

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NA POLÍTICA DE SAÚDE DO MERCOSUL¹

Analice Pinto Braga²

RESUMO: A noção DSS, tal como definida pela Organização Mundial da Saúde, está diretamente relacionada à questão da equidade em saúde, pois se considera que seu conhecimento é essencial para mitigar as diferenças em saúde oriundas de desigualdades sociais que, por serem controláveis ou evitáveis, são injustas. A saúde, por sua vez, é uma questão de justiça distributiva pois é fundamental para que as pessoas possam desenvolver suas capacidades e realizar suas expectativas ao longo da vida. O objetivo deste trabalho é apresentar a discussão sobre a importância de se pensar a saúde a partir dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), bem como discutir brevemente como isso tem sido abordado no Mercosul, os desafios que isso implica e qual a importância de incluí-los na construção das políticas pensando-se em uma saúde mais equitativa. No que concerne ao Mercosul, os Estados-parte acordaram dar enfoque aos DSS nos trabalhos desenvolvidos nas Reuniões de Ministros da Saúde (RMS) e nas Comissões Intergovernamentais, bem como nas políticas setoriais e intersetoriais. A discussão sobre saúde e justiça foi baseada sobretudo nos aportes teóricos de John Rawls e de Norman Daniels, que pensa a justiça em saúde a partir de uma extensão da teoria rawlsiana e em diálogo com a noção de DSS. A discussão sobre os DSS e as políticas de saúde no Mercosul está baseada principalmente nos seguintes autores: BUSS (2007), MARMOT (2005), GIOVANELLA e QUEIROZ (2011), entre outros teóricos próprios da Relações Internacionais, como WENDT (1992) e ADLER (1999).

Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde. Mercosul. Equidade em Saúde. Justiça em Saúde.

1 Introdução

A discussão dentro do Mercosul sobre políticas na área social tem se ampliado e a saúde se apresenta como um dos grandes desafios aos países no aprofundamento da integração regional. A ação em saúde diz respeito não somente à harmonização das legislações e reforma dos sistemas, é preciso construir políticas que visem ao combate dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) para que possa haver uma real integração nesse setor entre os países do bloco.

O debate sobre saúde, que permeia esse processo de integração e de construção das políticas, traz à tona a questão da Justiça, pois a urgência em reformar a saúde toca a necessidade de melhorar e ampliar a atenção médica para garantir à população a proteção contra as doenças e o seu atendimento em caso de enfermidade, mas, para além disso, a saúde é essencial à população para garantir que esta tenha as condições para realizar seus planos de vida e atuar plenamente como cidadãos.

Quando considerados os DSS na construção das políticas de saúde, que são imprescindíveis para a garantia de uma saúde mais justa, as dificuldades tornam-se maiores, pois implica em repensar a condução geral das políticas sociais, seus verdadeiros objetivos, além de exigir um trabalho intersetorial

¹ Trabalho apresentado na Semana de Relações Internacionais em 2014. Os dados apresentados não foram atualizados para o período atual.

² Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Membro do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPPs/UNESP. analicebraga@gmail.com

intenso. O movimento em torno dos DSS é contra-hegemônico, logo polêmico, por questionar as diretrizes ditadas pelo capitalismo neoliberal para a condução das políticas (ENTREVISTA: PAULO..., 2006, *online*).

Trazer a discussão dos DSS para o âmbito do Mercosul é algo desafiador, mas necessário para a construção de uma política de saúde mais ampla, aprofundar a integração e para garantir a saúde à população de forma universal e equitativa.

Sendo assim, o presente trabalho apresenta uma breve discussão de como os DSS têm sido abordados no Mercosul e de quais são as dificuldades em se avançar, levantando os argumentos da concepção de saúde como questão de justiça.

Foi realizada uma análise dos documentos que tratam especificamente da saúde desde a criação do Mercosul, incluindo as atas, acordos, resoluções e demais fontes oficiais, com destaque para as atas das Reuniões dos Ministros da Saúde, do Subgrupo de Trabalho 11 – Saúde, como do Conselho do Mercado Comum.

Como referencial para a discussão teórica da ação sobre os DSS utilizaremos de publicações de pesquisadores nacionais e internacionais do tema, como Göran Dahlgren e Margaret Whitehead (1990), Michael Marmot (2005), Paulo Marchiori Buss e Alberto Pellegrini (2007) entre outros

E, por fim, o debate teórico em torno da equidade em saúde será baseado, principalmente, no que nos apresenta Norman Daniels a partir de uma releitura de John Rawls. Ao teorizar sobre uma política de saúde justa, com base no princípio de Igualdade Equitativa de Oportunidade³, Daniels coloca o debate sobre a importância e a necessidade de pensar a equidade em saúde a partir dos DSS.

Os Determinantes Sociais da Saúde e a Justiça EM Saúde

O movimento de discussão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) iniciou-se nos anos 70, tendo como principal marco a declaração “Saúde para todos no ano 2000” da Conferência de Alma-Ata de 1978, que colocou a Atenção Primária à Saúde (APS) como forma de alcançar essa meta. No modelo de APS, tal qual articulado em Alma-Ata, “afirmava-se a necessidade de uma estratégia de saúde abrangente, que não só cuidasse da prestação de serviços de saúde como também abordasse as *causas sociais, econômicas e políticas dos problemas de saúde*” (OMS, 2005, p.12, grifo do original).

A discussão seguiu e a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde⁴, realizada em 1986 no Canadá, resultou na Carta de Ottawa, que aponta a necessidade de reorientação dos serviços de saúde e elenca oito condições e recursos fundamentais para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (OTTAWA, 1986).

Antes de se chegar ao ponto de os DSS serem considerados indispensáveis na construção de políticas de saúde mais justas, houve um longo processo de discussão entre cientistas, médicos, políticos entre outros, desde o século XX, sobre o enfoque a ser dado na saúde pública, oscilando entre uma visão mais centrada no tratamento das doenças, na evolução tecnológica da medicina e baseada em uma concepção

³ O princípio de Igualdade Equitativa de Oportunidade mencionado por Norman Daniels é, na verdade, um princípio resgatado de John Rawls que se refere a um mecanismo que deve ser adotado para balizar a distribuição dos chamados “bens primários” para que ela aconteça da forma mais equitativa possível e garantida, assim, que os cidadãos gozem das condições mínimas que permitam a eles lutar para desenvolver suas capacidades e realizar suas vontades. Ou seja, é um princípio de justiça que “busca assegurar um ponto de partida igual para aqueles que têm talentos e capacidades semelhantes e estão similarmente motivados a empregá-los” (DE VITA, 1999, p.44)

⁴ A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi realizada em Ottawa, em novembro de 1986, em colaboração com a Organização Mundial da Saúde e a Associação Canadense de Saúde Pública e discutiu, principalmente, as necessidades em saúde dos países industrializados. (BRASIL, 2002, p.13)

biológica da doença; e uma visão que propunha a consideração das condições sociais, econômicas e ambientais na saúde dos indivíduos.

Estabelecida a importância de se trabalhar com a noção de DSS, os desafios, entretanto, aparecem:

O principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito (BUSS; PELLEGRINI, 2007, p.81).

Outro obstáculo é conceitual e metodológico e refere-se

à distinção entre os determinantes de saúde dos indivíduos e os de grupos e populações, pois alguns fatores que são importantes para explicar as diferenças no estado de saúde dos indivíduos não explicam as diferenças entre grupos de uma sociedade ou entre sociedades diversas. (BUSS; PELLEGRINI, 2007, p.81)

As principais abordagens dos DSS buscam esquematizar e explicar quais são e de que forma agem os determinantes influenciando na saúde de pessoas e povos. Essas abordagens diferem-se ao dar ênfases diferentes nos aspectos biológicos e sociais na formação da saúde de uma população, ao integrar distintamente as explicações biológicas e sociais, e, por fim, em suas recomendações de ação. Dentre as principais temos: abordagem psicossocial; produção social da doença/economia política da saúde; e, teoria ecossocial e os enfoques multiníveis.

Integrando essas perspectivas de modo que uma complementasse a outra para uma análise geral da situação no mundo, a ONU criou, em 2005, a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde, acompanhada do relatório “Redução das Desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais”.

A Comissão adotou uma perspectiva holística dos Determinantes Sociais da Saúde, considerando que estes são conformados pelos determinantes estruturais e as condições de vida cotidianas (OMS, 2005), e incluiu o próprio sistema de saúde como determinante (WHO, 2007), sendo assim, enxerga a correção destas desigualdades como uma *questão de justiça social* e entende que reduzir a desigualdade nas condições de saúde é um imperativo ético (OMS, 2005, grifo nosso). Para a Comissão, o princípio ético orientador é, portanto, a equidade em saúde, definida como “a ausência de diferenças em saúde consideradas injustas, evitáveis ou remediáveis entre grupos populacionais definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente”⁵ (WHO, 2007, p.7, tradução nossa).

A ONU, em seu documento A Conceptual Framework for Action (2007), deixa claro que as políticas são guiadas por valores, estando os mesmos implícitos ou explícitos, e que o conceito de equidade em saúde está explícito na fundação da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. O documento apresenta inequidade em saúde como a diferença em saúde produzida socialmente, sistematicamente distribuída pela população, e *injusta* (ONU, 2007, grifo meu), transformando, assim, essas diferenças em algo a ser combatido exatamente por ser injusto e produzido pela própria sociedade.

⁵“The WHO Department of Equity, Poverty and Social Determinants of Health defines health equity as ‘the absence of unfair and avoidable or remediable differences in health among population groups defined socially, economically, demographically or geographically’”

Sendo assim, a saúde passa para o campo dos Direitos Humanos, o que permite transformar demandas sociais difusas em claras questões jurídicas e políticas, dando condições para ampla apreciação do que deve ser feito, ademais de situar nos governos a responsabilidade pela ação na área da saúde (WHO, 2007).

Equidade está, portanto, relacionada à garantia da saúde para todos os indivíduos a partir da eliminação daquilo que os impede de atingir seu potencial máximo de saúde (WHITEHEAD, 1990). Atingir a equidade é importante porque, como nos mostra alguns especialistas (DANIELS et al, 1999; MARMOT, 2005), as condições de saúde dos mais pobres são piores que as dos mais ricos em uma mesma sociedade e, quanto maior as desigualdades existentes em uma sociedade, maiores os gradientes da saúde, ou seja, se compararmos grupos iguais de diferentes sociedades, perceberemos que aqueles que vivem em sociedades mais igualitárias gozam de melhores condições de saúde do que aqueles que habitam em sociedades mais desiguais, muitas vezes se comparado até com grupos de renda mais altas dessas últimas sociedades.

Com relação aos gradientes da saúde, Norman Daniels et al (1999, p.218, tradução minha) nos explica que

o gradiente de saúde opera ao longo de todo o espectro socioeconômico dentro das sociedades, de tal forma que a variação entre renda/gradiente de saúde é afetada pelo grau de desigualdade na sociedade.

O modelo de sistematização da relação entre os DSS e a condição de saúde de Diderichsen, Evans e Whitehead (2001) ressalta exatamente os mecanismos que atuam na estratificação dos efeitos em saúde, incluindo as engrenagens da sociedade que geram e distribuem poder, riqueza e riscos e, desse modo, determinam os padrões da estratificação social (WHO, 2007, p. 19, tradução minha).

O modelo enfatiza como os contextos sociais criam as estratificações sociais e atribuem aos indivíduos diferentes posições sociais. A estratificação social, por sua vez, gera diferentes exposições às condições prejudiciais à saúde e diferenças na vulnerabilidade em termos de condições de saúde e recursos materiais disponíveis. A estratificação social também determina diferentes consequências de problemas de saúde para grupos mais ou menos favorecidos (incluindo consequências sociais e econômicas, assim como diferentes consequências na saúde em si (WHO, 2007, p. 19, tradução minha).

Percebe-se que apenas a eliminação da pobreza não acabaria com as desigualdades em saúde, é preciso que a redução da pobreza venha acompanhada da eliminação dos seus efeitos nefastos propagados ao longo de diversas condições sociais, chegando, assim, àquelas que influenciam na saúde de indivíduos e de populações. Neste sentido, Norman Daniels et al (1999, p. 228) dispõem da teoria de John Rawls para fazer uma ligação entre a proteção da saúde e a proteção da igualdade de oportunidade.

Segundo Daniels et al, (1999), a teoria de Rawls – que busca discutir como assegurar 1) as liberdades básicas para todos igualmente, incluindo aí o acesso à participação política; 2) a igualdade de oportunidade; 3) e busca colocar limites às desigualdades existentes entre os indivíduos – traz importante contribuição para pensar em como distribuir de forma justa os determinantes sociais da saúde.

Rawls (2000) fala da existência de dois princípios básicos que devem governar a “estrutura básica da sociedade”⁶: o primeiro diz respeito às liberdades básicas, que devem ser distribuídas igualmente

⁶ “Por essa expressão devemos entender as normas e instituições que distribuem os direitos legais fundamentais; as que determinam as formas de acesso às posições de poder e autoridade políticas; aquelas (incluindo as educacionais que determinam o acesso a posições ocupacionais em organizações econômicas; e o complexo de instituições, abrangendo as normas que regulam a propriedade, o direito de herança e o sistema

entre os indivíduos, incluindo liberdade, poderes, *oportunidades*, renda e riqueza e as bases sociais do autorrespeito (DANIELS et al, 1999); o segundo princípio diz que

as desigualdades sociais e econômicas devem ser ordenadas de tal modo que sejam ao mesmo tempo (a) para o maior benefício esperado dos menos favorecidos [princípio da diferença] e (b) vinculada a cargos e posições abertos a todos em condições de igualdade equitativa de oportunidades (RAWLS, 2000. p.88).

Sendo assim, Daniels et al ligam essa teoria à saúde a partir da consideração de que o status na saúde é determinante na extensão da oportunidade aberta aos indivíduos, ou seja, Daniels considera que devem ser garantidos aos indivíduos de forma equitativa os recursos e bens necessários para manter o funcionamento normal do organismo (DE MARIO, 2013a), permitindo que todos tenham um mesmo ponto de partida para gozar das oportunidades. O princípio requer, portanto, medidas robustas que visem a mitigar as desigualdades sociais e outras contingências sociais da oportunidade e, pelo fato de visar à promoção do funcionamento normal (*normal functioning*) para todos como forma de proteger a oportunidade para todos, ele acaba por se direcionar igualmente à melhoria da saúde da população e à redução das desigualdades (DANIELS et al, 1999, tradução minha).

Dessa forma,

Ao unir o princípio da Igualdade Equitativa de Oportunidades com o da Diferença, Rawls fornece-nos uma noção de “Equidade Democrática”, pois, juntos, esses princípios asseguram que empregos e carreiras estão abertos a todos e que as desigualdades permitidas entre cidadãos livres e iguais funcionam para a vantagem de todos. Não é a sociedade quem proporciona e é responsável pelo desenvolvimento de talentos e habilidades, mas sim cada indivíduo que o faz, considerando que estes já têm suas liberdades básicas protegidas (DE MARIO, 2013b, p.67).

A Saúde deve, então, ser pensada como uma questão de Justiça por ser aquela um fator condicionante da trajetória seguida pelos indivíduos: estes precisam estar em bom estado físico e mental para conseguir realizar suas atividades e seus planos de vida e cumprir seu papel de cidadão pleno com sua participação na sociedade. Logo, agir sobre os DSS é uma questão de Justiça, visto que muitos fatores que condicionam negativamente a saúde de uma população são consequências de políticas injustas, perpetuando um ciclo no qual as desigualdades geram inequidades em saúde e estas últimas produzem as primeiras.

A Saúde no Mercosul

O Mercosul, bloco regional da América do Sul, foi criado em 1991 com a assinatura do Tratado de Assunção pela Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai. Posteriormente, Bolívia (1996), Chile (1996), Peru (2003), Colômbia e Equador (2004) entraram como Estados Associados e a Venezuela entrou como Estado Parte em 2012, configurando a primeira ampliação do bloco.

Como um dos principais blocos regionais da América do Sul, o Mercosul tem um importante papel na construção da integração entre os Estados Parte e Estados Associados. Essa integração, inicialmente pensada do ponto de vista econômico e comercial, atualmente abrange demais setores, como saúde, educação, agricultura, justiça, etc, permitindo assim, que o desenvolvimento da região seja pensado de forma própria, traçando os caminhos que melhor correspondam às necessidades da região.

tributário e de transferências, que determinam a distribuição da renda e da riqueza na sociedade.” (DE VITA, 99, p.56, nota de rodapé)

Alguns instrumentos e instâncias foram criados para promover uma maior integração entre os Estados e seguir a ampliação da cooperação para outros setores, como, por exemplo, o FOCEM – Fundo para Convergência Estrutural do Mercosul, criado em 1994, e que se propõe a auxiliar na redução das assimetrias a partir do financiamento de programas que impulsionem a convergência estrutural no bloco, fortaleçam a estrutura institucional e ajudem a desenvolver a competitividade e a coesão social entre os Estados Parte (FOCEM, *online*). Apesar de ter por objetivo contribuir para a melhor integração entre os Estados-Parte, existe certa dificuldade em se conseguir financiamentos junto ao FOCEM para projetos sociais, já que os mesmos não apresentam rentabilidade ou outros índices de retorno financeiro de forma rápida e direta (TELÉSFORO; TEIXEIRA, *online*).

Outro avanço dado na área social foi a criação, em 2007, do Instituto Social do Mercosul (ISM), instância técnica responsável pela investigação no campo das políticas sociais e implementação de linhas estratégicas com o objetivo de promover a integração a partir de uma redução das assimetrias sociais e promover o desenvolvimento humano integral (ISM, *online*).

O Plano Estratégico de Ação Social (PEAS) do ISM, aprovado em 2011 na Cúpula de Assunção, apresenta nove eixos fundamentais e 26 diretrizes estratégicas para a região e é descrito “como um instrumento fundamental para articular e desenvolver ações específicas, integrais e intersetoriais, que consolidem a Dimensão Social do MERCOSUL” (MERCOSUL, 2012). Seus eixos tocam em pontos sensíveis e essenciais para a superação dos problemas sociais da região, sendo o Eixo III “Universalização da Saúde Pública” capital ao mencionar como objetivos prioritários a necessidade de: 1) “fortalecer a articulação intersetorial e o trabalho conjunto nas instâncias institucionais do MERCOSUL, nos aspectos vinculados aos Determinantes Sociais da Saúde”; e de 2) “Implantar [uma] rede de pesquisa em Saúde Pública e Determinantes Sociais da Saúde” (MERCOSUL, 2012, p.50).

Na área da Saúde, é possível observar um avanço em termos de diálogos e assinaturas de acordos, o que mostra a disposição dos países em aprofundar as ações conjuntas nesse setor. O tema é abordado em dois foros específicos, sendo eles: a Reunião de Ministros de Saúde (RMS), criada em 1995, vinculada ao Conselho do Mercado Comum (CMC), e responsável por definir o marco político da saúde no MERCOSUL expressado através dos acordos; e o Subgrupo de Trabalho 11 Saúde (SGT 11 Saúde), criado em 1996, vinculado ao Grupo do Mercado Comum (GMC), e responsável por definir o marco regulatório da saúde no MERCOSUL (QUEIROZ, 2007).

À RMS estão vinculadas onze Comissões Intergovernamentais, um Programa de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis e o Banco de Preços de Medicamentos do MERCOSUL.

As Comissões Intergovernamentais funcionam como espaços de discussão e encaminhamento das negociações em saúde. Estas foram criadas pelo Conselho de Mercado Comum no intuito de propor a harmonização de políticas nacionais e a elaboração de políticas comuns nos assuntos de sua competência e funcionam como órgão de coordenação política dos Estados-Parte dentro de uma determinada pasta. O propósito da criação de cada Comissão é elencado no acordo que dá origem às mesmas e o plano de trabalho é elaborado posteriormente com a instrução dos Ministros.

A Comissão Intergovernamental de Determinantes Sociais de Saúde e Sistemas de Saúde foi criada pelo acordo nº06 de 2009, revogando o acordo nº07 de 2004 que instituiu a Comissão Intergovernamental de Saúde e Desenvolvimento. O seu plano de trabalho é descrito no acordo nº15/09.

A RMS assinou 162 acordos desde 1998 até o ano de 2010, correspondendo aos acordos assinados pelos Estados Parte e aqueles assinados também pelos Estados Associados, sendo assim, alguns acordos aparecem duplicados⁷.

⁷ O site só apresenta os acordos assinados até 2010 e 26 deles aparecem duas vezes na lista. Disponível em:

Os acordos que aparecem em maior número são aqueles relacionados às políticas de medicamentos, ao tabaco, à dengue, ao Regulamento Sanitário Internacional e ao VIH-SIDA. Os acordos em que se mencionam diretamente os Determinantes Sociais da Saúde são quatro (nº 14/07; nº 02/09; nº 06/09; nº 15/09), sendo um deles⁸ referente à criação da Comissão Intergovernamental de Determinantes Sociais de Saúde e Sistemas de Saúde.

Já o Subgrupo de Trabalho Nº11 – Saúde – é um organismo técnico, de caráter deliberativo, que objetiva facilitar a regulamentação no âmbito do MERCOSUL de aspectos referentes a produtos para a saúde, vigilância em saúde e serviços de saúde (QUEIROZ, 2007, p.149), sendo assim, é composto por três comissões: Vigilância em Saúde, Produtos para a Saúde, e Serviços de Atenção à Saúde. O SGT Nº11 eleva os projetos de resoluções ao Grupo do Mercado Comum que, se aprovados por essa última instância, devem ser incorporados aos ordenamentos jurídicos dos Estados Parte e, por fim, são de cumprimento obrigatório por estes (ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PUBLICA, 2012).

Seguindo o movimento iniciado pela ONU, em 2007, os Ministros da Saúde do RMS/MERCOSUL consideraram que “em matéria de saúde, a atuação no âmbito dos seus principais fatores determinantes tem um grande potencial para reduzir os efeitos negativos das enfermidades e promover a saúde da população” (MERCOSUL, 2007a). Neste mesmo ano, os países já haviam pedido priorização para os projetos de cooperação técnica em matéria de saúde, reconhecendo que

a saúde está condicionada por diversos e dinâmicos determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais, a responsabilidade pelo seu cuidado, é de todos e o conjunto dos sistemas de serviços de saúde baseados na estratégia de atenção primária é essencial (MERCOSUL, 2007b).

Em 2009, os Estados Parte deram um passo avante e acordaram, entre outras coisas,

avançar em direção ao acesso universal a uma saúde integral e de qualidade, baseado na Atenção Primária de Saúde, levando em consideração a importância dos sistemas e serviços de saúde como determinante social (MERCOSUL, 2009a).

No mesmo ano, foi criada a Comissão Intergovernamental de Determinantes Sociais da Saúde e Sistemas de Saúde vinculada à Reunião de Ministros da Saúde (MERCOSUL, 2009b). O seu plano de trabalho, apresentado ainda em 2009, contém três objetivos norteadores: 1) “Dar visibilidade às inequidades em saúde dos diferentes grupos da população e seus determinantes”; 2) “Gerar e intercambiar informações sobre políticas e intervenções, programas e ações que trate sobre os Determinantes Sociais de Saúde”; 3) “Desenvolver competências e fortalecer as capacidades institucionais que permitam atuar sobre os DSS” (MERCOSUL, 2009c, p.3).

Entretanto, a ação sobre os DSS não é muito fácil, sobretudo pelo fato de depender da construção de políticas intersetoriais, envolvendo outros atores e interesses na questão. Dentre essas dificuldades, Pellegrini (2011) menciona algumas no seu artigo da publicação suplementar do *Cadernos de Saúde Pública*, como: a dificuldade em encontrar critérios e metodologias adequadas para gerar evidências científicas a serem usadas na construção das políticas públicas; o baixo número de estudos sobre o impacto das intervenções sobre os DSS para a produção da equidade em saúde; distanciamento entre onde se produz pesquisas sobre políticas públicas e o *locus* onde as mesmas deverão ser implementadas; o fato de que os resultados das pesquisas apontam uma gama variada de medidas a serem tomadas e que a escolha destas será

<www.mercosur.int/innovaportal/v/425/1/secretaria/busca_avancada>. Acesso em: 18 jul.2014.

⁸ Acordo de nº 06/09

feita a partir de critérios e metodologias de natureza política, envolvendo múltiplos atores; e, a especificidade dos problemas relacionados aos DSS, que dificultam a transposição de conhecimentos e práticas para outras situações.

Essas dificuldades tornam-se maiores ao se pensar no MERCOSUL, pois o âmbito de abrangência dessas políticas é mais extenso, portanto a cooperação entre os institutos e órgãos de governo dos países deve ser intensa para a produção de estudos sobre a situação dos DSS e construção conjunta de políticas. Além disso, essas políticas deverão ser pensadas e desenvolvidas em harmonia com as legislações e realidades dos Estados Parte do bloco, e os interesses envolvidos que devem ser considerados são de mais de uma nação e de outros setores que não o da saúde, ou seja, as dificuldades tomam grandes proporções.

Além desses aspectos, o MERCOSUL enfrenta problemas de ordem estrutural e institucional que dificultam o aprofundamento dessa integração tão cara ao avanço das políticas de saúde. Os países signatários do MERCOSUL construíram algumas das bases necessárias para o desenvolvimento do comércio entre eles pensando na integração entre as economias dos países e no aumento da complementaridade entre si a fim de aumentar a inserção econômica e a capacidade de negociação externa no cenário econômico mundial (GALLO, 2004), neste sentido, os interesses que ganharam e ganham maior atenção dos *policy-makers* são aqueles que trazem resultados no campo econômico e comercial e que não alteram tanto a autonomia dos países.

Por outro lado, os Estados-Parte ainda não construíram as estruturas supranacionais do bloco que permitem efetivar as propostas de ações necessárias para avançar na construção de políticas nas áreas relacionadas aos DSS, aprofundando, assim, a cooperação entre os países. Percebe-se que os Estados-Parte, principalmente o Brasil, evitam, de certo modo, a criação desses elementos supranacionais, limitando o avanço da construção conjunta de políticas em outras áreas, como a social (MARIANO, 2007). Isso se dá porque a transferência de poder para uma possível entidade regional traz algumas consequências, como: o aumento da interdependência; a necessidade de lidar com os principais atores domésticos, que podem não reagir bem às mudanças no cenário; o envolvimento entre as realidades doméstica e internacional, podendo abrir espaço para novas demandas e atores; o crescimento institucional; a perda democrática resultante do aumento da complexidade relacionada à maior interdependência entre os países e participação de mais membros; e, por fim, maior peso sobre o Estado que assume a liderança do bloco (MARIANO, 2007).

Ademais, ainda que o processo de negociações e estabelecimento de acordos aconteça há mais de 20 anos e que haja potencialidade de crescimento e aprofundamento, falta uma política regional comum e, como ressalta Morata (2002, apud QUEIROZ, 2007)

como as decisões são concentradas e centralizadas em poucas estruturas os procedimentos de acordo são duplicados ou até triplicados em diversos níveis, ocorrendo alta interdependência vertical entre as instituições e pouca articulação horizontal. É difícil identificar na estrutura em que espaço institucional do MERCOSUL o interesse regional é defendido.

Sendo assim, o tratamento efetivo dos Determinantes Sociais da Saúde vai ficando no papel e o desenho de políticas conjuntas nos diversos setores sociais que impactam na saúde também vão sendo proteladas, não sem reflexos importantes no desenvolvimento e crescimento dos países do bloco.

Ainda que sejam observados avanços tanto na pauta negociadora do SGT, quanto nos acordos realizados pela RMS, os trabalhos ainda estão emperrados no âmbito da discussão e negociação e há pouca construção efetiva de políticas conjuntas, sobretudo em termos de ações voltadas para a redução das inequidades em saúde entre os países do bloco. Os obstáculos ao processo estão na dificuldade em compatibilizar sistemas de saúde tão diferentes, com diferenças no financiamento, nas normas jurídicas, na

gama de prestação de serviços oferecidos pelo Estado, assim como na oferta dos prestadores de serviços, entre outros (QUEIROZ, 2007).

Considerações Finais

A criação das Comissões para tratar dos Determinantes Sociais da Saúde, seja na ONU, no Mercosul ou nos âmbitos nacionais é resultante do reconhecimento de que muitas políticas em saúde não podem ser construídas isoladamente e que, ademais, a saúde em si não é um assunto restrito à medicina e às questões biológicas.

Pensar os Determinantes Sociais da Saúde exige um esforço maior por parte dos governos e outros atores que participam na construção das políticas para que estas estejam em sintonia com a intersetorialidade e a busca da justiça. Como já apontado por diversos estudos e mencionado pelo diretor-geral da OMS, Lee Jong-Wook, na Assembleia Geral em 2004: “intervenções que visam à redução de doenças e ao salvamento de vidas somente serão bem-sucedidas quando levarem em conta os determinantes sociais da saúde” (WHO, 2007, p.6, tradução minha).

A ação sobre os DSS é, portanto, carregada de imperativo moral, pois

uma sociedade que não garante aos seus cidadãos condições de saúde, mais precisamente, de uma vida saudável, será invariavelmente injusta, pois não assegurará a todos as mesmas condições e oportunidades para realizarem de suas vidas algo valoroso, nem de desenvolverem as condições necessárias para se tornarem cidadãos plenos e cooperativos (DANIELS, 1996 apud DE MARIO, 2013b, p. 59)

E,

Acima de tudo, por razões humanitárias, políticas nacionais de saúde destinados a uma população inteira não se podem pretender preocupadas com a saúde de todas as pessoas se o fardo mais pesado de problemas de saúde carregado pelos setores mais vulneráveis da sociedade não é abordado. O preconceito contra esses grupos sociais na prestação de cuidados de saúde também ofende senso de equidade e justiça de muitas pessoas, uma vez que elas têm conhecimento de sua existência (WHITEHEAD, 1990, p. 4, tradução minha).

Portanto, o objetivo de impactar direta e positivamente na saúde a partir da redução ou eliminação das iniquidades observadas na área exige uma reavaliação, reorganização e reestruturação dos sistemas de saúde e das políticas de saúde, assim como das políticas de distribuição de renda, habitação e saneamento, e de educação, para ressaltar os focos mais urgentes. “A situação da saúde deveria ser uma preocupação de todos os *policy makers*, não somente daqueles do setor da saúde. Se a saúde de uma população não vai bem, é um indicativo de que o conjunto de arranjos sociais precisa ser mudado” (MARMOT, 2005, tradução minha).

Seguindo as recomendações da ONU dadas, sobretudo, a partir da instituição da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde em 2005, os países do Mercosul passaram a adotar essa perspectiva em seus acordos na saúde e criaram sua Comissão homônima em 2009.

O que se pode observar é que, ainda que a criação da Comissão Intergovernamental de Determinantes Sociais da Saúde do MERCOSUL tenha sido uma ótima iniciativa para tratar do tema, ainda é preciso avançar muito nos trabalhos. A Saúde ganha seu espaço no Programa Estratégico de Ação Social do MERCOSUL (PEAS), no qual o fortalecimento da articulação intersetorial e do trabalho conjunto nas

instâncias institucionais do Mercosul – nos aspectos vinculados aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) – e a implantação da rede de pesquisa em Saúde Pública e Determinantes Sociais da Saúde passam a ser considerados objetivos prioritários, dentre outros, no Eixo III, que trata da Universalização da Saúde Pública (MERCOSUL, 2010).

De todo modo, as dificuldades em se construir políticas em saúde para agir sobre os DSS são inúmeras e estão, principalmente, na existência de especificidades nacionais quanto à situação de saúde da população e seus determinantes; nas diferenças de financiamento e gestão e estrutura jurídica dos sistemas de saúde dos países; nas diferenças de formação dos recursos humanos da saúde e das questões relacionadas a sua movimentação entre as fronteiras; e, das discrepâncias infraestruturais dos países⁹ e demais motivos já citados.

Conforme, mostrou Queiroz & Giovanella (2011, p.185)

Os ministérios da saúde, embora compartilhem valores comuns incorporados às políticas nacionais, apresentam diferenças na concepção, organização, gestão, financiamento e resultados, além de atribuições específicas. A harmonização é tarefa construída com ajustes complexos para alcançar equilíbrio entre avanços e recuos em cada um dos países.

Sendo assim, o debate e a construção de objetivos comuns fazem-se urgentes para que se avance na edificação de uma verdadeira integração social entre os países. “Frente às dificuldades e pesos distintos para cada país em discutir e implementar acordos e regulamentações do MERCOSUL está a expectativa de que o debate regional represente algum ganho” (QUEIROZ & GIOVANELLA, p.2011, p.187).

Referências

BRASIL. **As cartas da promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2002. Disponível em:

<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_1221_M.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2014.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 5 fev.2014.

CERVO, Amado Luiz. **Inserção Internacional: formação dos conceitos brasileiros**. São Paulo: Saraiva, 2008. p. 20-26.

DANIELS, Norman; KENNEDY, Bruce P.; KAWACHI, Ichiro. Why justice is good for our health: the Social Determinants of Health inequalities. **Daedalus**, v.128, n. 4, p.215-251, 1999. Disponível em:

<<http://www.jstor.org/discover/10.2307/20027594?uid=2&uid=4&sid=21104129188613>>. Acesso em: 10 fev.2014.

DE MARIO, Camila Gonçalves. **Os Determinantes Sociais da Saúde e a Justiça em Saúde**. In: XXIX Congresso Latinoamericano de Sociologia - ALAS, 2013b, Chile. Paper. p. 1-12.

_____. Camila Gonçalves. **A Saúde como questão de justiça**. 2013. Campinas: 2013. 331p. Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

ENTREVISTA: Paulo Marchiori Buss. Rio de Janeiro, n.45, mai. 2006. Disponível em:

<<http://www6.enp.fiocruz.br/radis/revista-radis/45/reportagens/entrevista-paulo-marchiori-buss>>. Acesso em: 24 fev,

⁹Ainda que algumas dessas dificuldades sejam mencionadas no livro “SIS - MERCOSUL: uma agenda para a integração” em referência à implantação do Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL, elas são igualmente, ao final, obstáculos para se construir políticas conjuntas de ação sobre os DSS.

2014

ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA. Consejería de Salud. **Salud Pública em Mercosur**. Granada, 2012. Disponível em:

<<http://www.observasalud.mercosur.int/sites/default/files/Salud%20P%C3%ABblica%20en%20el%20MERCOSUR.pdf>>. Acesso em: 17 jul.2014.

FOCEM. Mercosul. Fundo Monetário para a Convergência Estrutural do Mercosul. **O que é o FOCEM?** Disponível em: <<http://www.mercosur.int/focem/index.php?id=que-es-el-focem>>. Acesso em: 11 jul 2014.

MARIANO, Marcelo Passini. **A Política Externa Brasileira, o Itamaraty e o Mercosul**. 2017. Araraquara: 2007. 215p. Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2007.

MARMOT, Michel. Social Determinants of health inequalities. **Lancet**. v.365, p.1099-1104, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/strategy/Marmot-Social%20determinants%20of%20health%20inqualities.pdf>. Acesso em: 18 de mar.2014.

MERCOSUL. **Instituto Social do Mercosul**. Disponível em: <http://ismercosur.org/pt-br/?doing_wp_cron=1405477499.4214470386505126953125>. Acesso em: 11 jul 2014.

_____. Reunião dos Ministros da Saúde. **Incorporação e promoção do enfoque de determinantes da saúde no âmbito do mercosul**. Acordo nº14/07. Punta Del Este, 2007a. Disponível em: <http://www.mercosur.int/innovaportal/v/425/1/secretaria/busca_avancada>. Acesso em: 15 abr. 2014.

_____. Reunião dos Ministros da Saúde. **Pedido de priorização de projetos de cooperação técnica em matéria de saúde**. Acordo nº10/07. Punta Del Este, 2007b. Disponível em: <http://www.mercosur.int/innovaportal/v/425/1/secretaria/busca_avancada>. Acesso em: 15 abr. 2014.

_____. Reunião dos Ministros da Saúde. **Promover a equidade em saúde atuando sobre os Determinantes Sociais da Saúde**. Acordo nº 02/09. Assunção, 2009a. Disponível em: <http://www.mercosur.int/innovaportal/v/425/1/secretaria/busca_avancada>. Acesso em: 14 mar. 2014.

_____. Reunião dos Ministros da Saúde. **Criação da Comissão Intergovernamental de Determinantes Sociais da Saúde e Sistemas de Saúde**. Acordo nº 06/09. Assunção, 2009b. Disponível em: <http://www.mercosur.int/innovaportal/v/425/1/secretaria/busca_avancada>. Acesso em: 14 mar. 2014.

_____. Reunião dos Ministros da Saúde. **Plano de trabalho para a consolidação de políticas de determinantes sociais e sistemas de saúde**. Acordo nº 15/09. Montevidéo, 2009c. Disponível em: <http://www.mercosur.int/innovaportal/v/425/1/secretaria/busca_avancada>. Acesso em: 14 mar. 2014.

_____. Instituto Social do Mercosul. **Plano Estratégico de Ação Social**. Reunião de Ministros e Diretores de Desenvolvimento Social: Paraguai, 2012. Disponível em: <http://ismercosur.org/doc/peas_pt.pdf>. Acesso em: 17 jul.2014.

OMS. Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. **A ação sobre os Determinantes Sociais da Saúde: aprendendo com experiências anteriores**. 2005. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-1_Marmott-A%20C3%87%C3%83O%20SOBRE%20OS%20DETERMINANTES%20SOCIAIS%20DA%20SA%20C3%9ADE.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2014

_____. Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. **Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais**. Relatório Final. Portugal, 2010b. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706_por_contents.pdf>. Acesso em: 14 mai.2014.

OTTAWA. **Carta de Ottawa**. Canadá, 1986. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 11 abr.2014.

PELLEGRINI FILHO, Alberto. Public policy and the social determinants of health: the challenge of the production and use of scientific evidence. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.27, supl. 2, p.135-140, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jun. 2014

QUEIROZ, Luisa Guimarães. **Integração Econômica Regional e Políticas de Saúde: União Européia e Mercosul**. 2007. 365f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

QUEIROZ, Luisa Guimarães; GIOVANELLA, Ligia. Agenda regional da saúde no Mercosul: arquitetura e temas. **Revista Panamericana de Salud Publica**. Washington, v.30, n.2, p.182-188, ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000800011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 abr.2014

RAWLS, John. **Uma teoria da Justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 2000. p.57-122.

TELÉSFORO, J; TEIXEIRA, G.. **Cooperação para a integração regional**. Cúpula Social do Mercosul. Disponível em: <<http://socialmercosul.org/cooperacao-para-a-integracao-regional/>>. Acesso em: 17 jul.2014

VITA, Álvaro de. Uma concepção liberal-igualitária de justiça distributiva. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.14, n.39, fev. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69091999000100003>. Acesso em: 27 mai.2014.

WHITEHEAD, Margaret. **The concepts and principles of equity and health**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1990

WHO. **A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health**. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. April, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf?ua=1>. Acesso em: 14 mar. 2014.