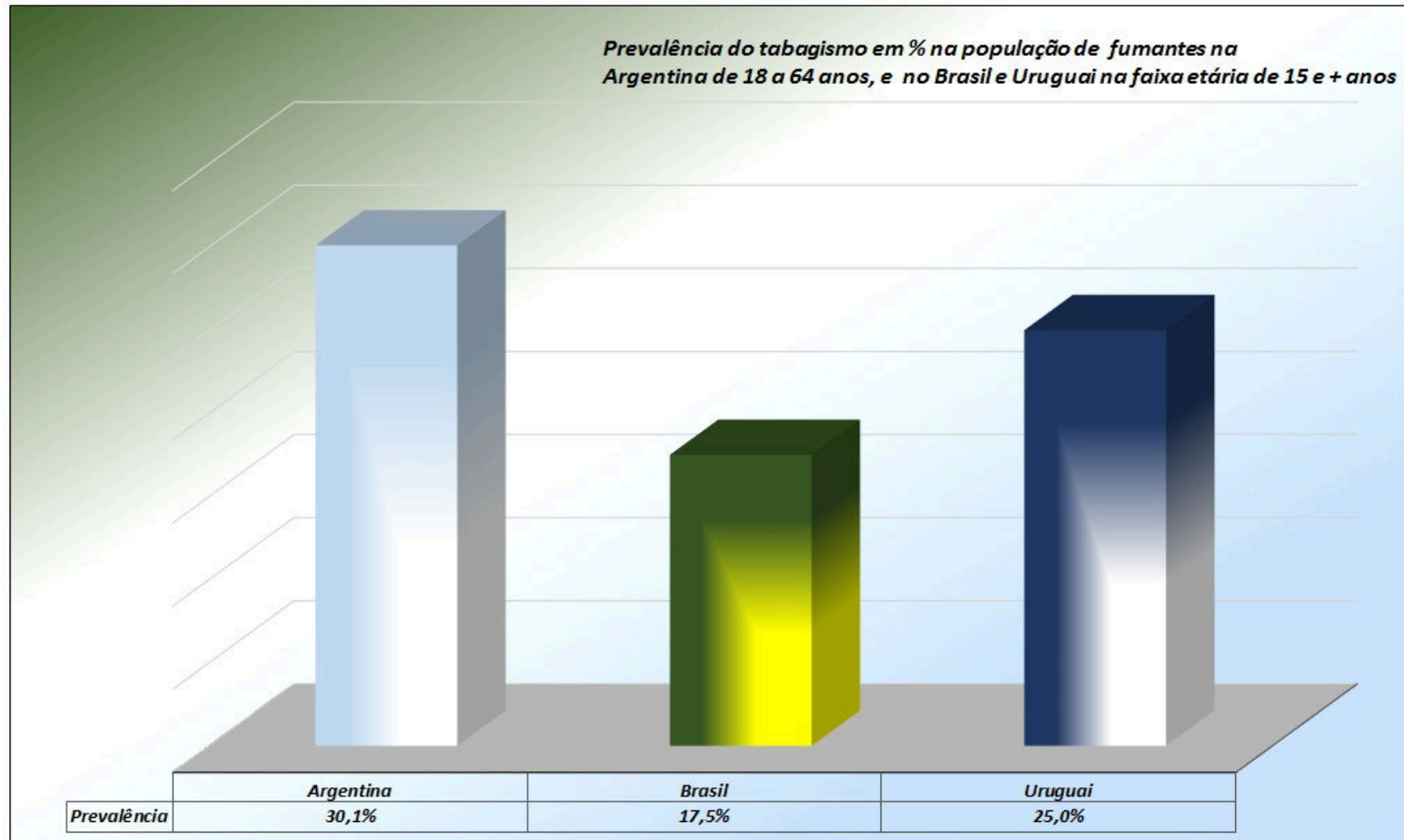
Segundo avaliações da Comissão Intergovernamental para Controle do Tabaco do Mercosul, de 2008, houve avanços regionais na implementação das recomendações da CQCT, em termos de: a) controle da publicidade, com restrições de propagandas definidas regionalmente; b) taxação mais alta dos produtos do tabaco; e c) de criação de programas de incentivo ao abandono do tabagismo, os quais contam com medicamentos para auxiliar na cessação da dependência, adquiridos a partir do Banco de Preços de Medicamentos do Mercosul.⁶¹

⁶¹ O Banco de Preços em Saúde (BPS) é uma experiência de constituição de um sistema de informação, para publicizar as compras de medicamentos, materiais médico-hospitalares, gases e outros produtos, realizadas por instituições públicas, filantrópicas ou privadas cadastradas no sistema. Essa estratégia foi desenvolvida pelo Mercosul a partir de 2007, sendo chamada de Banco de Preços de medicamentos do Mercosul, trazendo

O Gráfico 13, abaixo, demonstra a prevalência do tabagismo entre os países estudados, nos anos de 2008 e 2009, reiterando a relevância da adoção das recomendações do CQCT para a saúde da população, na região do Mercosul.

melhores negociações para os países do bloco com laboratórios farmacêuticos (SAUDEBUSINESS, 2015).

Gráfico 13: Prevalência de fumantes



Fonte: Construído pela autora com base em informações disponíveis em BRAS; INCA, 2012, p. 13.

Entre os países estudados, o tabagismo se mostra mais frequente entre os argentinos e uruguaios, com percentuais próximos a 30% e 25% respectivamente. Entre os brasileiros, a prevalência é menor, com percentual próximo a 20%. Diante dos elevados percentuais de prevalência do tabagismo entre os países estudados, as medidas do CQCT apresentam possibilidades de alterar tal quadro, podendo abranger populações mais vulneráveis socialmente que, se adeptas do tabagismo, ampliam riscos de adoecimentos. O protocolo de combate ao tabaco do CQCT envolve desde o acesso ao medicamento, para viabilizar o tratamento da dependência, até a inclusão de demandas sociais advindas da participação social, com perspectivas de ampliar leis que vetem a difusão da prática do tabagismo. Além do que, o CQCT promove informações que facilitam o acesso aos serviços de atenção primária dos sistemas de saúde, a partir dos quais existem maiores possibilidades de se estimular a mudança de comportamento (BRASIL, 2012).

A prática da cooperação no CQCT revela, ainda, desafios para a governança regional em saúde. Consta-se, nesta experiência, que a política de saúde requer apoio da política de integração regional e de desenvolvimento, através do exercício da intersetorialidade. Como foi destacado na entrevista n° 7, referida anteriormente:

Um grande desafio para o Mercosul é a intersetorialidade, pois a economia precisa dialogar com a saúde, por exemplo, com destaque para a necessidade de se reforçar espaços e meios de diálogos. A intersetorialidade é de fundamental importância para a integração regional. No Brasil, por exemplo, para implementar as medidas de controle do tabaco, a Receita Federal e o Ministério da Fazenda atuam como importantes parceiros da política. Desafios como o da intersetorialidade precisam ir para a agenda do Mercosul. A intersetorialidade depende, ainda, da coerência entre governos. A área da saúde tem uma visão, a da economia já tem outra, a comercial tem outra. Deve ampliar-se, portanto, um diálogo entre essas dimensões (Entrevista n° 7).

A intersetorialidade é indicada como um elemento chave para renovar as políticas sociais, por contribuir com a otimização de decisões e de recursos disponíveis, a fim de favorecer o acompanhamento e a transparência de resultados. Ainda, aproxima órgãos e instituições que passam a promover metas comuns e facilitam a implementação de novas formas de gestão, o que

implica em mudanças, desde a infraestrutura até os critérios de avaliação de condutas éticas (INCA, 2014).

A adesão às recomendações da CQCT e as novas formas de gestão das políticas de saúde facilitam a inserção dos países na comunidade internacional e trazem novas possibilidades de compreender a questão da saúde, no sentido global. Ademais, expandem-se os espaços de diálogo e debates sobre o tema, e os atores internacionais envolvidos se diversificam cada vez mais, havendo mais compartilhamento de experiências cooperativas.

Os relatórios de avaliação da evolução da política de controle do tabaco, nos países do Mercosul, destacam, ainda, como desafios os seguintes aspectos: i) Promover a ratificação da Convenção pela Argentina. ii) Harmonizar a Política de Preços e Impostos na região. iii) Combater o mercado ilegal de cigarros. iv) Organizar um sistema de vigilância e monitoramento integrado. v) Banir a propaganda e atividades de promoção dos produtos de tabaco (BRASIL, 2012, p. 50).

Em outros termos, o CQCT representa para o Mercosul um programa de cooperação que institui uma luta regional antitabagista, a qual envolve EEPP e Estados Associados, com ênfase na necessidade da intensificação da harmonização de estratégias e da padronização de medidas de combate do tabaco, para que a cobertura dos programas possa aumentar na região, incluindo demandas sociais e negociando as dificuldades econômicas geradas para os produtores e para os comerciantes do fumo (BRASIL, 2012).

5.5 Cooperação internacional em saúde no Mercosul

As experiências de cooperação em saúde, aqui analisadas, caracterizam um recurso de racionalidade e estratégia do ponto de vista das políticas públicas. Indicam avanços em seus mecanismos regionais e novas oportunidades para abordar problemas globais e mais complexos. Apontam para construções conjuntas de diretrizes e decisões que envolvem governos, instituições e sociedade. No caso do Mercosul, a cooperação em saúde expandiu a ação do Bloco, no sentido de incluir abordagens em torno das questões sociais e do desenvolvimento humano, com a defesa dos direitos

humanos e da democracia, em países que, tradicionalmente, conviveram com deficiências e incompletudes democráticas (MILANI, 2012; SATO, 2010).

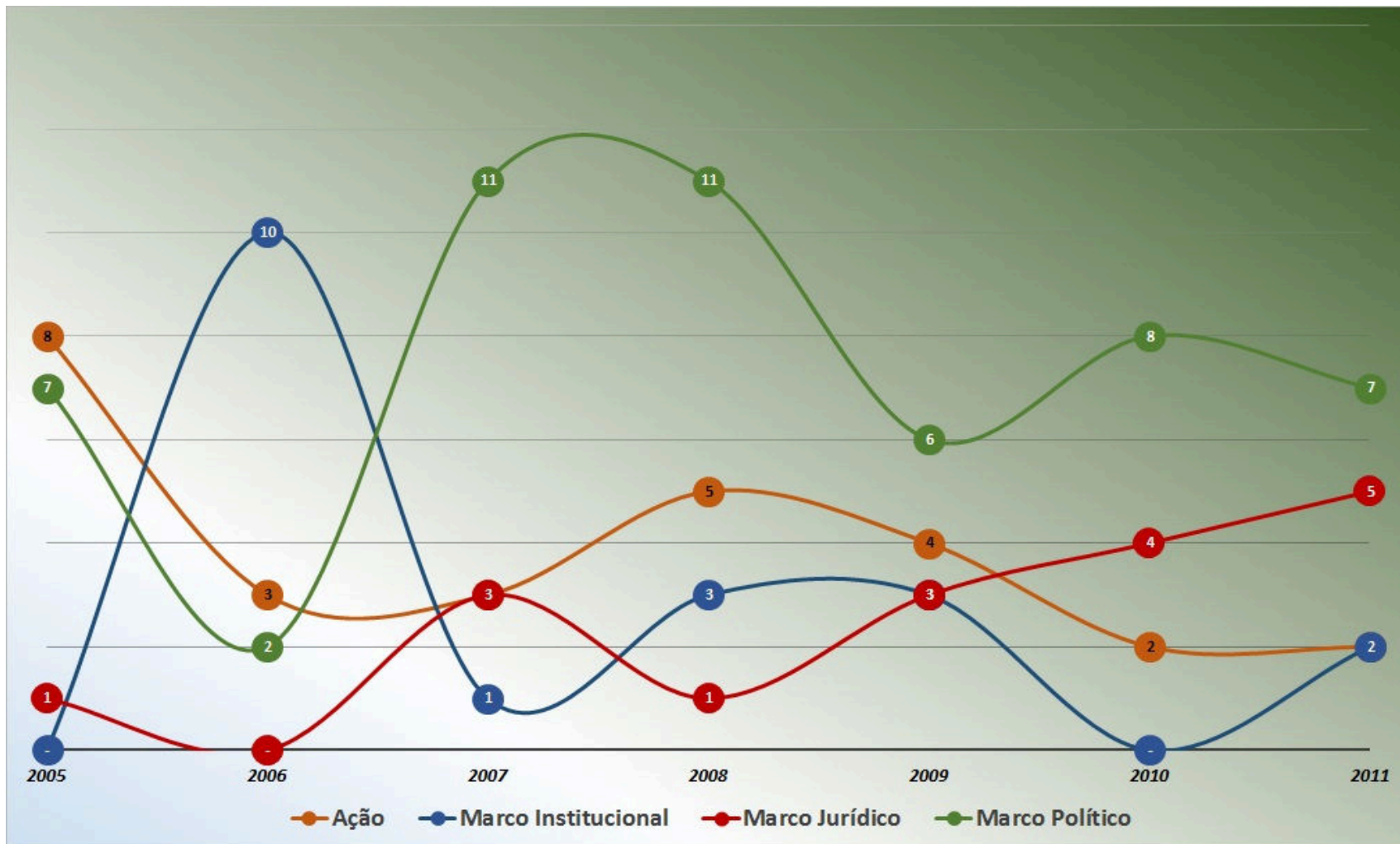
As experiências de cooperação avaliadas destacam o papel da relação entre o nacional, o regional e o transnacional, assim como ressignificam a ideia de soberania e de fronteiras. A integração regional permite aproximar afinidades, praticar intercâmbios e contribuir com o desenvolvimento de instituições, de políticas e de bens públicos, como é o caso da saúde. Nos documentos da RMS estudados, percebe-se a evolução dos esforços para realizar acordos, até alcançar normas comuns, as chamadas normas Mercosul. A partir de uma base de dados elaborada para este estudo, pautada nos documentos produzidos pela RMS, no período de 2005 a 2011, avaliou-se a evolução das negociações até se transformarem em normas e ações efetivas. Dos 115 (cento e quinze) documentos, 101 (cento e um) foram acordos, nove (9) anexos, duas (2) declarações, um (1) decreto e dois (2) memorandos. Os acordos estudados revelam que o Mercosul-Saúde absorveu, recentemente, em seus mecanismos decisórios, elementos de formulação das políticas de saúde unificadas, fortalecendo a centralidade de um projeto político de integração regional. Destacam-se as diretrizes que caracterizam metas capazes de conciliarem interesses nacionais e a adoção de ideias presentes no contexto internacional. Foram criadas quatro categorias, para se apresentar o processo de evolução das negociações na RMS até a institucionalização do direito à saúde no Mercosul (No Anexo 4, estão listados os acordos avaliados e a categorização realizada):

- a) *marco político*, que indica a fase de negociações e trata de acordos que abordem questões referentes a diferentes políticas, como de medicamentos, de saúde sexual, saúde ambiental e do trabalhador; além desta categoria incluir documentos que expressam diretrizes, estratégias e aspectos de integração;
- b) *ação*, que contempla documentos que apresentam planos de implementação das decisões, como, por exemplo, adotam-se medidas de ação referentes ao RSI, ao CQCT, às relações intergovernamentais, à harmonização;

- c) *marco jurídico*, que apresenta decisões em termos de regulação legal e inclui glossários, recomendações, regulamentações; e
- d) *marco institucional*, para apontar o sistema de efetivação dos acordos, com documentos que estabelecem práticas de cooperação, medidas de controle, investimentos em produtos de saúde; relações com recomendações internacionais, como com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).

O Gráfico 14, abaixo, apresenta a evolução da institucionalização da saúde por categorias, no período de 2005 a 2011:

Gráfico 14: Evolução dos acordos da RMS

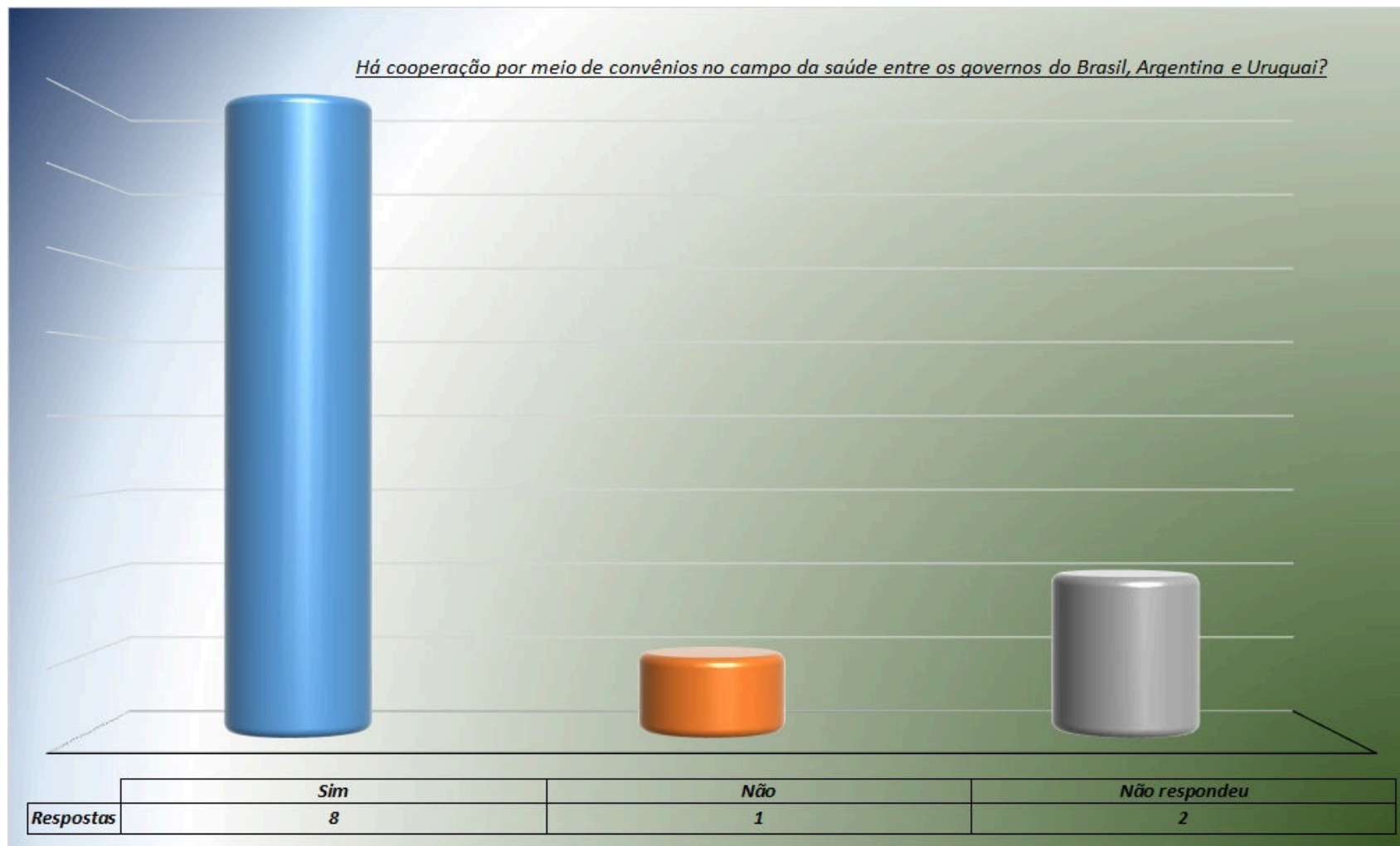


Fonte: Elaborado pela autora a partir dos documentos da RMS no período de 2005 a 2011.

Nos primeiros anos, as preocupações dos acordos eram com a consolidação da estrutura institucional do Mercosul-Saúde. A partir de 2008, as instâncias e propostas de ação do Bloco intensificam-se no sentido político, acompanhadas de propostas de mudanças legais que se apresentam de forma equilibrada e constante. E os planos de ação, também, se apresentam de maneira mais uniforme. De um modo geral, o Gráfico acima demonstra que a RMS avançou nas ações em saúde no Mercosul, como consequência da expansão do projeto político do Bloco, referente ao desenvolvimento social da região, e que são necessárias alterações jurídicas e institucionais em nível regional.

A partir das entrevistas realizadas neste estudo, pode-se inferir que a cooperação é fundamental para tratar da saúde no Bloco. Das 11 (onze) entrevistas realizadas, oito (8) reconhecem que existe cooperação efetiva, em saúde, entre Argentina, Brasil e Uruguai, como pode ser observado no Gráfico 15, abaixo:

Gráfico 15: Cooperação entre os governos do Brasil, Argentina e Uruguai

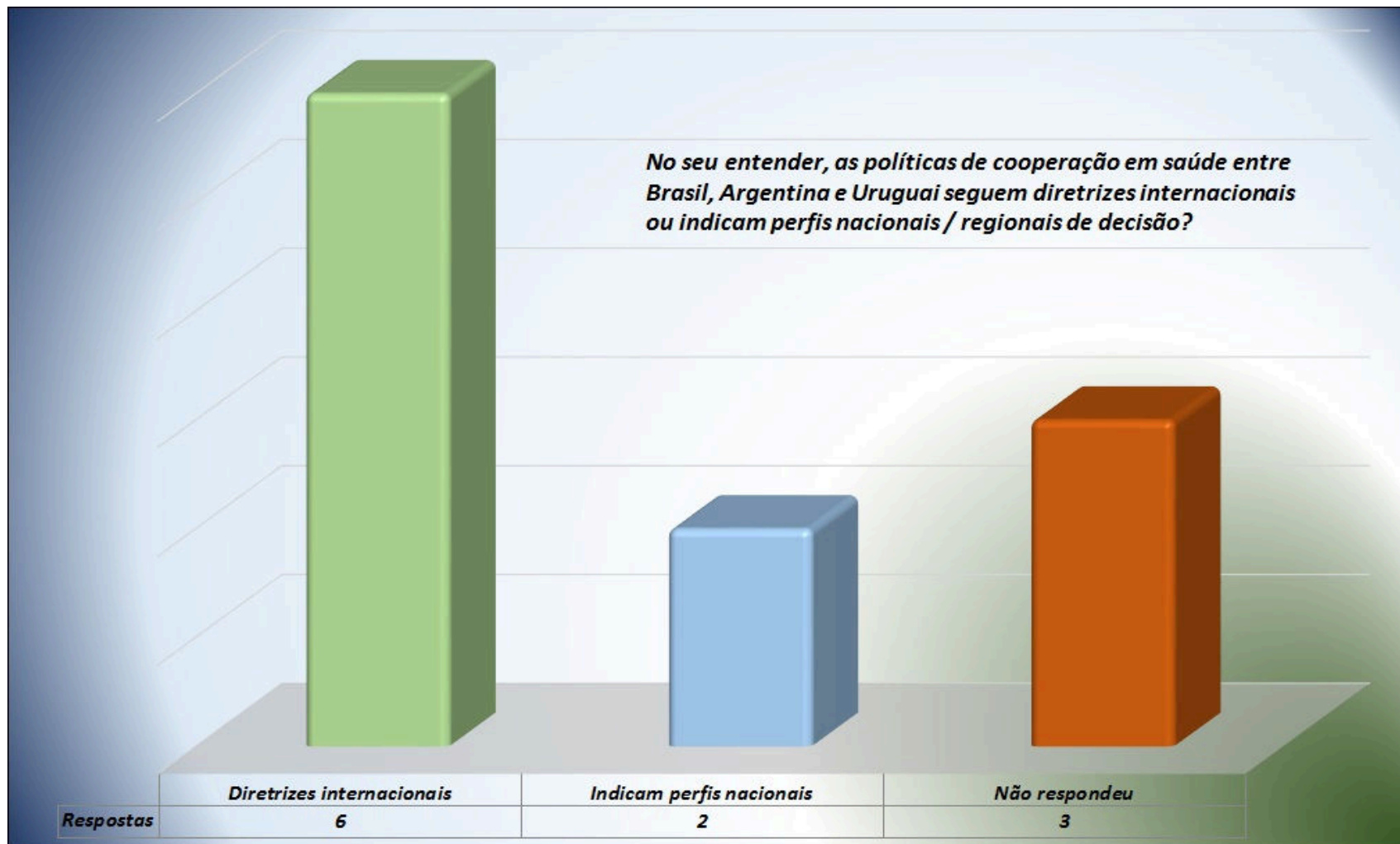


Fonte: Elaborado pela autora com base em entrevistas.

Os dados revelam que a cooperação é uma tradição para os três países estudados e que se mantém como um recurso político de aproximação contínua, minimizando rivalidades e potencializando interesses comuns, principalmente, no item saúde, uma área social que requer mais complementariedade do que competição entre políticas nacionais do Bloco.

As entrevistas mostram ainda que, na opinião dos informantes, a cooperação internacional em saúde, praticada no Mercosul, convive com influências internacionais, como apresenta o Gráfico 16, a seguir:

Gráfico 16: Influências e perfis



Fonte: Elaborado pela autora com base em entrevistas.

De 11(onze) entrevistas realizadas, seis (6) afirmam haver influências internacionais nas práticas cooperativas desenvolvidas no Mercosul, e duas (2) indicam, para essas iniciativas, perfis nacionais/regionais. As influências internacionais são marcantes por revelarem padrões internacionais de vida digna e por motivarem as práticas cooperativas nos países do Bloco. Isso também foi constatado nas experiências analisadas, cujas práticas implementam recomendações internacionais e alcançam bons resultados. Com a globalização, reforça-se uma profunda ligação das diretrizes em políticas de saúde com a realidade dos países e, ainda, com o contexto internacional, o que é essencial à minimização de uma postura individual dos governos (SATO, 2010).

No entanto, dois (2) entrevistados já observam mudanças nessas práticas, reconhecendo que perfis nacionais/regionais confirmam os resultados das experiências analisadas, uma vez que a estrutura regional do Mercosul estimula a cooperação Sul-Sul, para renovar instituições, estabelecer coerência e estabilidade nas relações da região. Com a cooperação, prevalecem sentimentos de solidariedade e de respeito mútuo, em decisões conjuntas, que se tornam elementos chave, combinados com a consolidação de identidades regionais (PINO, 2007; SATO, 2010).

A cooperação internacional estimulada pela globalização fomenta projetos políticos de integração e governança global voltados para questões como a saúde. A cooperação tornou-se, também, multilateral por envolver diferentes países e organizações, com ênfase no papel dos Estados que se fez indispensável por desempenhar uma governabilidade positiva. A cooperação acompanha a agenda internacional em saúde, indo do combate aos fatores de risco à vigilância em saúde e às políticas de convergência em desenvolvimento humano, utilizando novas ferramentas de gestão, como as metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). As estratégias e diretrizes regionais compartilham informações através da distribuição em redes. Como enfatiza Milani (2012), novas modalidades de cooperação internacional emergem pautadas em projetos de integração regional e tratam de temas que transcendem fronteiras regionais (como a saúde), contribuindo para a distribuição de recursos indispensáveis à vida e para a defesa da igualdade de acesso e respeito às diferenças, frente à ordem cosmopolita global.

Um dos maiores desafios para o aprofundamento da cooperação em saúde, no Mercosul, é a redução de assimetrias. Segundo Souza, Oliveira e Gonçalves (2010), as assimetrias estruturais se referem às diferenças econômicas, geográficas, acesso à infraestrutura regional, qualidade institucional e nível de desenvolvimento, existentes de maneira desigual entre países. Relacionam-se a interesses nacionais e regionais, e causam dificuldades ao avanço da supranacionalidade. Há, ainda, as assimetrias de ordem política que resultam das dificuldades de convergência e coordenação políticas entre as instituições. Os EEPP são marcados por assimetrias crescentes e estruturais que os caracterizam de forma distinta, em termos sociais, políticos e econômicos. Os países participantes não permitem que haja, de maneira igual, uma absorção dos benefícios da integração. As normas e instituições do Bloco variam a depender dos governos, e os países maiores acabam divergindo e gerando tensões internas que levam à manutenção de sua autonomia e à proteção de medidas unilaterais, nas negociações multilaterais. Nas negociações externas, torna-se notória a falta de coesão interna entre os países do Mercosul, o que fragiliza a legitimidade do Bloco. Determinadas regiões dos países, a depender da condição de desenvolvimento socioeconômico, contribuem (ou não) com o regionalismo. Por exemplo, as regiões do Sul e Sudeste brasileiros colaboram mais intensamente com a integração, devido à proximidade geográfica com os mercados vizinhos, com a facilidade das trocas entre estruturas produtivas e disponibilidade de infraestrutura de transporte.

Os indicadores sociais dos EEPP revelam melhores condições de vida para as populações da Argentina e, principalmente, do Uruguai. Já o Brasil se destaca pela riqueza que produz e por suas características geográficas e demográficas. Na atualidade, observam-se melhorias dos índices socioeconômicos nos três países estudados, como analisado anteriormente. No entanto, apesar das melhoras, o Brasil e a Argentina são localidades internamente muito desiguais, e os países menores, como Uruguai e Paraguai, encontram-se em posição de dependência dentro do Bloco, o que causa descontentamento para os mesmos.

Nas entrevistas realizadas para este estudo, as assimetrias foram destacadas pelo superintendente de fiscalização, controle e monitoramento da

Agência Nacional de Vigilância Sanitária no Brasil (ANVISA) e assessor de vigilância em saúde do ISAGS/UNASUL, em agosto de 2014:

Há mais assimetrias entre os países. O Brasil, naturalmente, vem levando mais proposições, aprofundando alguns temas e aprovando resoluções semelhantes ao que é defendido pelo país, pelo seu desenvolvimento e capacidades/estruturação que existem nesses países (vigilância sanitária, por exemplo). Enquanto que países menores, de menor desenvolvimento econômico, possuem maiores insuficiências, muitas vezes até para formular algumas proposições. Agora, na mesa de debate, ao construir uma resolução, as regras permitem que os pesos dos países sejam semelhantes. Claro que, como todo fórum multilateral, nem sempre um país com menor desenvolvimento vai ter o mesmo peso; e vai depender dos acordos que ele venha fazer, e ele pode se aliar a outros países para que uma proposição de países de grande dimensão, como Brasil, Venezuela e Argentina, não seja aprovada. No Mercosul, isso muitas vezes ocorre por questões alfandegárias e de proteção do seu mercado, que na área da saúde é onde tem o maior peso por questões econômicas; trazer ou bloquear temas que venham a gerar resoluções ou que evitem resoluções naquele âmbito por questões nacionais. E, em algumas configurações, isso se conforma disputa (Brasil e Argentina, por exemplo). Na área da saúde, não há muita disputa, pela experiência do Mercosul e por, a cada semestre, eles se reúnem para discutir esse tema; eles sempre chegam a um consenso, se não for em um determinado momento, em outro momento, e, portanto, essas divergências terminam sendo vencidas. Dificilmente se encontra um país que mantém sua posição durante anos, até porque todos os países devem ceder em um determinado momento, porque senão não verá seus interesses serem atendidos em outros momentos (Entrevista n° 11).

O entrevistado reforça que as assimetrias dificultam o processo de integração e que a saúde não é considerada como questão de atritos. No entanto, as assimetrias no sistema de saúde dificultam a cobertura de serviços e a estruturação de modelo de atenção à saúde equânime e universal, complexificando-se desiguais condições de acesso devido ao aumento das distâncias sociais. Além do mais, os fatores de risco aumentam, diferentemente, entre os países, em função de condições de saneamento precárias. As diferenças de saúde, entre os EEPP, dificultam a coordenação de políticas nacionais e harmonização de planos de ação.

As políticas regionais, para tratar de assimetrias, são recentes e intensificaram-se a partir dos anos 2000, com promessas de aperfeiçoamento de suas ações. O Mercosul convive com a necessidade de qualificar seu desenvolvimento institucional e promover coesão social nas relações intrabloco, a fim de tratar das assimetrias que se tornaram questões centrais para as agendas dos órgãos de integração. Souza, Oliveira e Gonçalves (2010)

consideram o Mercosul como um bem público, e citam o FOCEM como uma das mais importantes iniciativas do Bloco para enfrentar as assimetrias, com distribuição de recursos sociais.

A almejada governança global da saúde, no Bloco, defende a implementação de uma política regional de saúde baseada no reconhecimento da determinação social, e que, hoje, passa a questionar propostas de cobertura universal, as quais se restringem a pacotes mínimos de serviços. A busca pelos princípios de justiça social tornou-se central para a nova institucionalidade da saúde regional, que se compromete com a ampliação do acesso e com a distribuição de recursos sociais. Diferentemente da ideia de justiça como virtude, seus princípios políticos relacionam-se com a distribuição de benefícios de bem-estar social e interesse público. A busca pela ampliação da justiça social, na política de saúde regional, implica em possibilidades de institucionalização do igualitarismo (cidadania social), uma necessidade moral e complexa dos seres sociais, porém, dependente, ainda, de um sistema institucional global justo baseado em valores e em política (WALZER *apud* FIGUEIREDO, 1997).

Em 2011, o Mercosul assumiu o compromisso de reduzir assimetrias em sua 41ª Cúpula, com a assinatura de nove (9) acordos que procuram ampliar a justiça social nos EEPP, partindo da convergência de serviços. Além do mais os governos da região precisam democratizar o tratamento das desigualdades históricas e atuais, tendo na cooperação Sul-Sul a possibilidade dos intercâmbios, de diálogos diplomáticos e de ação internacional conjunta, a fim de minimizar as assimetrias com as melhorias que podem ser geradas nas condições de vida e de saúde de sua população (FELLET, 2011; BUSS; FERREIRA, 2011).

A cooperação no Mercosul torna-se um recurso de saúde global e de prática da diplomacia da saúde, o que exige, segundo Buss e Leal (2009), novos mecanismos institucionais para organizar a saúde pública. A chamada “diplomacia global da saúde” refere-se a um conjunto de negociações que envolve a governança global das políticas em saúde, com perspectivas de melhores resultados para as condições de vida das populações. São assumidos compromissos nacionais e internacionais de saúde que, através da diplomacia global, geram melhores condições de vida para boa parte da

população, como ocorre com a adoção dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), definidos pela Cúpula do Milênio desde o ano 2000, e que serão complementados pela Agenda do Desenvolvimento pós-2015 (BUSS, 2015). A relação entre a saúde global e a diplomacia da saúde permitiu a emergência da chamada “cooperação estruturante em saúde”, que se volta para o apoio ao desenvolvimento com reforço dos sistemas sociais e de saúde e a reconstrução de instituições estruturantes da saúde, para que seja assegurado o desenvolvimento humano dos países do Cone Sul. Tal relação consolida-se como aspecto central da política externa, retomando-se a solidariedade nas relações internacionais para superar a expansão da saúde como bem mercadológico.

Considerações Finais

Esta investigação voltou-se para um tema muito presente nas propostas de regionalização do Mercosul, ao focar a cooperação internacional em saúde e sua contribuição no processo de integração, ainda, incompleto. Evidenciaram-se alguns dos efeitos da aproximação entre os países estudados, para a harmonização conjunta das políticas públicas nacionais e para as perspectivas de articulação de medidas de bem-estar social que beneficiam o nivelamento do desenvolvimento regional.

As análises aqui apresentadas trataram de relações internacionais, saúde coletiva e proteção social. As bases teóricas da Sociologia das Relações Internacionais e da Sociologia da Saúde se complementaram para possibilitar uma melhor compreensão sobre práticas solidaristas globais em saúde, as quais se manifestam em espaços transnacionais, convergindo interesses e afinidades entre países vizinhos da América do Sul. As análises sobre o Mercosul indicam proposições em torno de uma governabilidade regional em relação à saúde, tendo na cooperação internacional um de seus mecanismos centrais de viabilização. As práticas cooperativas, envolvendo Argentina, Brasil e Uruguai, fomentam o multilateralismo a partir da intensificação de relacionamentos entre diferentes atores (coletivos), além do exercício da convergência política e de promissores progressos em torno de um projeto, a longo prazo, de institucionalização da integração e de promoção da justiça social, em nível regional.

As teorias das Relações Internacionais oferecem aportes para entender mudanças ocorridas no âmbito global, geradas pela (re) ação dos sujeitos e dos países aos fenômenos que se internacionalizaram (GIDDENS, 2003), alterando noções vinculadas à soberania do Estado-nação, à territorialidade e a identidades (MILANI, 2006; BADIE, 2000). No âmbito do Mercosul, a ideia de soberania, que, tradicionalmente, se fundamentava no poder central estatal e se relacionava a um território específico, foi ampliada. A concepção de nação fomentadora da prática da solidariedade cívica modifica-se e baseia-se em percepções de pertencimentos e na legitimidade democrática, trazidas para dimensões regionais/globais/supranacionais. Os interesses nacionais são, também, resguardados nas propostas regionais,

encontrando afinidades e interesses com outros países e, com isso, são fortalecidos. As normas, diretrizes setoriais em saúde, regras e instituições políticas são renovadas para favorecer o aprofundamento do regionalismo nesta questão.

Com a globalização, modificaram-se as dimensões do Estado nacional: jurídicas, políticas e institucionais. A formação de blocos regionais de países foi estimulada pela mundialização dos mercados, gerando reterritorializações e intensificando desigualdades entre sociedades soberanas, na ordem mundial (SASSEN, 2000). As fronteiras foram requalificadas e o desenvolvimento social, econômico e político passou a ser buscado tanto por países centrais, como por periféricos. A dimensão internacional foi incorporada às políticas nacionais, possibilitando a relação do nacional com novos atores transnacionais. Com os blocos regionais, governos e agências realizam trabalhos coletivos em prol do estabelecimento de padrões comuns de vida digna (MILANI; LANIADO, 2006).

Nesta tese, foi possível verificar que a dimensão regional reforçou interesses coletivos nas negociações mercosulinas e ampliou o acesso dos Estados Partes (EEPP) a recursos sociais, até então, restritos a países economicamente fortes na ordem mundial. A proteção coletiva é oferecida aos seus membros em relação à competitividade desigual entre mercados (MILLER, 1998). O Bloco propõe uma inserção internacional plena para os EEPP que envolve aspectos comerciais, políticos e, também, sociais, fomentando perspectivas democráticas e cidadãs, muito além do livre comércio. Tradicionalmente, podem-se identificar avanços no âmbito econômico-comercial e, conseqüentemente, na relação intrabloco, mesmo diante da crise internacional iniciada em 2008. O Mercosul intensificou intercâmbios, com a ascensão do livre comércio intrazona⁶², e promoveu a intensificação das relações comerciais regionais com a retomada de vínculos de confiança entre os EEPP, indicando ter contornado antigas rivalidades, como aquelas que ocorriam entre Argentina e Brasil.

A sociedade cosmopolita global difundiu pelo mundo novas estruturas de governabilidade que criaram possibilidades para a governança global, relacionando diferentes dimensões (local, regional, global), abrindo espaços para decisões

⁶² O comércio intrabloco cresceu em torno de 33% de 2008 a 2011, sendo 74% representados pelas relações entre Brasil e Argentina (PEREIRA, 2012).

supranacionais que incluem participação social e promovem a convivência com ideias presentes nos espaços mundiais (MILANI; LANIADO, 2006). O Mercosul representa um esforço da América do Sul no sentido de acompanhar as mudanças políticas trazidas pela globalização. Mais que uma alternativa de inserção internacional diferenciada para a região, indica a consolidação de um ator coletivo e legítimo voltado aos problemas sul-americanos, com perspectivas de redimensionamento constante para avançar com a integração e enfrentar assimetrias. Almeja-se igualdade regional e acesso aos recursos básicos de vida, principalmente, em termos de saúde para suas populações.

O Bloco propõe a formação de uma nova institucionalidade que acompanhe o interesse regional, iniciada com a criação de órgãos de caráter supranacional, como o Parlamento do Mercosul (PARLASUL), as Cúpulas Sociais, o Instituto de Políticas Públicas de Direitos Humanos (IPPDH) e o Instituto Social Mercosul (ISM). São órgãos voltados para lidar com demandas da região, como o respeito às liberdades fundamentais, em especial, através do reforço às políticas públicas comuns. Há novidades, também, em torno das autoridades, com a constituição do Alto Representante Geral do Mercosul. Em outros termos, a estrutura institucional do Bloco está se redefinindo, visando a aprofundar a coordenação de políticas regionais com o favorecimento de identidades coletivas e a promoção do desenvolvimento humano.

Os EEPP têm se esforçado para alcançar o bem-estar social, especialmente, a partir do reconhecimento dos direitos humanos e da ampliação da justiça social, a fim de assegurar, regionalmente, o igualitarismo e o respeito às diferenças. Os padrões de justiça se renovaram e estabeleceram padrões mais transnacionais, contribuindo para o combate às injustiças econômicas e culturais, especialmente, na realidade sul-americana, a partir da capacitação política de sujeitos, da emancipação política e inserção social (FRASER, 2000).

Nas últimas décadas, os países do Mercosul vivenciaram o retorno à democracia, após períodos de autoritarismo. Reformas sociais foram implementadas, em busca da superação dos efeitos do período de ditadura militar, bem como das consequências da expansão do capitalismo mundial e do neoliberalismo. Estes provocaram perdas de direitos, de liberdades e a fragilização de direitos sociais e espaços públicos. Porém, o reconhecimento e a realização de princípios de justiça têm

acenado com possibilidades de melhorar políticas redistributivas para a região, a partir de práticas de solidariedade e da viabilização do usufruto dos direitos sociais. As atuais abordagens políticas que tratam das injustiças sociais na América do Sul passam a contar com espaços públicos transnacionais, nos quais se valoriza o diálogo e se investe na ampliação da representação popular.

Novas formas de regulamentação política também se estabelecem, com perspectivas de mais conquistas em termos de democracias nacionais articuladas com diferentes interesses dos EEPP, através de práticas cooperativas regionais. As mudanças graduais se instauram com base em valores pós-nacionais, sendo a solidariedade cosmopolita fundamental para a governança regional se respaldar no respeito aos direitos humanos tanto em relação à distribuição de recursos materiais, quanto em relação à melhoria das relações intersubjetivas (FRASER, 2000).

As mudanças institucionais em curso no Bloco são acompanhadas, para além das fronteiras, por agências e movimentos sociais regionais/transnacionais, favorecidas por contatos transculturais e por alianças que envolvem sociedades e governos em defesa da unidade política e econômica do Mercosul, o que reforça a viabilidade da continuidade de reformas sociais. No que diz respeito a liberdades fundamentais, o Bloco tem conseguido implementar conquistas que estimulam a mobilidade das pessoas entre os EEPP, como o Acordo de Residência (DEC. n° 6975/2009), voltado para assegurar a possibilidade de transformar a residência temporária em permanente, com o respeito aos direitos civis e a garantia de transferência de recursos com igualdade de condições entre os cidadãos nacionais e aqueles oriundos de outro Estado Parte, o que se estende a familiares. Outros exemplos são o Acordo Multilateral de Seguridade Social (Decreto n° 5.721/2006), que assegura proteção aos direitos dos trabalhadores que prestam serviços nos EEPP, e o Estatuto da Cidadania (2010) que, progressivamente, consolida garantias para o cidadão regional.⁶³

Os novos sentidos da cooperação em saúde realizada regionalmente, no sentido Sul-Sul, revelam-na como uma estratégia política que, também, representa interesses nacionais e revigora a política externa praticada pelos Estados de forma engajada. Na

⁶³ Cabe menção à proposta do bloco, em relação ao Estatuto da Cidadania, para que sejam criadas condições legais e institucionais de viabilização do mesmo de forma completa até 2021, quando será comemorado o 30° aniversário do Mercosul.

conjuntura global, a maioria dos países introduz mudanças em suas estruturas organizativas e institucionais para responder às demandas sociais, especialmente, as relacionadas à saúde, através do intercâmbio de experiências, conhecimentos e tecnologias, viabilizadas pelas práticas cooperativas entre países, tendo como base a defesa dos direitos humanos, a universalidade dos serviços e a equidade, com vistas a melhorar a vida dos indivíduos. Na atualidade, a cooperação em saúde volta-se para a implementação de políticas públicas que visam resultados mais estáveis e de longo prazo, perseguindo, inclusive, as múltiplas causas dos problemas na área da saúde e abordando os determinantes sociais da questão.

Há vários tipos de acordos internacionais de cooperação sobre saúde, porém, as iniciativas integrativas do Mercosul destacam-se por indicar uma repolitização da questão da saúde, agora defendida como um bem público essencial, relacionando-a às condições de vida e de trabalho das populações. Os acordos de saúde do Bloco evidenciam, conforme constatado nesta pesquisa, um importante investimento institucional da região em termos de prevenção e promoção da saúde.

As iniciativas do Mercosul-Saúde representam avanços regionais por conquistarem a institucionalização do direito à saúde, com a criação dos variados grupos de trabalho que tratam do tema, valorizando o contexto social da vida e retomando a dimensão pública como indispensável para alavancar uma agenda progressista em saúde global para a região. Ou seja, as recentes intervenções do Mercosul na área da saúde contribuem para um projeto político regional que, a partir da institucionalização de sua dimensão social, reafirma a democracia na região, com base na integração orientada por parâmetros morais entre países (HONNETH, 2003). O Bloco ampliou sua inserção regional nos foros internacionais com acordos pactuados conjuntamente, os quais possibilitam a articulação e a implementação de reformas nos sistemas de saúde nacionais, com o compromisso de avaliação contínua.

Nos acordos analisados da Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul (RMS), no período de 2005 a 2011, percebeu-se que as expressões usadas nos documentos revelam a evolução das discussões dos temas relacionados à saúde nos EEPP. Nos acordos de 2005 a 2008 destacam-se expressões como "implementar", "harmonizar", "capacitar", "criação de comissões", "participação social", termos que indicam

compromissos para nortear ações. De 2009 a 2011, os documentos expressam com mais frequência "recomendações", "gestão integrada", "integração", "intersectorialidade", "redução", "promoção", termos que representam ações de fato e sugerem alguns resultados para o cumprimento de metas valorizadas internacionalmente e que favorecem a inserção dos países do Mercosul no padrão global de saúde.

Dentre os acordos de cooperação internacional que se realizam no Mercosul, com a participação dos países estudados, destacou-se o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e suas propostas de renovar e ampliar a noção de vigilância em saúde, mantendo orientações para os países controlarem regionalmente doenças transmissíveis e, ao mesmo tempo, incluindo medidas de ação em torno de novas situações de risco e estigmas que possam ameaçar a saúde pública, considerando determinantes sociais transnacionais, valorizando o ideal de promoção da saúde e implementando redes de relações e de informações com capacidade de estimular a mobilidade das pessoas e dos bens na região.

Também, mereceram destaque as ações cooperativas do Programa de Ação Mercosul Livre de Febre Aftosa (PAMA) que colocam em um plano regional o trabalho em torno da erradicação da aftosa, um problema de saúde regional. Argentina, Brasil e Uruguai reestruturam a vigilância e o controle da notificação da doença, com atenção especial às zonas de fronteiras e com a utilização de mecanismos de alerta sanitário integrados, a fim de proteger a saúde das pessoas e a pecuária, tradicional prática que é fundamental para a cultura e para a produção de riquezas na região. O PAMA representa um pacto regional sanitário, adotado conjuntamente com adesão às recomendações internacionais de reorganização dos serviços de prevenção e intervenção precoce da aftosa, sendo favorecidos interesses econômicos e de desenvolvimento social dos países do Mercosul.

Outra importante iniciativa de cooperação do Bloco é o Observatório Mercosul de Sistemas de Saúde (OMSS), que promove o intercâmbio de conhecimentos e informações em nível regional, e que servem tanto à formulação, quanto à implementação da política de saúde dos EEPP. Apoiar a realização de investigações acadêmicas e o compartilhamento de experiências que ofereçam suporte à reorganização das instituições com participação social, para que as reformas nos

sistemas de saúde se efetivem na região, reconhecendo-se, ainda, as demandas das lutas sociais para o enfrentamento de iniquidades em saúde.

Por fim, foram analisadas em termos de práticas cooperativas no Mercosul a Convenção Quadro de Controle do Tabaco (CQCT). Através do CQCT, são negociadas, regionalmente, ações de prevenção e combate ao tabagismo, que representa um dos maiores fatores de risco para a saúde das pessoas na região. Fundamentado nos direitos humanos em saúde, o CQCT favorece interações e trocas, entre os países estudados, que permitem a adoção de medidas intersetoriais capazes de proteger os cidadãos das graves consequências decorrentes do consumo e do convívio com usuários do tabaco. As resistências vindas da indústria do tabaco e do comércio ilegal de seus produtos são intensas, o que leva países, como a Argentina, a não ter ratificado o acordo. Contudo, Argentina, Brasil e Uruguai têm se aproximado e se unido na adoção de normas criadas no Mercosul que visam à capacitação conjunta, no sentido de executar ações e reforçar compromissos com a implementação nacional das recomendações do CQCT, e que permitam aprendizados em torno dos conflitos de interesses entre a saúde pública e o comércio.

No entanto, as análises sobre o Mercosul revelaram, além dos avanços, limitações em termos da morosidade das decisões e da implementação de normas para serem difundidas entre os EEPP; emprego de recursos em atividades desnecessárias, como o deslocamento semestral das comissões de trabalho; pouca coordenação entre as políticas sociais; lenta harmonização legislativa e institucional das estruturas políticas; instabilidade política causada por alguns EEPP, como é o caso da Argentina; necessidade de objetivos mais claros e efetivos sobre a redução de assimetrias regionais; além dos poucos resultados em torno da institucionalização da participação social, nos processos de decisões políticas; ações mais efetivas em torno da constituição da agenda da convergência; diferentes capacidades de regulação em termos de negociações; e valorização da solidariedade cosmopolita.

Especificamente em relação à saúde, ainda, representam desafios para o Bloco as seguintes questões: a abordagem de temas relacionados mais especialmente aos serviços de saúde; medidas efetivas de redução das assimetrias que atingem o sistema de proteção social; harmonização das capacidades das EEPP para implementar

recomendações regionais e internacionais; planejamento em torno do fluxo de comunicação entre as entidades de saúde, como os Ministérios da Saúde e das Relações Exteriores; avançar com a intersectorialidade entre as políticas sociais; e implementar serviços nas zonas de fronteiras para transformá-las em zonas de convivência e oportunidades regionais.

As limitações para a RMS relacionam-se aos meios de efetivação dos acordos em termos de: recursos próprios ou incentivos externos; autonomia de decisão para o órgão, tornando-o independente das chancelarias; integração com o SGT nº 11 Saúde; melhorar o funcionamento da estrutura institucional que atua de forma minimalista e pouco eficiente, com poucas possibilidades de democratizar a vida cotidiana, e padronizar “direitos cidadãos” entre os países; e reconhecimento da saúde como direito humano, de acordo com as recomendações do artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos do Homem, o qual afirma o direito de todo ser humano à prestação sanitária e à saúde como uma condição fundamental do sujeito social.

Destaca-se, ainda, como constatação, a intenção do Mercosul de articular o desenvolvimento econômico com a justiça social, como ressaltam alguns artigos da Declaração Sócio-Laboral do Mercosul, que contribui com a sustentação do Bloco:

Las personas con discapacidades físicas o mentales serán tratadas en forma digna y no discriminatoria, favoreciéndose su inserción social y laboral. Los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas efectivas, especialmente en lo que se refiere a la educación, formación, readaptación y orientación profesional, a la adecuación de los ambientes de trabajo y al acceso a los bienes y servicios colectivos, a fin de asegurar que las personas discapacitadas tengan la posibilidad de desempeñarse en una actividad productiva (DECLARAÇÃO SOCIO-LABORAL DO MERCOSUL, 1998, artigo 2°).

Los Estados Partes se comprometen a fomentar el diálogo social en los ámbitos nacional y regional, instituyendo mecanismos efectivos de consulta permanente entre representantes de los gobiernos, de los 92 empleadores y de los trabajadores, a fin de garantizar, mediante el consenso social, condiciones favorables al crecimiento económico sostenible y con justicia social de la región y la mejora de las condiciones de vida de sus pueblos (DECLARAÇÃO SOCIO-LABORAL DO MERCOSUL, 1998, artigo 13°).

A ênfase em torno da promoção da igualdade e do diálogo social, como demonstram os trechos do documento acima, repercute na organização dos sistemas

de saúde dos países estudados, os quais incorporam e continuam dando lugar de destaque às necessidades populares, como o Ministério da Saúde da Argentina que, desde 1990, promoveu a transferência de suas responsabilidades para os estados provinciais por meio da descentralização, coma valorização da implementação da atenção primária em saúde. No Uruguai, algumas atividades recebem apoio do Banco Mundial (BM) e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BIRD) para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, de acordo com os interesses da população local.

No Brasil, o SUS levou gestores e a sociedade como um todo a repensar o acesso equitativo e universal dos serviços, sendo implementado o Pacto pela Saúde, que representa reformas institucionais com contribuições das três esferas de gestão (União, Estados e Municípios), além do Pacto pela Vida que efetiva compromissos sanitários. Há, também, o Pacto em Defesa do SUS, como política de Estado, e o Pacto de Gestão do SUS, que se volta para melhorias nas redes de serviços. As diretrizes dos pactos citados destacam compromissos sociais com a integralidade, a equidade, a responsabilidade sanitária, a mobilização, a participação popular, a intersectorialidade, a informação, a educação, a comunicação e a sustentabilidade.

Já as diretrizes identificadas nas experiências de cooperação internacional avaliadas neste estudo (RSI, PAMA, OMSS e CTCQ) apontam para metas regionais acerca de perspectivas de: harmonização de ações; redes regionais; posições conjuntas; saúde nas fronteiras; regulação regional de serviços de saúde; planejamento conjunto; capacitação nacional; proteção social; prevenção de doenças; determinantes sociais da saúde; promoção da saúde; informações em saúde; e cidadania em saúde. Tais diretrizes apontam para motivações e investimentos dos países do Mercosul em um futuro comum, proporcionado pelo aprofundamento da integração entre eles. Além do que renovam entendimentos sobre saúde, identificados a partir de compromissos públicos dos Estados e do estabelecimento de condições de vida digna para as populações. A cooperação é apresentada como um meio de exercitar posturas regionais diante de temas globais, manifestadas através da diplomacia da saúde com variados atores internacionais, como OMC, OMS, BM etc. e com outros Blocos, como com a União Europeia. A saúde passa a ser abordada no plano regional e em termos de justiça de distribuição de recursos sociais.

Ao se fazer um balanço de avanços/conquistas, limitações/desafios e perspectivas da saúde e dos direitos sociais no Mercosul, a partir das experiências da cooperação Sul-Sul, conclui-se que é complexa a tarefa de promover o nivelamento das condições de saúde entre Argentina, Brasil e Uruguai, diante da necessidade de estruturas modernizadas de instituições e legislações que se harmonizem. Destacam-se, em termos de dificuldades, a falta de uma cultura política de cooperação regional de longo prazo, possível se houvesse um maior equilíbrio entre interesses e prioridades nacionais e regionais, bem como uma maior clareza sobre a priorização da dimensão social da saúde sobre a dimensão mercadológica.

Acerca das conquistas, indica-se que o processo de cooperação internacional em saúde resulta em transformações sociais e políticas, com favorecimento da governança regional em saúde, a partir da elaboração conjunta de recomendações regionais que reforçam compromissos de integração e laços de confiança entre países vizinhos. As novidades em termos de institucionalização da participação social despontam como garantia para o usufruto do direito à saúde em nível regional, sem desconsiderar os variados interesses, econômicos, políticos, sociais e culturais, os quais compõem as relações internacionais.

Em relação à integração regional, as experiências cooperativas do Mercosul são inovadoras por promoverem relações intergovernamentais que negociam equilíbrios entre interesses regionais e nacionais, com perspectivas de conquistas institucionais e intervenções intersetoriais em termos de políticas públicas. São perspectivas que favorecem o reconhecimento de um ator coletivo regional, o Mercosul, responsável por apresentar discussões e planos de ação em torno da justiça social, de forma a conciliarem interesses locais com projetos de desenvolvimento globais.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, A. J. Reforma do estado e políticas educacionais: entre a crise do estado-nação e a emergência da regulação supranacional. **Educação & Sociedade**, ano XXII, n. 75, p. 15 - 32, ago. 2001.
- ALADI, Associação Latino-Americana de Integração. Disponível em: <http://www.aladi.org>. Acesso em: 31/12/2014.
- ALCÂNTARA, M. Relações externas do Mercosul: um balanço dos acordos comerciais firmados pelo bloco regional (1995-2011). **Boletim Mundorama**, 2013. Disponível em: <http://mundorama.net/2013/07/06/relacoes-externas-do-mercosul-um-balanco-dos-acordos-comerciais-firmados-pelo-bloco-regional-1995-2011-por-marco-alcantara>. Acesso em: 17/03/2015.
- ALLEN, J. S. O Plano Marshall: recuperação ou guerra. **Revista Mensal de Cultura Política**, n.13, ago./set. 1948. (Transcrição de Fernando A. S. Araújo, jul. 2007).
- ALMEIDA FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.), **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p.13 - 36.
- ALMEIDA, C; CAMPOS, R. P. de; BUSS, P. M; FERREIRA, J. R; FONSECA, L. E. A concepção brasileira de cooperação sul-sul estruturante em saúde. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde (RECIIS)**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p.25 - 35, mar. 2010.
- ALMEIDA, E. L. Cooperação norte-sul. In: IVO, A. B. L. (Coord.). **Dicionário temático desenvolvimento e questão social: 81 problemáticas contemporâneas**. SP: Annablume; Brasília: CNPq, Salvador: Fapesb, 2013.
- ALMEIDA, P. R. O regionalismo latino-americano no confronto com o modelo europeu: uma perspectiva histórica de seu desenvolvimento. **Novos Estudos Jurídicos**, v. 14, n. 1, p. 127-145, jan./abr. 2009.
- _____. O Brasil e o processo de formação de blocos econômicos: conceito e história, com aplicação aos casos do Mercosul e da Alça. In: **Globalização e o comércio internacional no direito da integração**. São Paulo: Editora Aduaneiras, 2005. p. 17 - 38.
- _____. O desenvolvimento do MERCOSUL: progressos e limitações. **Revista Espaço da Sophia**, Parte 1, ano 5, n. 43, p.63 - 79, jul./set. 2011.
- ALMEIDA, R. S. **Proteção social no Mercosul: a saúde dos trabalhadores de municípios fronteiriços do Rio Grande de Sul**. 2008. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- AMORIM, C. L. N. Perspectivas da cooperação internacional. In: MARCOVITCH, J. (Org.). **Cooperação internacional: estratégia e gestão**. São Paulo: Edusp, 1994. p. 149-163.
- ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Org.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático**. São Paulo: Paz e Terra, 1995.
- ARENDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981.
- ARGENTINA. Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto. **Cooperación Internacional**. Disponível em: <https://www.mrecic.gov.ar/es/cooperacion-internacional>. Acesso em: 10/03/2015a.

_____. Ministerio de Trabajo, Empleo, Seguridad Social. **Programa Jefes de Hogar**. Disponível em: <http://www.trabajo.gov.ar/jefesdehogar/>. Acesso em: 18/03/2015.

_____. Ministerio de Salud. **Cuidarse en salud**. Disponível em: <http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planes/453-cuidarse-en-salud>. Acesso em 22/01/2014a.

_____. Ministerio de Salud. **Formas de violencia**. Disponível em: <http://www.msal.gov.ar>. Acesso em: 18/03/2014b.

_____. Ministerio de Salud. **Lactancia materna**. Disponível em: <http://www.msal.gov.ar>. Acesso em: 08/02/2014c.

_____. Ministerio de Salud. **El derecho a la salud**: 200 años de políticas sanitarias en Argentina. Ministerio de Salud Nacional, 2012.

ARON, R. Que é uma teoria das relações internacionais? In: MILANI, C. R. S. (Org.). **Relações internacionais perspectivas francesas**. Salvador: EDUFBA, 2010.

AROUCA, S. **O dilema preventivista** – contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

AVELINO, G; BROWN, D. S; HUNTER, W. A. Internacionalização econômica, democratização e gastos sociais na América Latina 1980-1990. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHÉ, M.; MARQUES, E. (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

BADIE, B. **Um mundo sem soberania, os estados entre o artifício e a responsabilidade**. Lisboa: Instituto Piaget (Coleção Economia e Política), 2000.

BAQUERO, M. Democracia, participação e capital social. In: FLEUTY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.), **Participação, democracia e saúde** (Coleção Pensar em Saúde). RJ: CEBES, 2009. p.380 - 413.

BARRETO, M. L.; TEIXEIRA, M. G; BASTOS, F. I; XIMENES, R. A. A; BARATA, R. B; RODRIGUES, L. C. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. **Revista The Lancet**, Brasil, p. 47 - 60, maio 2011. Series Saúde no Brasil 3.

BERLINGUER, G. Globalização e saúde global. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 21 - 38, abr. 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100003&lng=&nrm=isso. Acesso em:12/03/2015

BORGES, A. C. P. O desafio do método intergovernamental no MERCOSUL. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. XVI, n. 116, set. 2013. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13608&revista_caderno=19>. Acesso em: 20/03/2015.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. **Agência Brasileira de Cooperação**. Disponível em: <http://www.abc.gov.br/>. Acesso em: 10/03/2015a.

_____. Planalto. **Decreto n. 5.722, 13/03/2006, Acordo multilateral de seguridade social do Mercado Comum do Sul**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2004-2006/2006/Decreto/D5722.htm. Acesso em: 20/03/2015b.

_____. Planalto. **Decreto n. 6.975 de 07/10/2009, Acordo sobre residência para nacionais dos estados partes do Mercosul, Bolívia e Chile**, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6975.htm. Acesso em: 20/03/2015c.

_____. Planalto. **Decreto 5.721 de 13/03/2006, Acordo entre a República Federativa do Brasil e a República da Coréia sobre assistência jurídica mútua em matéria penal**, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5721.htm. Acesso em: 10/02/2015.

_____. Ministério da Agricultura. **Febre Aftosa**. Disponível em: http://www.agricultura.gov.br/arq_editor/file/Aniamal/programa%20nacional%20sanidade%20aftosa/Perguntas%20frequentes%20-%20Febre%20aftosa.pdf. Acesso em: 18/02/2015d.

_____. Ministério de Saúde. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/>. Acesso em: 20/03/2015e.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro; Assessoria de Assuntos Internacionais. **Relatório de Gestão 2007 da Coordenação Nacional da Saúde no Mercosul**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Portal ANVISA. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br>. Acesso em: 20/01/2015f.

_____; INCA. **Relatório Evolutivo da Comissão Intergovernamental para o Controle do Tabaco**. INCA, 2012.

BROWN, T. M; CUETO, M; FEE, E. A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde. **Hist. Cienc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 623 -647, set. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-9702006000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06/11/2014.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 63-177, 2000.

_____; _____. Globalização, pobreza e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1575-1589, nov./dez. 2007.

_____; _____. Saúde global e diplomacia da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p.8 - 9, jan. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08/03/ 2015.

BUSS, P. M; PELLEGRINI FILHO A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77 - 93, 2007.

BUSS, P. M; FERREIRA, J. R. Diplomacia da saúde e cooperação sul-sul: as experiências da Unasul saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, v. 4, n. 1, p. 106-118, mar. 2010b.

_____; _____. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. **RECIS**, RJ, v. 4, n. 1, p. 93 -105, 2010a.

_____; _____. Cooperação e integração regional em saúde na América do Sul: a contribuição da Unasul-Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p.2699 - 2711, jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08/03/2015.

- BUSS, P. M.; LEAL, M. C. Saúde global e diplomacia da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2540 - 2541, dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001200001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08/03/2015.
- CARDOSO, F.H; FOXLEY, A. (Coord.). **América Latina, desafios da democracia e do desenvolvimento, governabilidade, globalização e políticas econômicas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. V. 1.
- CARMO, E. H. O **Regulamento Sanitário Internacional e as oportunidades para fortalecimento do sistema de vigilância em saúde**. Determinantes sociais da saúde, portal e observatório sobre iniquidades em saúde. Disponível em: <http://dssbr.org/site/opinioes/o-regulamento-sanitario-internacional-e-as-oportunidades-para-fortalecimento-do-sistema-de-vigilancia-em-saude/>. Acesso em: 06/03/2015.
- CARVALHO, A. **Promoção da saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de Enfermagem e de outros cursos do ensino superior**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Infantil) – Universidade do Minho, Instituto de Estudos da Criança, Braga, 2007.
- CARVALHO, A. I; BUSS, P. M. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988 - 2008). **Ciênc. saúde coletiva**, R.J., v.14, n.6, p. 2305 - 2316, dez. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000600039>. Acesso em: 20/03/2014
- CARVALHO, F. J. C. **Bretton Woods aos 60 anos**. Disponível em: http://www.ie.ufrj.br/moeda/pdfs/bretton_woods_aos_60_anos.pdf. Acesso em: 10/03/2015.
- CASTELLS, M. **O poder da identidade**. Tradução de Klauss Brandini Gerhardt. São Paulo: Paz e Terra, 2006.
- CECATTI, J. G; GUERRA, G. V. Q. L; SOUZA, M. H. de; MENEZES, G. M. S. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 105-11, mar. 2010.
- CHARILLON, F. Rumo à regionalização na política externa? In: MILANI, C. R. S. (Org.). **Relações Internacionais: perspectivas francesas**. Salvador: EDUFBA, 2010.
- CIMADAMORE, A. Governabilidad y niveles de análisis en proceso de integración del Mercosur. In: SIERRA, G; ALVARADO, M. B. (Comp.). **Democracia, gobernanza y desarrollo en el MERCOSUR: hacia un proyecto propio en el siglo XXI**. UNESCO, CLACSO, 2004. p. 41 - 49.
- CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ. 1994. Disponível em: <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>. Acesso em: 12/04/2014.
- CONVENÇÃO QUADRO DE CONTROLE DO TABACO. Organização Mundial da Saúde (OMS), 2003. Disponível em: http://www.redesaude.org.br/generoetabaco/download/114_Convencao-Quadro-para-o-Controle-do-Tabaco.pdf. Acesso em: 20/03/2015.
- CORAZZA, G. O regionalismo aberto da CEPAL e a inserção da América Latina na Globalização. **Ensaio FEE**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 135-152, maio 2006.
- COSTA, L. C. A proteção social nos países do MERCOSUL. In: CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR EM SOCIAIS E HUMANIDADES, 03 a 06 de setembro de 2012, Niterói RJ: ANINTER-SH/ PPGSD-UFF (ISSN 2316-266).

_____. A agenda social do MERCOSUL: a relação entre estado nacional e integração regional, vol.6, n.24, dez 2009, **Revista em Pauta**, RJ, v. 6, n. 24, p.65 - 82, dez. 2009.

COUTINHO, L. P. P. **Instituições políticas supranacionais**: algumas notas. 2006. Disponível em: <http://www.icjp.pt/sites/default/files/media/757-1152.pdf>. Acesso em: 19/03/2015.

CRUZ, D. F. M. **O (novo) Regulamento Sanitário Internacional** - desafios para o profissional de saúde. 2013. Dissertação (Mestrado) – Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, Porto, 2013.

CSORDAS, T. J. **Corpo/significado/cura**. Rio Grande do Sul: UFRGS Editora, 2008.

DECLARAÇÃO SOCIOLABORAL DO MERCOSUL, 10/12/1998. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/deconu/a_pdf/dec_sociolaboral_mercosul.pdf. Acesso em: 30/12/2014.

DECLARACIÓN DE INCORPORACIÓN DA REPUBLICA BOLIVARIANA DA VENEZUELA DO MERCOSUL. 2012. Disponível em: <http://www.ippdh.mercosur.int/>. Acesso em:30/12/2014.

DEVIN, G; ELIAS, N. A análise das relações internacionais. In: MILANI, C. R. S. (Org.). **Relações Internacionais**: perspectivas francesas. Salvador: EDUFBA, 2010.

DOMINGUES, J. M. **Sociologia e modernidade**. Para entender a sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

DRAIBE, S. Coesão social e integração regional: a agenda social do MERCOSUL e os grandes desafios das políticas sociais integradas. **Cad. Saúde Pública**, v. 23 , sup.2 , p. 5174 - 5183, 2007b.

_____. Estado de bem-estar, desenvolvimento econômico e cidadania: algumas lições de literatura contemporânea. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). **Políticas públicas no Brasil**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007a.

DUBET, F. **Repensar la justicia social**. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 2012.

EFSUL, ENTIDADES FISACALIZADORAS SUPERIORES DO MERCOSUL E ASSOCIADOS. **Relatório de Auditoria Consolidada no Programa de Ação Mercosul Livre de Febre Aftosa (PAMA)**. Brasília: Tribunal de Contas da União, 2012.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do welfare state. **Lua Nova**, São Paulo, n. 24, p. 85 - 116, set. 1991. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451991000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11/01/2015.

FELLET, J. **Cúpula do Mercosul lança compromisso de reduzir assimetrias entre membros**. Disponível em: http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2011/06/110629_mercosulcupula_jf.shtml. Acesso em: 18/03/2015.

FERNANDES, R. C. Elos de uma cidadania planetária. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, n. 28, p. 15 - 34, jun., 1995.

FERREIRA, F. P; CASTRO, L. P. G. Direito à saúde e a globalização. **Revista Anhanguera**, v. 11, n. 1, p. 61 - 86, jan./dez. 2010.

FERREIRA, M. O. Integração Sul-Sul, Mercosul Social e as repercussões para a promoção da saúde da mulher no Brasil. **Projeto de Monografia (Graduação)** – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina, Salvador, 2014.

FIGUEIREDO, A. C. Princípios de justiça e avaliação de políticas. **Lua Nova**. São Paulo, n. 39, p.73 - 103, 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451997000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08/03/2015.

FIGUEIREDO, M. C. B; FONSECA, L. E. Capacitação como processo de cooperação internacional. In: **Saúde e direitos humanos**, Rio de Janeiro, ano 6, n. 6, p. 7- 17, 2010.

FLEURY, S; OUVENERY, A M. Políticas de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

FOAR, FONDO ARGENTINO DE COOPERACIÓN HORIZONTAL. **Revista FOAR**, Edición Especial, n. 9, abr. 2008.

FORMIGLI, V. L. A; JACOBINA, R. R; RABAT, M. N; CARDOSO, A. J. C; JACOBINA, A. T. **Estado, sociedade civil e saúde**. (Texto didático). Salvador: Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia (UFBA), 2013.

FORTES, P. A. C; RIBEIRO, H. Saúde global em tempos de globalização, **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 366-375, 2014.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

FRASER, N. A justiça social na globalização: redistribuição, reconhecimento e participação. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 63, p.7 - 20, outubro de 2002.

_____. Rethinking recognition. **New Left Review**, n. 3, p.107 - 120, maio/jun. 2000.

FURLAN, F. M. **Integração e soberania: o Brasil e o Mercosul**. São Paulo: Aduaneiras, 2010.

GADELHA, C. A. G; MALDONADO, J. M. S. V; COSTA, L. S. **Complexo produtivo da saúde: inovação, desenvolvimento e estado**. capítulo 12, Contextos, s/d.

GALLO, E; COSTA, L. (Org.) **Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL**. SIS-MERCOSUL: uma agenda para integração. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.

CANCLINI, N. G, Definiciones en transición. In: MATO, D. **Colección Grupos de Trabajo de CLACSO Grupo de Trabajo Cultura y transformaciones sociales en tiempos de globalización**. Buenos Aires: CLACSO, 2001. Disponível em:

<http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/mato/presenta.pdf>. Acesso em 19/03/2015.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

GIDDENS, A. **Mundo em descontrolado: o que a globalização está fazendo de nós**. 3. ed. RJ: Record, 2003.

GOMES, C. B; CASTRO, L. P. G. O novo Regulamento Sanitário Internacional. **RDisan**, SP, v. 13, n. 2, p. 137-155, jun./out. 2012.

GOMES, F. B., **Assimetrias em saúde**. Brasília, Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados, Centro de Documentação e Informação, 2008.

GONÇALVES, R. Competitividade internacional e integração regional: a hipótese da inserção regressiva. **Revista de Economia Contemporânea**, São Paulo, v. 5, p. 1 - 9, 2000.

- GRANDI, J. **Déficit democrático y social en los procesos de integración**. s/d. Disponível em: <http://www.revistaei.uchile.cl/index.php/REI/article/viewFile/15166/29128>. Acesso em: 20/05/2014.
- HABERMAS, J. **Teoría de la acción comunicativa**: racionalidad de la acción y racionalización social. Madrid: Taurus, 1987. V. I
- HELD, D; MCGREW, A. **Prós e contras da globalização**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- HERINGER, R.; PINTANGUY, J. (Org.). Direitos humanos no Mercosul. **Cadernos Fórum Civil**, ano 3, n. 4, 2001.
- HONNETH, A. Democracia como cooperação reflexiva: John Dewey e a teoria da democrática hoje. In: SOUZA, J. (Org.). **Democracia hoje**. Brasília: Editora UNB, 2001.
- _____. **Luta por reconhecimento**: a gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: Editora 34, 2003.
- HUMAN RIGHTS WACTH. **Argentina debe garantizar el acceso de las mujeres a servicios de salud**, 2010. Disponível em: <http://www.hrw.org/es/news/2010/08/10/argentina-debe-garantizar-el-acceso-de-las-mujeres-servicios-de-salud>. Acesso em: 08/02/2015.
- IANNI, O. Globalização e nova ordem internacional. In: AARÃO, D. e outros (Org.). **O século XX — o tempo das dúvidas**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000, p. 205-24.
- _____. **A era do globalismo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996.
- IBAÑEZ, J. El nuevo regionalismo latinoamericano en los años noventa. **Revista electrónica de estudios internacionales**, ISSN 1697-5197, p. 1 - 11, ano. Disponível em: <http://www.reei.org/index.php/revista/num1/agora/nuevo-regionalismo-latinoamericano-anos-noventa>. Acesso em: 20/04/2014.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, IBGE. **Indicadores sociais 2004/2014, Argentina, Brasil e Uruguai**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/paisesat/> acesso em 04/01/2015.
- INCA. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>. Acesso em: 20/04/2014.
- IIDH. Instituto Interamericano de Direitos Humanos. Disponível em: <https://www.iidh.ed.cr/>. Acesso em: 10/03/2014.
- IPPDH. Instituto de Políticas Públicas em Direitos Humanos do Mercosul Idem. Disponível em: <http://www.mercociudades.org/pt-br/node/3489>. Acesso em: 03/02/2015.
- IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. **Objetivos de desenvolvimento do Milênio, relatório nacional de acompanhamento**. IPEA, maio, 2014.
- ITAMARATY, **Integração Regional**. Disponível em: <http://www.itamaraty.gov.br>, Acesso em: 31/12/2014.
- IVO, A. B. L. Regimes de bem-estar e pobreza na América Latina. **Cadernos CRH**, Salvador, v.20, n. 50, p. 189 - 196, maio/ago. 2007.
- _____. O acirramento do conflito distributivo na base: o novo tratamento da política social focalizada. **São Paulo em Perspectiva**, v.18, n.2, p. 57 - 67, jun. 2004.

_____. **Metamorfoses da questão democrática:** governabilidade e pobreza. Buenos Aires: CLACSO, 2001.

_____; LANIADO, R. N. The reconversion of the social issue: poverty, society and State. In: ISA FORUM OF SOCIOLOGY RC09 - Research Committee on Social Transformations and Sociology of Development, 1., 2008, Barcelona, Spain. Barcelona: ISA, 2008.

JACOBINA, R. R. **Medicina social: conceito e história.** (Texto didático). Salvador: Departamento de Medicina Preventiva e Social/Faculdade de Medicina da Bahia/Universidade Federal da Bahia (UFBA), 2007.

JUNIOR, G. B.; SILVA, P. L. B.; DAIN, S. (Org.). **Regulação do setor saúde nas Américas:** as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

KEOHANE, R. O.; NYE, J. **Power and interdependence:** world politics in transition. Boston: Little Brown and company, 1977.

_____: _____. **Transnational relations and world politics International organization.** International Organization, V.25, N. 3, p. 329 - 349, 1971. Disponível em:

http://pendientedemigracion.ucm.es/info/sdrelint/ficheros_materiales/materiales016.pdf

Acesso em: 20/02/2014.

KICKBUSCH, I.; BERGER, C. Diplomacia da Saúde Global. **RECIS**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 19 - 24, 2010.

KIRCHNER, C. F. Videoconferencia por inauguración del hospital Néstor Kirchner en Haití, 4 de junio del 2013. Disponível em: <https://www.mrecic.gov.ar/es/cooperacion-internacional>. Acesso em: 03/02/2014.

KRAYCHETE, E. S. Desenvolvimento e cooperação internacional. **Cadernos CRH**, Salvador, v. 25, n. 65, p. - , 2012.

_____. Desenvolvimento: razões e limites do discurso do Banco Mundial. In: **Caderno CRH**, Salvador, v. 19, n. 48, p. 415 - 430, set./dez. 2006.

LANIADO, R. N. Justiça social. In: IVO, A. B. L. (Coord.). **Dicionário temático desenvolvimento e questão social: 81 problemáticas contemporâneas.** São Paulo: Annablume, 2013.

_____; RAMOS, N. Cidadania participativa e direitos humanos: ampliando a cultura política e a democracia. In: ENCONTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS DO NORTE E NORDESTE, 11., agosto, Aracaju-Sergipe: CISO, 2003.

_____; SANTOS, R. S. O papel do conhecimento e da ciência para a integração regional de países do Mercosul - Brasil e Argentina. In: KRAYCHETE, E. S.; MILANI, C. R. S. **Desenvolvimento e cooperação internacional, relações de poder e política dos Estados.** Salvador: EDUFBA, 2014.

LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, n. 2, p. 7-25, 1982. (Trad. E. D. Nunes).

LIMA, M. Relações interamericanas: a nova agenda sul-americana e o Brasil. **Lua Nova**, n. 90, p. 167-20, 2013.

LIRA, F. R. F. T. Efeitos da financeirização sobre a economia brasileira. **Vitrine da conjuntura**, Curitiba, v. 1, n. 9, p. 1 - 4, dez. 2008.

LOBATO, L. V. C; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 107-140.

LOPES, M. S. V; SARAIVA, K. R. O; FERNANDES, A. F. C; XIMENES, L. B. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 461-468, jul./set. 2010.

LORES, R. J. "Consenso de Pequim" brilha na crise e desperta temores **Folha de SP**, Caderno Mundo, dia, mês 2010. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mundo/ft0702201001.htm>. Acesso em: 24/06/2014.

MACHADO, L. T. A teoria da dependência na América Latina. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 199 - 215, abr. 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08/11/2014.

MACIEL, T. M. As teorias de relações internacionais pensando a cooperação, **Ponto-e-Vírgula**, n. 5, p. 215-229, 2009.

MAIOR, L. A. S. Quem quer a América do Sul que queremos? **Carta Internacional**, São Paulo, v. 2, n. 2, 2007.

MANN, J. Saúde pública e direitos humanos. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, RJ, v. 6, n.1/2, p. 135 - 145,1996.

MARTIN, C. S.; PALMEIRA, M. E. Competitividade e integração regional latino americana. In: **Observatorio de la Economía Latinoamericana**, n. 71, 2006. Disponível em: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/br/>. Acesso em: 10/04/2014.

MARTINS, P. H. Sistema-mundo e América Latina. In: IVO, A. B. L. (Coord.) **Dicionário temático desenvolvimento e questão social: 81 problemáticas contemporânea**, São Paulo: Annablume, 2013.

MATOS, P. O reconhecimento, entre justiça e identidade. **Lua Nova**, n. 63, p. 143 - 161, 2004.

MATTOS, R. A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 377 - 389, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23/08/2014.

MEDEIROS, M. de A.; LEITÃO, N.; CAVALCANTI, H. S.; PAIVA, M. E.; SANTIAGO, R. A questão da representação no Mercosul: os casos do Parlasul e do FCCR. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, v. 18, n. 37, p. 31 - 57, out. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782010000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31/12/2014.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a Declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 451 - 452, 2004.

MENDONÇA, M.; LOPEZ, R.; GOMIDE, T.; FARIA, R.; GOMES.; N. MERCOSUL – Um mercado do sul. **Revista de História Contemporânea**, n. 1, p. 1 - 16, nov-abr 2008.

MENDONZA, G. J. A. Novo Regulamento Sanitário Internacional: plataforma para governança global da saúde, **Ethos Governamental**, 2006/2007. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1555-8746/2007/vn4/a79-99-2.pdf>. Acesso em: 13/02/2015.

MENUCCI, D. L. O Regulamento Sanitário Internacional (2005) e a vigilância em saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 7, n. 1/2/3, p. 54-87, 2006.

MERCOSUL. **Conselho de Mercado Comum (CMC), Decreto n°03/95**. 1995. Disponível em: http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Decisoes/PT/Dec_003_095_Reuni%C3%A3o%20Ministro%20Sa%C3%BAde_At%20195.PDF. Acesso em: 07.08.2014

_____. **Instituto Social do Mercosul (ISM)**. A dimensão social do MERCOSUL - Marco conceitual, 2011. Disponível em: <http://ismercotur.org/wp-content/uploads/downloads/2013/04/A-dimens%C3%A3o-social-do-MERCOSUL-web-spread.pdf>. Acesso em:

_____. **CMC DEC n.18/08**. Documentos de Viagem dos Estados Partes do MERCOSUL e Estados Associados, 2008. Disponível em: portal.mj.gov.br/services. Acesso em: 30/12/2014a.

_____. **Protocolo Constitutivo do Parlamento do MERCOSUL**. Disponível em: <http://www.bcb.gov.br/rex/sgt4/Ftp/CD%20Fluxograma/Tratados%20e%20Protocolo/s/Protocolo%20do%20Parlamento.pdf>. Acesso em: 30/12/2014b.

_____. **Protocolo de Ushuaia**. Disponível em: http://www.mercosur.int/innovaportal/file/101/1/1998_protocoloushuaia-compromisodemocratico_es.pdf. Acesso em 20/04/2013.

MESA-LAGO, C. El desarrollo de la seguridad social en América Latina. **Estudios e informes de la CEPAL**, nº 43, Santiago, 1985.

MILANI, C. R. S. Aprendendo com a história: críticas à experiência da Cooperação Norte-Sul e atuais desafios à Cooperação Sul-Sul. **Cadernos CRH**, Salvador, n. 65, v. 25, p. 211 - 231, 2012.

_____. Globalização e contestação política na ordem mundial contemporânea. **Caderno CRH**, Salvador, n. 48, v. 9, p. 377 - 383, 2006.

_____. Cooperação Sul-Sul. In: IVO, A. B. L. (Coord.). **Dicionário temático desenvolvimento e questão social**: 81 problemáticas contemporâneas. São Paulo: Annablume, 2013.

_____; LANIADO, R. N. Espaço mundial e ordem política contemporânea: uma agenda de pesquisa para um novo sentido da internacionalização. **Caderno CRH**, n. 48, v.9, p. 479 - 498, 2006.

MILLER, D. Perspectivas de justiça social. **Análise social**, v. XXXIII, p. 323 - 339, 1998.

MINAYO, M. C. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade, Petrópolis, RJ: Vozes, 1994

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.

MÜLLER, G. Repensar as teorias: a proposta de Touraine. **Revista Formação**, n. 14, v. 1, p. 46 - 55. Disponível em: <http://www4.fct.unesp.br/pos/geo/revista/artigos/Muller.pdf>. Acesso em: dia/11/2012.

NAVARRO, V. **Has socialism failed?** An analysis of health indicators under Capitalism and socialism. 1993. Disponível em: <http://philpapers.org/rec/NAVHSF>. Acesso em: 10.05.2014.

NOGUEIRA, J. P.; MESSARI, N. **Teoria das relações internacionais**. 3.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

NUBLAT, J. "Índice aponta que 20% das cidades têm nota menor que 5 no SUS". **Folha de São Paulo**, Caderno Cotidiano, 01/03/2012. Disponível em: www1.folha.uol.com.br/cotidiano. Acesso em: 02/03/2012.

NUNES, E. D. Cecilia Donnangelo: paradigmas de la salud colectiva: breve reflexión. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, vol. 10, n.1, p. 57 - 65, jan-abr. 2014.

_____. Cecilia Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 909 - 916, jun. 2008. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000300013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17/11/2014.

NUNES, JÚNIOR A. T. A União Europeia e suas instituições. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 48, n.192, out./dez. 2011. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/242926/000936206.pdf?sequenc e=3>. Acesso em: 31/12/2014.

OBSERVATORIO DA POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO. **Instituto Nacional do Câncer**. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/convencao_quadro/o_que_e. Acesso em: 22/02/2015.

OBSERVATORIO MERCOSUR. Disponível em: www.observasalud.mercosur.int. Acesso em: 19/03/2015.

OBSERVATORIO MERCOSUR SISTEMAS DE SALUD, OMSS. **Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada**. GIOVANELLA, L. (Org.). 2013.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SANIDAD ANIMAL, OIE. Disponível em: <http://www.oie.int/es/quienes-somos/>. Acesso em: 19/02/2015.

OLESKER, D; GONZÁLEZ, T. La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (2005-2009). Montevideo, Uruguay: Ministerio de Salud Pública. 2009. In: SOLLAZZO, A.; BERTERRETICHE, R., **El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la atención primaria**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/21.pdf>. Acesso em: 02/03/2015.

ONU MULHERES. Respostas à violência baseada em gênero no Cone Sul: avanços, desafios e experiências regionais. **Relatório Regional**, Julho de 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 58ª Assembleia Mundial da Saúde, Revisão do regulamento Sanitário Internacional, 2005. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/rsi/documentacoes-sobre-rsi/regulamento_sanitario_internacional_-_versao_-_portugues.pdf. Acesso em: 05/03/2015.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Salud en las Américas**: edición de 2012. Panorama regional y perfiles de país. Washington, DC: OPS, 2012.

PAGLIOSA, F. L; DA ROS, M. O relatório Flexner para o bem e para o mal. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, n. 32, p. 492 - 499, 2008.

PAHO FOUNDATION. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/>. Acesso em: 22/03/2014a.

PAHO. **Implantação do regulamento sanitário internacional**. Disponível em: <http://www.paho.org>. Acesso em: 22/02/2014b.

_____. **Termo de Cooperação nº48 (TC 48)**. Coordenação Nacional da Saúde no Mercosul, Ministério da Saúde, Brasil. Disponível em: <http://www.paho.org>. Acesso em: 20/03/2015.

_____. **Relatório Saúde Animal**. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/5625/CE154-FR-p.pdf?sequence=4>. Acesso em: 22/02/2015c.

_____. **Saúde nas Américas**. Uruguay. Disponível em: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=65:uruguay&option=com_content. Acesso em: 10/02/2015a.

_____. **PANAFTOSA**. Disponível em: <http://www.paho.org/panaftosa/images/Gallery/textos/cvp.pdf>. Acesso em: 19/02/2015b.

PAIM, J. S; TRAVASSOS, C; ALMEIDA, C; BAHIA, L; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Series Saúde no Brasil. **Revista The Lancet**, Brasil, Serie Saúde no Brasil 1, p. 11 - 31, maio 2011.

_____; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v. 4, n. 32, p. 299-316, 1998.

PARLAMENTO DO MERCOSUL. **Observatório da Democracia**. Disponível em: http://www.parlamentodelmercosur.org/innovaportal/v/4525/1/secretaria/observatorio_da_democracia.html?rightmenuid=4508. Acesso em: 30/12/2014.

PAULA, A. E-K. **A integração social no MERCOSUL: as políticas de educação em saúde no Brasil e na Argentina (1991-2006)**. Tese (Doutorado) – Instituto de Ciências Sociais, Centro de Pesquisa e Pós-Graduação sobre as Américas, Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

PAULA, R. F. S. Ajuda humanitária e assistencialismo. In: IVO, A. B. L. **Dicionário temático desenvolvimento e questão social: 81 problemáticas contemporâneas**. São Paulo, Annablume, 2013.

PEREIRA FILHO, J. Entrevista com o sociólogo peruano Aníbal Quijano. **Blog História em Projetos**. 2006 Disponível em: <http://historiaemprojetos.blogspot.com.br/2008/10/entrevista-com-o-sociologo-peruano-anbal.html>. Acesso em: 13/01/2015.

PEREIRA, A. M. M; CASTRO, A. L. B. de; OVIEDO, R. A. M; BARBOSA, L. G; GERASSI, C. D; GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 482 - 499, set. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000300019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07/12/2015.

PEREIRA, J. Justiça social no domínio da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 400 - 421, dez. 1990. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000400004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20/03/2015.

PEREIRA, P. A. P. Estado social. In: IVO, A. B. L. (Coord.). **Dicionário temático desenvolvimento e questão social: 81 problemáticas contemporâneas**. São Paulo: Annablume, 2013.

PEREZ, F. A. **Panorama da cooperação internacional em saúde em países da América do Sul**. 2012. Mestrado (Dissertação) - PPG em Saúde Pública, USP, São Paulo, 2012.

PINO, B. A. La cooperación internacional para el desarrollo: fundamentos y justificaciones en la perspectiva de la teoría de las relaciones internacionales, **Carta Internacional**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 8 - 22, 2007.

_____. Transformações globais, potências emergentes e cooperação Sul-Sul: desafios para a cooperação europeia. **Cadernos CRH**, Salvador, v. 25, n. 65, v.25, p. 233 - 249, 2012.

PITOMBO, S. M. M. Narrativas tecidas, novas metafísicas: o papel das agências multilaterais na produção do sentido para a esfera cultural. In: ENCONTRO DE ESTUDOS MULTIDISCIPLINARES EM CULTURA - ENECULT, 3., 2007, Salvador. **Anais...** Salvador: UFBA, 2007.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Brasil. O que foi consultado. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Default.aspx>. Acesso em: 25/07/2013

_____. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2012**. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Noticia.aspx?id=3742>. Acesso em: 15/04/2014.

_____. **Informe nacional sobre desarrollo humano 2013**. Argentina en un mundo incierto: Asegurar el desarrollo humano en el siglo XXI. Dirigido por Gabriela Catterberg y Ruben. Mercado; edición literaria a cargo de Ignacio Camdessus; con prólogo de Martín Santiago Herrero. 1. ed. Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD, 2013. Disponível em: <http://www.ar.undp.org/content/dam/argentina/Publications/Desarrollo%20Humano/ARGentina-PNUD-INDH%202013.pdf>. Acesso em: 05/02/2015.

_____. **Relatório Anual 2012**. O futuro sustentável que queremos. PNUD, 2012. Disponível em: http://issuu.com/pnudbrasil/docs/pnud_relatorio_anual_web?e=0/3980308. Acesso em: 20/03/2015.

_____. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2002**. Aprofundar a democracia num mundo fragmentado. PNUD, 2002. Disponível em: http://www.pnud.org.br/hdr/arquivos/RDHglobais/RDH%202002_pt.pdf. Acesso em: 30/04/2014.

_____. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2014**. Sustentar o Progresso Humano: Reduzir as Vulnerabilidades e Reforçar a Resiliência. PNUD, 2014. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/arquivos/RDH2014es.pdf>. Acesso em: 20/04/2014.

_____. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2004**. Liberdade Cultural. PNUD, 2004. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/hdr/arquivos/RDHglobais/hdr2004-portuguese.pdf>. Acesso em: 15/05/2014.

_____. Brasil fica em 72º lugar no IDH. **Notícias**, julho de 2004. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Noticia.aspx?id=3032>. Acesso em: 15/02/2015.

PORTAL BRASIL. **Demografia**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/governo/2011/02/demografia>. Acesso em: 04/01/2015.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **DECRETO Nº 1.901**, de 09 de maio de 1996. Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Protocolo Adicional ao Tratado de Assunção, Mercosul (Protocolo de Ouro Preto), de 17 de dezembro de 1994. Disponível em: http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/Tratado%20e%20Protocolos/Ouro%20Preto_PT.pdf. Acesso em: 02/03/2014.

_____. , **DECRETO Nº 4.982**, de 9 de Fevereiro de 2004. Protocolo de Olivos para a Solução de Controvérsias no Mercosul. Disponível em: Acesso em: 03/06/2014.

QUEIROZ, L. G. Agenda regional da saúde no Mercosul: arquitetura e temas. **Rev. Panam Salud Pública**, v. 30, n. 2, p. 182-188, 2011.

QUEIROZ, M. S; CANESQUI, A. M. Antropologia da medicina: uma revisão teórica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 20, p. 152 - 164, 1986.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. IN: LANDER, E. (Org.). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas.** Buenos Aires: Colección Sur Sur, CLACSO, 2005. p.227-278.

RAWLS, J. **Uma teoria da justiça.** São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2002.

REICHENHEIM, M. E; SOUZA, E. R. de; MORAES, C. L; JORGE, M. H. P. M; SILVA, C. M. F. P. F da; MINAYO, M. C. de S; **Violências e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros.** **Revista The Lancet**, Brasil, maio 2011, Series Saúde no Brasil 5.

REIS, C. N; OLIVEIRA, M; PINHEIRO, L. **A pobreza na América Latina após as reformas estruturais: a permanência da iniquidade.** Ano. Disponível em: <http://www.sep.org.br/artigos/download>. Acesso em: 19.03.2015.

RONCARATTI, L. S. **Políticas Públicas.** Editora Vestcon, S/D.

RUBARTH, E. O. **A diplomacia brasileira e os temas sociais: o caso da saúde.** Brasília: Instituto Rio Branco, Fundação Alexandre Gusmão, Centro de Estudos Estratégicos, 1999.

SÁNCHEZ, D. M. Processos de Integración em salud: uma reflexión sobre los desafios del MERCOSUR em salud, **CAD. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 5156 - 5163, 2007.

SANTOS, B. S. **Para uma revolução democrática da justiça.** São Paulo: Cortez Editora, 2007.

SANTOS, U. P; OLIVEIRA, F. H. P. Três fases da teoria cepalina: uma análise de suas principais contribuições ao pensamento econômico latino-americano. **Revista de Administração da PUCRS**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 4-17, jul./dez. 2008.

SARAIVA, M. G. As estratégias de cooperação sul-sul nos marcos da política externa brasileira de 1993 a 2007. **Revista Brasileira de Política Internacional**, Brasília, v. 50,n. 2, p. 42-59, 2007.

SASSEN, S. Territory and territoriality in the global economy. **International Sociology.** Vol.15, n.2, junho de 2000.

SATO, E. Cooperação internacional: um componente essencial das relações internacionais. **RECIS**, RJ, v.4, n.1, p. 46 - 57, 2010.

SATO, N. S. T. **A Evolução da dimensão social da integração regional: o caso das normas do Mercosul-saúde.** 2014 Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais, Instituto de Relações Internacionais da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

SAÚDE BUSINESS FORUM. Disponível em: <http://www.saudebusinessforum.com.br/>. Acesso em: 29/01/2015.

SCHMIDT, M. I; DUNCAN, B. B; SILVA, G. A; MENEZES, A. M; MONTEIRO, C. A; BARRETO, S. M. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Revista The Lancet**, Brasil, maio 2011. Series Saúde no Brasil 4.

SCHUMACHER, A. A; PUTTINI, R. F; MINIMOTO, T. Vulnerabilidade, reconhecimento e saúde da pessoa idosa: autonomia intersubjetiva e justiça social. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 281-293, abr./jun. 2013.

SCHVARZER, J. Poder político-social, condições de mercado e mudança estrutural. 2004. In: SALLUM, Brasílio Jr. (Ed.). Brasil e Argentina Hoje. **Política e economia**. Bauru-SP: EDUSC, 2004.

SECRETARIA do MERCOSUL. Disponível em: <http://www.mercosur.int/home.jsp?contentid=10&seccion=1>. Acesso em: 20/02/2015.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. SP: Companhia das Letras, 2010.

SIERRA, G. Las matrices societales en crisis, pero ahora en contexto Mercosur. In: _____; ALVARADO, M. B. (Comp.). **Democracia, governanza y desarrollo em el MERCOSUR: hacia un proyecto propio en el siglo XXI**. Cidade: UNESCO, CLACSO, 2004. p. 15 - 26.

SOARES, L. T. O multiculturalismo e a política de reconhecimento de Charles Taylor. **Novos Estudos Jurídicos**, v.11, n.2, p. 313 - 322, 2006.

_____. **Política externa brasileira para o Mercosul: interesses estratégicos e crise da integração regional**. 2006. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação de Ciência Política da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

_____. Políticas na América Latina. In GIOVANELLA, L. (Org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

SILVA, R. G. **Do welfare ao workfare ou da política social keynesiana / fordista à política social schumpeteriana / pós-fordista**. 2011. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, UNB, Brasília, 2011.

SOLANO, C. B. América Latina: regimenes de bienestar en transición durante los años noventa. **Cadernos CRH**, Salvador, v. 20, n.50, p. 197 - 211, maio/ago. 2007.

SOLLAZZO, A.; BERTERRETICHE, R. El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la atención primaria. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p.2829 - 2840. jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06/01/2015.

SOUZA, A. M; OLIVEIRA, I. T. M; GONÇALVES, S. S. Integrando desiguais: assimetrias estruturais e políticas de integração no Mercosul. **Texto para Discussão IPEA** n. 1477. Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCCMAN, G; ARRETICHE, M; MARQUES, E. (Org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

SOUZA, E. P. **Mapeando os caminhos da internacionalização de instituições de ensino superior no Brasil**. 2008. 233f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Economia e Administração, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

SOUZA, J. Modernização periférica e naturalização da desigualdade: o caso brasileiro. In: SCALON, C. **Imagens da desigualdade**. Belo Horizonte: UFMG: 2004.

SOUZA, R. L. Hannah Arendt e a política sem piedade, **Política e Sociedade**, n. 12, p. 119 - 142. abr. 2008.

TAVARES, M. C; BELUZZO, L. G. A mundialização do capital e a expansão do poder americano. In: FIORI, J. L. (Org.). **O poder americano**. Petrópolis: Vozes, 2005.

TAYLOR, C. La política del reconocimiento. México: Fondo de Cultura Económica, 1993.

TEIXEIRA, C. F. **Os princípios do sistema de saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia, jun. 2011.

_____. Entrevista, **Trab. Educ. Saúde**, v.6, n.1, p.185-194, mar./jun. 2008.

_____. SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde**: promoção, vigilância e saúde da família. EDUFBA, 2006. Não entendi

TEIXEIRA, E. **As três metodologias**: acadêmica, da ciência e da pesquisa 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

TEIXEIRA, F. J. S; OLIVEIRA, M. A. (Org.). **Neoliberalismo e reestruturação produtiva**: as novas determinações do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1998.

TEIXEIRA, M. G; COSTA, M. C; SOUZA, L. P; NASCIMENTO, E. M; BARRETO, M. L; BARBOSA, N; CARMO, E. H. Evaluation of Brazil's public health surveillance system within the context of the International Health Regulations (2005). **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 32, n. 1, p. 49 - 55, jul. 2012. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000700008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06/02/2015.

THERBORN, G. Globalizations, dimensions, historical waves, regional effects, normative governance. **International Sociology**, n. 15, p. 151 - 179, 2000.

THOMAZ, O. R. A antropologia e o mundo contemporâneo: cultura e diversidade. In: **A temática indígena na escola**. Brasília: MEC/MARI/UNESCO, 1995.

TORRONTÉGUY, M. A. A. **O direito humano à saúde no direito internacional: efetivação por meio da cooperação sanitária**. 2010. Tese (Doutorado) – Faculdade de Direito, USP, São Paulo, 2010.

TOSERA, N., **La salud en Uruguay**: un rompecabezas a armar. Montevideo, Uruguay: Ensayo, 2013.

TOURAINÉ, A. **Crítica da modernidade**. Petrópolis. RJ: Vozes, 1994

TRAPP, G. P. **A fragilidade institucional do Mercosul e os seus impactos sobre o mercado de trabalho**. 2010. Tese (Doutorado em Economia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Ciências Econômicas, Porto Alegre, 2010.

UBACH, G. Criação de escola de saúde pública do Uruguai tem apoio da ENSP, Entrevista concedida ao Informe da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Publicada em 26/10/2012 Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/31265>. Acesso em: 10/08/2014.

UNASURORG. Disponível em <http://www.unasursg.org/>. Acesso em: 14/01/2015.

UNIDAD DE APOYO A LA PARTICIPACIÓN SOCIAL DEL MERCOSUR. **En el Año Internacional de la Agricultura Familiar**, MERCOSUR, 2014.

UNITED NATIONS CONFERENCE ON TRADE AND DEVELOPMENT. **World Investment Report 2002** Transnational Corporations and Export Competitiveness. Disponível em: http://unctad.org/en/Docs/wir2002_en.pdf. Acesso em: 14/09/2014.

URUGUAY Ministerio de Relaciones Exteriores. **Dirección de Cooperación Internacional**. Disponível em: <https://www.mrecic.gov.ar/es/cooperacion-internacional>. Acesso em: 10/03/2015.

VALLONE, M. G. **La dimensión social de La cooperación internacional: aportes para La construcción de una agenda post-neoliberal.** 1 ed. Buenos Aires: Fundación Centro de Integración, Comunicación, Cultura y Sociedad – CICCUS, 2010.

VEIGA, P. da M.; RIOS, S. P. A América Latina frente aos desafios da globalização: ainda há lugar para a integração regional? In: MOTTA VEIGA, P.; RIOS S. P. In: CARDOSO, Fernando Henrique e FOXLEY, Alejandro (orgs.), vol.1, **América Latina: Desafios da democracia e do desenvolvimento.** Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2009.

VENTURA, M. Direitos humanos e saúde: possibilidades e desafios. **Saúde e Direitos Humanos**, Brasília, ano 7, n. 7, p. 87 - 100, 2011.

VICTORA, C. G; AQUINO, E. M. L; LEAL, M. C; MONTEIRO, C. A; BARROS, F. C; SZWARCOWALD, C. L. Saúde de mães e crianças no Brasil, progressos e desafios. **Revista The Lancet**, Brasil, maio 2011. Series Saúde no Brasil 2.

WALKER, I. Democracia de Instituições. In: CARDOSO, F. H.; FOXLEY, A (Org.). **América Latina, desafios da democracia e do desenvolvimento.** Governabilidade, globalização e políticas econômicas para além da crise (V. 1). Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO, Library Cataloguing-in-Publication Data. **World health statistics 2014.** Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS10_Full.pdf. Acesso em 05/06/2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO, Closing the gap: policy into practice on social determinants of health: discussion paper. Rio de Janeiro: World Health Organization; 2011.

_____. **Rio Political Declaration on Social Determinants of Health.** Rio de Janeiro: WHO; 2011.

_____. **World health statistics 2005.** WHO Library Cataloguing-in-Publication. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS08_Full.pdf. Acesso: 06/07/2014.

_____. **World health statistics 2014.** WHO Library Cataloguing-in-Publication Disponível em: <https://books.google.com.br>. Acesso em: 14/09/2014.

ZIMMERMANN, C. Um primeiro olhar sobre o Programa Fome Zero: reflexões sobre primeiro ano de implementação. **Revista Espaço Acadêmico**, n.41,out. 2004.

ANEXOS



ANEXO 1 A – Roteiro de Entrevista para Tese

Título da Tese: *COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE NO MERCOSUL: Argentina, Brasil e Uruguai.*

Identificação:

Nome:

Formação profissional:

Instituição acadêmica:

Função na organização:

Idade:

Redes de atuação (organizações, entidades, governo, tecnocracia, intelectuais, formadores de opinião, etc.):

Bloco 1:

As políticas públicas em saúde no seu país

- 1) As políticas públicas nacionais de saúde são influenciadas por diretrizes traçadas por organismos internacionais (como OMS, OPAS, por exemplo)? (Influências profundas? Influências parciais? Influências proforma?).
- 2) Em sua opinião, como e com que frequência acontecem as interações das políticas nacionais de saúde com as diretrizes/políticas externas? (Interação? Complementação? Imposição?).
- 3) O senhor (a) considera que políticas de saúde integradas a diretrizes internacionais trazem algum benefício mais direto – de curto e médio prazo - para o desenvolvimento regional?

Bloco 2:

A cooperação internacional em saúde

- 4) Há cooperação por meio de convênios no campo da saúde entre os governos do Brasil, Argentina e Uruguai? Para que serve? Quais acordos se destacam?
- 5) Havendo cooperação/acordos em saúde, há participação de organizações privadas? Qual a contribuição que elas podem trazer?
- 6) No seu entender, as políticas de cooperação em saúde entre Brasil, Argentina e Uruguai seguem diretrizes internacionais ou indicam perfis nacionais / regionais de decisão?

Bloco 3:

As políticas de saúde no MERCOSUL-Saúde

- 7) Dos acordos propostos no MERCOSUL-Saúde, quais as principais conquistas? Quais os principais desafios postos pelas diferentes legislações nacionais?
- 8) O MERCOSUL-Saúde levou a alguma conquista de natureza institucional para os países do MERCOSUL? O que falta para melhorar?
- 9) A cooperação no âmbito do MERCOSUL-Saúde favorece a integração do bloco regional em termos de políticas internacionais? De que forma?
- 10) Em sua opinião, quais as melhorias trazidas pelo MERCOSUL-Saúde à população do seu país? E em termos comparativos com os outros dois?



ANEXO 1 B - Roteiro de Entrevista de Tesis

Título de la tesis: *COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN SALUD NO MERCOSUR: Argentina, Brasil y Uruguay.*

Identificación:

Nombre:

Formación profesional:

Institución:

Función en la organización:

Edad:

Actuación (organizaciones, entidades, tecnócratas gubernamentales, intelectuales, líderes de opinión, etc.):

Bloque 1:

Las políticas de salud pública en su país

- 1) ¿Las políticas nacionales de salud pública se ven influidos por las directrices establecidas por las organizaciones internacionales (como la OMS, la OPS, por ejemplo)? (¿Influye profundamente? ¿Influencias parcial? ¿Influye proforma?).
- 2) En su opinión, ¿cómo y con qué frecuencia ocurren las interacciones de las políticas nacionales de salud con pautas / políticas externas? (¿Interacción? ¿Complementación? ¿Imposición?).
- 3) ¿Considera que las políticas de salud directrices internacionales integrados traer algún beneficio más directo - a corto y medio plazo - para el desarrollo regional?

Bloque 2:

La cooperación internacional en materia de salud

- 4) ¿Existe una cooperación a través de acuerdos en el ámbito de la salud entre los gobiernos de Brasil, Argentina y Uruguay? ¿Qué es? ¿Los acuerdos que se destacan?
- 5) ¿Si hay cooperación / acuerdos en materia de salud, no hay participación de las organizaciones privadas? ¿Qué contribución pueden aportar?
- 6) ¿En su opinión, la política de cooperación en salud entre Brasil, Argentina y Uruguay siguen las directrices internacionales indican perfiles o decisiones a nivel nacional / regional?

Bloque 3:

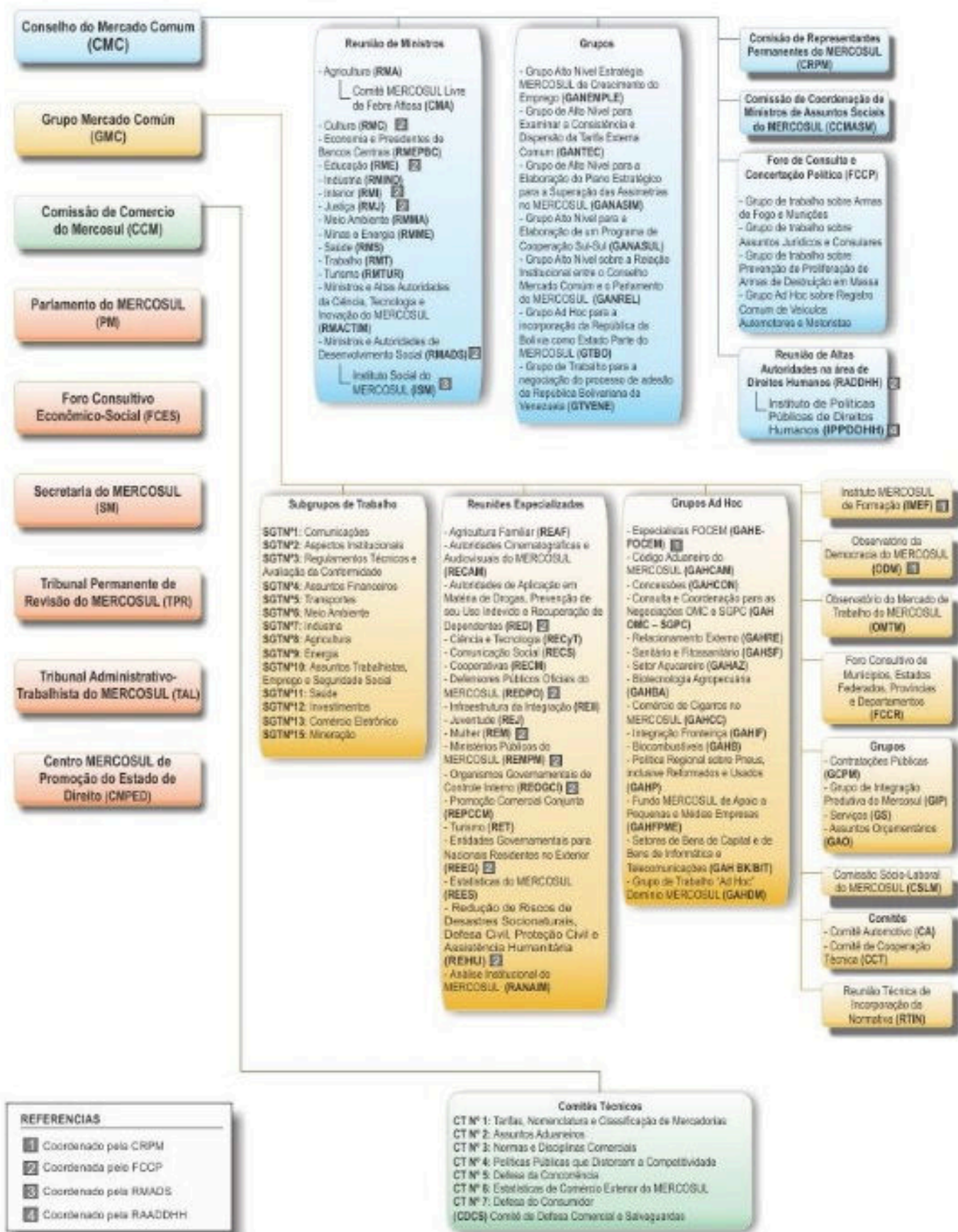
Las políticas de salud en el MERCOSUR-Salud

- 7) ¿Las medidas propuestas en el MERCOSUR-Salud, que son los principales logros? ¿Cuáles son los principales desafíos planteados por las diferentes leyes nacionales?
- 8) ¿La conquista MERCOSUR-Salud llevó a una naturaleza institucional de los países del MERCOSUR? ¿Qué se necesita para mejorar?
- 9) ¿La cooperación en el MERCOSUR-Salud promueve la integración del bloque regional en materia de política internacional? ¿De qué manera?
- 10) ¿En su opinión, cuáles son las mejoras introducidas por el MERCOSUR-Salud a la población de su país? ¿Y en comparación con los otros dos?

Quadro de entrevistados

Nº	Data	País	Tipo	Cargo / Função / Organização	Bloco 1	Bloco 2	Bloco 3	Questionário
Entrevistas questionário								
1	04/06/2013	Brasil	Pesquisador	Pesquisadora / Professora - Participa da Associação Brasileira de Economia da Saúde	sim	sim	não	incompleto
2	12/03/2014	Uruguai	Gestor	Diretor de relações internacionais no ministério da Saúde do Uruguai	sim	sim	sim	completo
3	02/08/2013	Argentina	Pesquisador	Pesquisador de Avaliação de Tecnologia Sanitária - Diretor Executivo do IECS - Argentina	sim	sim	sim	completo
4	03/09/2014	Brasil	Gestor	Coordenador do MERCOSUL-Saúde	sim	sim	sim	completo
5	24/08/2014	Brasil	Gestor/Pesquisador	Superintendente de fiscalização, controle e monitoramento da ANVISA	sim	sim	sim	completo
6	16/05/2013	Argentina	Pesquisador	Diretor Universidade de Buenos Aires	sim	não	não	incompleto
7	14/05/2014	Argentina	Pesquisador	Director de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (MEGyPS)	sim	sim	sim	completo
8	01/08/2013	Argentina	Gestor/Pesquisador	Ministério da Saúde da Republica Argentina	sim	sim	sim	completo
9	20/05/2013	Brasil	Pesquisador	Ministério da Saúde/ DATASUS	sim	não	não	incompleto
10	11/03/2014	Brasil	Gestor/Pesquisador	INCA-RJ - Secretária Executiva de Implementação de Controle do Tabaco	sim	sim	sim	completo
11	29/07/2013	Brasil	Pesquisador	Assistente Social CNPq	sim	sim	sim	completo
Entrevistas pessoais								
12	15/12/2014	Uruguai	Gestor	Coordenador nacional da RMS Mercosul e SGT 11.				
13	02/08/2013	Argentina	Pesquisador	Pesquisador de Avaliação de Tecnologia Sanitária - Diretor Executivo do IECS - Argentina				
14	12/12/2014	Uruguai	Gestor	Subdiretora Adjunta da Direção Geral de Integração e Mercosul, doutoranda				
15	24/08/2014	Brasil	Gestor/Pesquisador	Superintendente de fiscalização, controle e monitoramento da ANVISA				
16	12/12/2014	Uruguai	Gestor	Assessor da Unidade de Assuntos Internacionais e Cooperação, Sociólogo, coordenador da reunião de ministros do desenvolvimento social do Mercosul				
17	12/12/2014	Uruguai	Gestor	Técnico da Unidade de Apoio à Participação Social, mestrando				
18	15/12/2014	Uruguai	Gestor	Coordenador do Observatório Mercosul de Sistemas de Saúde.				
19	15/12/2014	Uruguai	Gestor	Ministério da Saúde Pública do Uruguai, acompanha as RMS do Mercosul.				

Estrutura Institucional do MERCOSUL



Relação geral de documentos do RMS

Reunião	Tipo	Nº	Título	Local	Data	Classificação
MERCOSUR / XVIII RMSM-EA	Acordo	1	Transferências das atividades do programa de dados e preços de medicamentos do MERCOSUL para o grupo Ad Hoc de Política de Medicamentos do MERCOSUL e Estados Associados	Assunção	30/06/2005	Marco Político
MERCOSUR / XVIII RMSM-EA	Acordo	2	Aprovação de documento de trabalho e diretrizes para a atenção em saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres nos países do MERCOSUL e Estados Associados	Assunção	30/06/2005	Marco Político
MERCOSUR / XVIII RMSM-EA	Acordo	3	Diretrizes para aprovação da política pública de saúde ambiental e saúde do trabalhador para o MERCOSUL e Estados Associados	Assunção	30/06/2005	Marco Político
MERCOSUR / XVIII RMSM-EA	Acordo	4	Plano de ação da comissão intergovernamental de gestão de riscos e redução da vulnerabilidade no MERCOSUL e Estados Associados	Assunção	30/06/2005	Ação
MERCOSUR / XVIII RMSM-EA	Acordo	5	Ações para implementação de política de controle do tabaco no MERCOSUL e Estados Associados	Assunção	30/06/2005	Ação
MERCOSUR / XVIII RMSM-EA	Acordo	6	Aprovação das Diretrizes para acesso ao Fórum Virtual de Articulação e Regulamento Operacional do Fórum Virtual	Assunção	30/06/2005	Marco Político
MERCOSUR / XVIII RMSM-EA	Anexo		ANEXO 1 - Diretrizes para acesso ao Fórum Virtual de Articulação da Saúde do MERCOSUL	Assunção	30/06/2005	Marco Político
MERCOSUR / XVIII RMSM-EA	Anexo		ANEXO 2 - Regulamento Operacional do Fórum Virtual de Articulação da Saúde do MERCOSUL	Assunção	30/06/2005	Marco Jurídico
MERCOSUR / XVIII RMSM-EA	Acordo	7	Participação dos Estados participantes do MERCOSUL e estados associados no processo de implementação do regulamento sanitário internacional (2005)	Assunção	30/06/2005	Ação
MERCOSUR / XVIII RMSM-EA	Acordo	8	Estratégia regional para a implementação do plano regional da Dengue no MERCOSUL e estados associados	Assunção	30/06/2005	Marco Político
MERCOSUR / XIX RMSM-EA	Acordo	9	Plano de trabalho do grupo técnico assessor de análise avaliação e implementação do RSI - Regulamento Sanitário Internacional (2005) nos estados participantes do MECOSUL e estados associados	Montevideo	11/11/2005	Ação
MERCOSUR / XIX RMSM-EA	Acordo	10	Ações de fortalecimento político e viabilização de recursos para o controle de tabaco no MERCOSUL e estados associados	Montevideo	11/11/2005	Ação
MERCOSUR / XIX RMSM-EA	Acordo	11	Plano de ação conjunta para enfrentamento dos riscos e impactos de uma eventual pandemia de influenza e gripe aviária	Montevideo	11/11/2005	Ação
MERCOSUR / XIX RMSM-EA	Acordo	12	Plano de ação para a política de medicamentos do MERCOSUL, Bolívia e Chile. Atualização do acordo 4/03	Montevideo	11/11/2005	Ação
MERCOSUR / XIX RMSM-EA	Acordo	13	ANEXO - Plano de ação para a política de medicamentos do MERCOSUL, Bolívia e Chile. Atualização do acordo 4/03	Montevideo	11/11/2005	Ação
MERCOSUR / XIX RMSM-EA	Decreto	1	Estratégias conjuntas de fortalecimento de ações para enfrentamento dos riscos de uma pandemia de gripe aviária	Montevideo	11/11/2005	Marco Político

Reunião	Tipo	Nº	Título	Local	Data	Classificação
MERCOSUL / XX RMS	Anexo	1	Anexo III - Estrutura Institucional da Reunião de Ministros da Saúde	Buenos Aires	29/06/2006	Marco Institucional
MERCOSUL / XX RMS	Acordo	2	Apoio as iniciativas do INCOSUR-CHAGAS	Buenos Aires	29/06/2006	Marco Institucional
MERCOSUL / XX RMS	Acordo	3	Criação da Comissão Intergovernamental de doação e transplantes (CIDT), no âmbito do MERCOSUL e estados Associados	Buenos Aires	29/06/2006	Ação
MERCOSUL / XX RMS	Acordo	4	Incorporação do Enfoque de Contas Nacionais aos Ministérios da Saúde	Buenos Aires	29/06/2006	Marco Institucional
MERCOSUL / XX RMS	Acordo	5	Entendimento dos Ministros de Saúde para impulsionar a Cooperação na luta contra o VIH-SIDA na região	Buenos Aires	29/06/2006	Marco Institucional
MERCOSUL / XX RMS-EA	Acordo	6	Harmonização de metas para o controle do tabaco no MERCOSUL	Brasília	29/11/2006	Ação
MERCOSUL / XX RMSM-EA / CC / P	Acordo	7	Harmonização de metas para o controle do tabaco no MERCOSUL	Brasília	29/11/2006	Ação
MERCOSUL / XX RMS-EA	Acordo	8	Pedido de status de observador para o MERCOSUL nas reuniões da Conferência das partes, da Convenção marco da Organização Mundial da Saúde para o controle do tabaco	Brasília	29/11/2006	Marco Institucional
MERCOSUL / XX RMS-EA	Acordo	9	Pedido de status de observador para o MERCOSUL nas reuniões da Conferência das partes, da Convenção marco da Organização Mundial da Saúde para o controle do tabaco - Estados Associados	Brasília	29/11/2006	Marco Institucional
MERCOSUL / XXI RMS	Acordo	10	Recomendações para harmonização de uma política de doação e transplantes para o MERCOSUL	Brasília	29/11/2006	Marco Jurídico
MERCOSUL / XXI RMS	Acordo	11	Recomendações para harmonização de uma política de doação e transplantes para os estados partes e associados do MERCOSUL	Brasília	29/11/2006	Marco Jurídico
MERCOSUL / XXI RMS	Acordo	12	Apoio das iniciativas de participação social em saúde do MERCOSUL	Brasília	29/11/2006	Marco Institucional
MERCOSUL / XXI RMS	Acordo	13	Apoio das iniciativas de participação social em saúde dos estados parte e associados do MERCOSUL	Brasília	29/11/2006	Marco Institucional
MERCOSUL / XXI RMS	Acordo	14	Acordo sobre enfermidades não transmissíveis e fatores de risco nos estados participantes do MERCOSUL	Brasília	29/11/2006	Marco Institucional
MERCOSUL / XXI RMS	Acordo	15	Acordo sobre enfermidades não transmissíveis e fatores de risco nos estados participantes e associados do MERCOSUL	Brasília	29/11/2006	Marco Institucional
MERCOSUL / XXII RMS	Acordo	1	Estratégias conjuntas para a capacitação de recursos humanos em doação e transplante, instrumentação do marco jurídico e elaboração de projetos para integração de registros para os estados partes do MERCOSUL -	Assunção	15/06/2007	Marco Político
MERCOSUL / XXII RMS	Acordo	2	Estratégias conjuntas para a capacitação de recursos humanos em doação e transplante, instrumentação do marco jurídico e elaboração de projetos para integração de registros para os estados partes e associados do MERCOSUL	Assunção	15/06/2007	Marco Político

Reunião	Tipo	Nº	Título	Local	Data	Classificação
MERCOSUL / XXII RMS	Acordo	3	Estratégia de gestão integrada de prevenção e controle da dengue nos estados partes do MERCOSUL (EGI-DENGUE-MERCOSUL)	Assunção	15/06/2007	Marco Político
MERCOSUL / XXII RMS	Anexo		ANEXO - Estratégia de gestão integrada de prevenção e controle da dengue nos estados partes e associados do MERCOSUL (EGI-DENGUE-MERCOSUL)	Assunção	15/06/2007	Marco Político
MERCOSUL / XXII RMS	Acordo	4	Estratégia de gestão integrada de prevenção e controle da dengue nos estados partes e associados do MERCOSUL (EGI-DENGUE-MERCOSUL-EA)	Assunção	15/06/2007	Marco Político
MERCOSUL / XXII RMS	Acordo	5	Recomendações para as políticas de saúde sexual e reprodutiva nos estados partes do MERCOSUL	Assunção	15/06/2007	Marco Jurídico
MERCOSUL / XXII RMS	Acordo	6	Recomendações para as políticas de saúde sexual e reprodutiva nos estados partes e associados do MERCOSUL	Assunção	15/06/2007	Marco Jurídico
MERCOSUL / XXII RMS	Acordo	7	Adesão dos estados partes do MERCOSUL a Conferencia Internacional de Saúde para o Desenvolvimento: "Atos, Fatos e Realidades" - Buenos Aires 30/15: De ALMA Ata a Declaração do Milênio	Assunção	15/06/2007	Marco Político
MERCOSUL / XXII RMS	Acordo	8	Adesão dos estados partes e associados do MERCOSUL a Conferencia Internacional de Saúde para o Desenvolvimento: "Atos, Fatos e Realidades" - Buenos Aires 30/15: De ALMA Ata a Declaração do Milênio	Assunção	15/06/2007	Marco Político
MERCOSUL / XXII RMS	Acordo	9	Avançando para uma agenda de integração Sul-americana em saúde	Assunção	15/06/2007	Marco Político
MERCOSUL / XXIII RMS	Acordo	10	Ordem de prioridades para a cooperação técnica PROJETOS EM SAÚDE	Punta Del Este	30/11/2007	Marco Institucional
MERCOSUL / XXIII RMS	Acordo	11	Fortalecimento político para o controle da promoção e propaganda de produtos de uso humano com impacto sobre a saúde no MERCOSUL e estados associados	Punta Del Este	30/11/2007	Marco Político
MERCOSUL / XXIII RMS	Acordo	12	Recomendações sobre medidas de combate a falsificação e fraude nos estados participantes do MERCOSUL e estados associados	Punta Del Este	30/11/2007	Marco Jurídico
MERCOSUL / XXIII RMS	Acordo	13	Estratégias conjuntas para o funcionamento do banco de preços de medicamentos do MERCOSUL e estados associados	Punta Del Este	30/11/2007	Marco Político
MERCOSUL / XXIII RMS	Anexo		ANEXO I - Plano de implementação do banco de preços de medicamentos do MERCOSUL e estados associados	Punta Del Este	30/11/2007	Ação
MERCOSUL / XXIII RMS	Anexo		ANEXO II - Proposta: Capacitação para o BPM-MERCOSUL-EA	Punta Del Este	30/11/2007	Ação
MERCOSUL / XXIII RMS	Acordo	14	Incorporação e promoção do enfoque de determinantes da saúde no âmbito do MERCOSUL	Punta Del Este	30/11/2007	Marco Político
MERCOSUL / XXIII RMS	Acordo	15	Participação dos estados membros do MERCOSUL e estados associados no processo de implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005)	Punta Del Este	30/11/2007	Ação
MERCOSUL / XXIV RMS	Acordo	1	Acordo para reforçar a redução da mortalidade materna e criança sob os Objetivos do Milênio	Buenos Aires	13/06/2008	Marco Institucional

Reunião	Tipo	Nº	Título	Local	Data	Classificação
MERCOSUL / XXIV RMS	Acordo	2	Abordagens Intersectoriais	Buenos Aires	13/06/2008	Marco Político
MERCOSUL / XXIV RMS	Acordo	3	30 anos de ALMA ATA	Buenos Aires	13/06/2008	Marco Político
MERCOSUL / XXIV RMS	Acordo	4	Acordo dos estados partes e associados do MERCOSUL em relação a Saúde Pública, inovação e propriedade intelectual	Buenos Aires	13/06/2008	Marco Político
MERCOSUL / XXIV RMS	Acordo	5	Acordo sobre intensificação das ações de prevenção e controle da febre amarela	Buenos Aires	13/06/2008	Ação
MERCOSUL / XXIV RMS	Acordo	6	Acordo sobre a promoção da doação voluntária de sangue nos estados partes e associados do MERCOSUL	Buenos Aires	13/06/2008	Marco Institucional
MERCOSUL / XXIV RMS	Acordo	7	Estratégias conjuntas para a implementação do seguimento de doadores vivos de órgãos dos estados partes e associados do MERCOSUL	Buenos Aires	13/06/2008	Marco Político
MERCOSUL / XXV RMS	Acordo	8	Estratégias relativas a Vigilância Sanitária e combate à falsificação e adulteração de medicamentos e produtos médicos	Rio de Janeiro	28/11/2008	Marco Político
MERCOSUL / XXV RMS	Acordo	9	Estratégias conjuntas para a promoção do uso racional de medicamentos no MERCOSUL	Rio de Janeiro	28/11/2008	Marco Político
MERCOSUL / XXV RMS	Anexo		ANEXO - Estratégias conjuntas para a promoção do uso racional de medicamentos no MERCOSUL	Rio de Janeiro	28/11/2008	Marco Político
MERCOSUL / XXV RMS	Acordo	10	Acordo sobre acesso a medicamentos de alto custo	Rio de Janeiro	28/11/2008	Marco Político
MERCOSUL / XXV RMS	Acordo	11	Plano de trabalho das prioridades para a política de medicamentos do MERCOSUL, Bolívia e Chile	Rio de Janeiro	28/11/2008	Marco Político
MERCOSUL / XXV RMS	Acordo	12	Reorientação das atividades da comissão intergovernamental do sistema de informação e comunicação em saúde	Rio de Janeiro	28/11/2008	Ação
MERCOSUL / XXV RMS	Acordo	13	Fortalecimento das ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento e reabilitação da paciente com câncer de colón e útero no MERCOSUL	Rio de Janeiro	28/11/2008	Ação
MERCOSUL / XXV RMS	Acordo	14	Acordo MERCOSUL para a redução da mortalidade materna e neonatal	Rio de Janeiro	28/11/2008	Marco Institucional
MERCOSUL / XXV RMS	Acordo	15	Plano integrado de preparação para a pandemia de influenza no MERCOSUL	Rio de Janeiro	28/11/2008	Ação
MERCOSUL / XXV RMS	Acordo	16	Estratégias para intensificar as intervenções de acesso universal em ITS/SIDA em populações em condições de maior vulnerabilidade no MERCOSUL	Rio de Janeiro	28/11/2008	Marco Político
MERCOSUL / XXV RMS	Acordo	17	Estratégia MERCOSUL de nutrição para a saúde e segurança alimentar e nutricional	Rio de Janeiro	28/11/2008	Marco Político
MERCOSUL / XXV RMS	Acordo	18	Observatório MERCOSUL de sistemas de saúde	Rio de Janeiro	28/11/2008	Ação
MERCOSUL / XXV RMS	Memorando		Memorando de entendimento entre o representante da organização andina de saúde "Convênio Hipólito UNANUE (ORAS-CONHU)" e os ministros de saúde dos estados partes do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) para a transferência de tecnologia do sistema de informação (VIGICONHU)	Rio de Janeiro	28/11/2008	Marco Jurídico

Reunião	Tipo	Nº	Título	Local	Data	Classificação
MERCOSUL / XXVI RMS	Acordo	1	Publicidade, promoção e patrocínio dos produtos do tabaco nos estados participantes do MERCOSUL	Assunção	19/06/2009	Marco Institucional
MERCOSUL / XXVI RMS	Acordo	2	Promover a equidade na saúde atuando sobre os determinantes sociais da saúde	Assunção	19/06/2009	Marco Político
MERCOSUL / XXVI RMS	Acordo	3	Estratégia de gestão integrada de prevenção e controle da dengue nos estados participantes e associados do MERCOSUL - EGI-DENGUE-MERCOSUL-EA	Assunção	19/06/2009	Marco Político
MERCOSUL / XXVI RMS	Acordo	4	Regulamento do funcionamento de bancos de células progenitoras hematopoiéticas e outras nos estados participantes e associados do MERCOSUL	Assunção	19/06/2009	Marco Jurídico
MERCOSUL / XXVI RMS	Acordo	5	Combate ao tráfico de órgãos, tecidos e células e ao turismo de transplantes nos estados participantes e associados do MERCOSUL	Assunção	19/06/2009	Ação
MERCOSUL / XXVI RMS	Acordo	6	Criação da comissão intergovernamental de determinantes sociais da saúde e sistemas da saúde	Assunção	19/06/2009	Ação
MERCOSUL / XXVII RMS	Acordo	7	Política para o controle do tabaco no MERCOSUL e estados associados	Montevideo	04/12/2009	Marco Político
MERCOSUL / XXVII RMS	Acordo	8	Estratégia MERCOSUL de nutrição para a saúde e segurança alimentar e nutricional	Montevideo	04/12/2009	Marco Político
MERCOSUL / XXVII RMS	Acordo	9	Critérios de patenteabilidade, acesso a medicamentos e saúde pública	Montevideo	04/12/2009	Marco Institucional
MERCOSUL / XXVII RMS	Acordo	10	Regulamentação da inscrição de pacientes estrangeiros nas listas de espera para transplantes de órgão e tecidos cadavéricos nos estados participantes e associados do MERCOSUL	Montevideo	04/12/2009	Marco Jurídico
MERCOSUL / XXVII RMS	Acordo	11	Recomendações dos estados participantes e associados do MERCOSUL para fortalecer a gestão e acesso a medicamentos	Montevideo	04/12/2009	Marco Jurídico
MERCOSUL / XXVII RMS	Acordo	12	Mudança climática e saúde	Montevideo	04/12/2009	Marco Político
MERCOSUL / XXVII RMS	Anexo		ANEXO - Estratégia de ação para proteger a saúde humana dos efeitos da mudança climática	Montevideo	04/12/2009	Marco Político
MERCOSUL / XXVII RMS	Acordo	13	Processo de implementação do regulamento sanitário internacional (2005)	Montevideo	04/12/2009	Ação
MERCOSUL / XXVII RMS	Acordo	14	Acordo para implementação de ações na redução da mortalidade materna e neonatal no MERCOSUL	Montevideo	04/12/2009	Marco Institucional
MERCOSUL / XXVII RMS	Acordo	15	Plano de trabalho para a consolidação de políticas de determinantes sociais e sistema de saúde	Montevideo	04/12/2009	Ação
MERCOSUL / XXVIII RMS	Acordo	1	Promoção de políticas de controle de câncer nos estados participantes e associados do MERCOSUL	Buenos Aires	09/06/2010	Marco Político
MERCOSUL / XXVIII RMS	Acordo	2	Promoção de políticas de fortalecimento para a disponibilidade, segurança e qualidade dos produtos sanguíneos nos estados participantes e associados do MERCOSUL	Buenos Aires	09/06/2010	Marco Político
MERCOSUL / XXVIII RMS	Acordo	3	Aprovação de glossário de saúde do trabalhador para os estados participantes e associados do MERCOSUL	Buenos Aires	09/06/2010	Marco Jurídico

Reunião	Tipo	Nº	Título	Local	Data	Classificação
MERCOSUL / XXVIII RMS	Anexo		ANEXO - Glossário de saúde do trabalhador	Buenos Aires	09/06/2010	Marco Jurídico
MERCOSUL / XXVIII RMS	Acordo	4	Prêmio al mérito em saúde pública dos estados participantes e associados do MERCOSUL	Buenos Aires	09/06/2010	Marco Político
MERCOSUL / XXVIII RMS	Acordo	5	Combate a falsificação de medicamentos	Buenos Aires	09/06/2010	Marco Político
MERCOSUL / XXVIII RMS	Acordo	6	Banco de advertências sanitárias dos estados participantes e associados do MERCOSUL	Buenos Aires	09/06/2010	Marco Político
MERCOSUL / XXVIII RMS	Acordo	7	Ratificação do convênio marco da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco (CMCT) pelos estados participantes e associados do MERCOSUL e Declaração de interesse da Conferência das partes do CMCT	Buenos Aires	09/06/2010	Marco Jurídico
MERCOSUL / XXVIII RMS	Declaração		Declaração da XXVIII Reunião de Ministros de Saúde dos estados participantes e associados do MERCOSUL sobre o Amianto	Buenos Aires	09/06/2010	Marco Político
MERCOSUL / XXIX RMS	Acordo	8	Implementação do Convênio Marco para o Controle do Tabaco	Brasília	12/11/2010	Ação
MERCOSUL / XXIX RMS	Acordo	9	Participação dos estados membros do MERCOSUL e estados associados no processo de implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005)	Brasília	12/11/2010	Ação
MERCOSUL / XXIX RMS	Acordo	10	Declaração de interesse do 11º Congresso da Sociedade Internacional para a doação e busca de órgãos	Brasília	12/11/2010	Marco Político
MERCOSUL / XXIX RMS	Acordo	11	Registro MERCOSUL de doação e transplantes	Brasília	12/11/2010	Marco Jurídico
MERCOSUL / XXIX RMS	Acordo	12	Estratégia conjunta de uso racional de medicamentos no MERCOSUL	Brasília	12/11/2010	Marco Político
MERCOSUL / XXX RMS	Acordo	1	Promoção da Saúde no MERCOSUL	Assunção	09/06/2011	Marco Político
MERCOSUL / XXX RMS	Acordo	2	Criação da Comissão Intergovernamental de enfermidades não transmissíveis no MERCOSUL	Assunção	09/06/2011	Ação
MERCOSUL / XXX RMS	Acordo	3	Educação superior em saúde no MERCOSUL	Assunção	09/06/2011	Marco Político
MERCOSUL / XXX RMS	Acordo	4	Priorização de estratégias de prevenção da transmissão Mãe-Filho do HIV e Sífilis e prevenção do HIV/ITS em zonas de fronteira do MERCOSUL	Assunção	09/06/2011	Marco Político
MERCOSUL / XXX RMS	Acordo	5	Direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes	Assunção	09/06/2011	Marco Jurídico
MERCOSUL / XXX RMS	Acordo	6	Recomendações para o fortalecimento das ações de saúde na fronteira MERCOSUL	Assunção	09/06/2011	Marco Jurídico
MERCOSUL / XXX RMS	Acordo	7	Comissão Intergovernamental de determinantes sociais e promoção da saúde	Assunção	09/06/2011	Ação
MERCOSUL / XXX RMS	Acordo	8	Estratégia para a Criação de uma farmacopeia MERCOSUL	Assunção	09/06/2011	Marco Político
MERCOSUL / XXX RMS	Acordo	9	Registro MERCOSUL de doação e transplante	Assunção	09/06/2011	Marco Jurídico
MERCOSUL / XXXI RMS	Acordo	10	Fortalecimento das ações na região do MERCOSUL, sobre os determinantes sociais da saúde	Montevideo	07/12/2011	Marco Político
MERCOSUL / XXXI RMS	Acordo	11	Uso responsável de álcool no MERCOSUL	Montevideo	07/12/2011	Marco Político

Reunião	Tipo	Nº	Título	Local	Data	Classificação
MERCOSUL / XXXI RMS	Acordo	12	Assinatura do boletim de vigilância epidemiológica da CIVIH/SIDA do MERCOSUL e estados associados	Montevideo	07/12/2011	Marco Jurídico
MERCOSUL / XXXI RMS	Acordo	13	Mudança da denominação da Comissão Intergovernamental de Controle da Dengue para Comissão Intergovernamental de Controle de Enfermidades de Transmissão Vectorial	Montevideo	07/12/2011	Marco Institucional
MERCOSUL / XXXI RMS	Acordo	14	Rede de pontos focais de autoridades de saúde para a prevenção e combate a falsificação de medicamentos e produtos médicos no MERCOSUL	Montevideo	07/12/2011	Marco Institucional
MERCOSUL / XXXI RMS	Declaração		Declaração de interesses dos Ministros de Saúde do MERCOSUL e estados associados "Seminário de Indicadores do Estado Nutricional das Gestantes"	Montevideo	07/12/2011	Marco Político
	Declaração		Declaração de Ministros e Ministras de Saúde Pública do MERCOSUL		07/12/2011	Marco Jurídico

Documentos	115
-------------------	------------

Ação	27
Marco Institucional	19
Marco Jurídico	19
Marco Político	50
	115