

LILIAN WELZ

**A SAÚDE NO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO NO ÂMBITO DO MERCOSUL:
UM ESTUDO DE SUAS RESOLUÇÕES E ACORDOS**

**CASCADEL
2009**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**A SAÚDE NO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO NO ÂMBITO DO MERCOSUL:
UM ESTUDO DE SUAS RESOLUÇÕES E ACORDOS**

LILIAN WELZ

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE.

Linha de Pesquisa: Políticas Sociais, Estado e Educação.

Orientadora: Dr^a. Maria Lucia Frizon Rizzotto

**CASCABEL
2009**

LILIAN WELZ

**A SAÚDE NO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO NO ÂMBITO DO MERCOSUL:
UM ESTUDO DE SUAS RESOLUÇÕES E ACORDOS**

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação da Banca Examinadora para obtenção do título de Mestre em Educação.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Maria Lúcia Frizon Rizzotto
Orientadora

Dra. Francis Mary G. Nogueira
Membro

Dra. Beatriz Augusto de Paiva
Membro

Dra. Liliam Faria Porto Borges
Membro

*Para os meus Álvaros,
por deixarem mais azuis os meus dias...*

*“Que todos conquistem o que era impossível,
que todo mundo saiba que o Sul, que o Sul também existe”.*

Mário Benedetti

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a Deus, mesmo que algum marxista faça cara feia... Obrigada, Senhor, por não morrer na estrada, já que precisamos estar vivos para fazer história!! Obrigada pela barriga de sete, oito e nove meses na estrada sem nenhum parto no pedágio e, por fim, obrigada por não ter feito nada de ruim ao rapaz que atravessou na minha vida (ou eu a dele) de moto, além das chateações de todo acidente, que, graças a você, aconteceu só depois de muito tempo que a barriga acabou... obrigada mesmo!

Quero agradecer também a minha família: ao Alvinho, que me acompanhou dentro e fora de mim em todo o processo do mestrado, desde a seleção até a defesa. Ao Álvaro, pela paciência e por valorizar o significado de ser um companheiro... À minha mãe, Vera, e ao meu pai, Oldemar, e aos meus irmãos Thiago e Bruno, o meu profundo agradecimento. Obrigada, mãe, por cuidar do meu filho. Obrigada, pai, por compreender o que é ter uma filha “de esquerda”. Obrigada, Thiago, pelo computador quando o meu quebrou. E obrigada, Bruno, pela companhia e pela troca de ideias. Cuidado de família é mesmo lindo... À minha irmã e mãe postiça, Emília, obrigada por tudo mesmo!!! À tia Mary, ou “Mamata”, como diz o Alvinho, muito obrigada por me dar paz e tempo para poder estudar!!!

À minha orientadora Maria Lúcia, minha mais sincera gratidão. Estes anos do mestrado foram intensos, e sei que, apesar de tudo o que você fez e faz ainda, teve um lugar para as minhas dúvidas... Obrigada pelos desafios, pelas inquietações, pelas orientações, pela força e pela amizade! Às professoras Francis, Liliam e a toda a turma do GPPS, muito obrigada!!!! Estudar a saúde no mestrado de educação, ou se apropriar do conhecimento em Educação e articulá-lo com a saúde só foi possível pela linha de pesquisa do programa em Políticas Sociais, Estado e Educação, que o mestrado contempla e pelo apoio imprescindível do GPPS, em que me encontro novamente depois da graduação em Fisioterapia. À professora Beatriz Paiva, muito obrigada pelas contribuições -- à bibliografia da década de 1990 de fato tem de ser superada.

À minha turma: Dalessandro, quanta risada!!! Hélio, o intelectual; Vandiana, a guerreira; Margarete, a sábia; Deliane, a rainha do bom humor; Artêmio, o alemão grande de tamanho e de coração! Lolanda, a menina da turma; Karina, a agilidade em pessoa; e Fabiano, pelo coração generoso e pela forma de pesquisar mais interessante... MUITO OBRIGADA!!! Estar com vocês era uma forma de aprender e relaxar !!! Saudades !!! Olhando agora, passou tão rápido...

Aos meus eternos amigos: Aline, que não aguentava mais escutar sobre a dissertação nas nossas idas e vindas do trabalho da Faculdade Integrado de Campo Mourão; Carla, pela sua onipresença (não é retribuição, é verdade!!); a Tainá, a Jesi, a Evelin, a Michele... meninas, queria um mês naquelas quitinete de novo, só para matar a saudade!!! A convivência com vocês eu vou sempre agradecer; a Renata, que acompanhou todos os momentos históricos de Juranda e por formarmos o GPPS JURANDA!!! -- ter você em Juranda era uma forma de respirar... a Fernanda, pela troca de ideias na Saúde Coletiva e pelo carinho. E, finalmente, a Carol... minha flor -- sem você, nada de gráfico na dissertação!!!

Agradeço à Elenita, coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade Integrado de Campo Mourão, que me ajudou muito neste processo. Obrigada pela organização do tempo e pela verdade.

Agradeço à UNIOESTE, esse lugar tão especial para mim. Agradeço a todos os professores do colegiado do mestrado e ao coordenador Beto, e também à Geórgia, que foi dar o ar da graça em Maceió. Nós sabemos do esforço de vocês em construir um mestrado na linha marxista na UNIOESTE.

Por fim, agradeço a todos os que lutam por um mundo melhor. Foi muito importante para mim e para o meu conhecimento de vida, de mundo, encontrar pessoas que pensem no coletivo, que visam um mundo socialista. É importante fortalecer a luta e estudar é uma das formas de fortalecê-la. Espero contribuir.

RESUMO

Por meio desta pesquisa, de caráter documental, buscou-se identificar o papel atribuído ao setor saúde no processo de integração regional em curso por meio da análise das proposições do Subgrupo de Trabalho N° 11 “Saúde” (SGT N°11) e das Reuniões de Ministros da Saúde (RMS) e explicitar a concepção de saúde que orienta a tomada de decisão no âmbito da coordenação da área da saúde do MERCOSUL. A questão central que orientou o presente estudo foi no sentido de saber em que medida e de que forma a integração no campo da saúde fortalece ou não o processo de integração latino-americano. Foram analisadas 207 resoluções do SGT N°11 e 133 acordos das RMS, totalizando 340 documentos referentes à saúde produzidos e divulgados no período de 1992 a 2009. Do processo de análise destaca-se a ênfase dada à normatização de produtos de saúde e de vigilância sanitária, com avanços no controle das normas de fabricação de produtos e na restrição de agentes cancerígenos em sua composição. Outros dados a salientar referem-se ao controle da dengue e do uso do tabaco, incluindo forte controle de publicidade neste último, ao controle da mortalidade infantil e materna e a padronização de normas técnicas nos serviços de alta complexidade, bem como o combate ao tráfico de pessoas, turismo de órgãos e, em especial, o combate à epidemia de HIV/AIDS na região. Também relevantes são às ações sobre o Banco de Preços de Medicamentos, onde os países agem em conjunto, pressionando os grandes laboratórios a reduzirem os valores dos medicamentos, elevados pelo regime de patentes. Em nosso entendimento, a saúde vem se consolidando no bloco tendo como base as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) sobre os determinantes sociais de saúde. Essa perspectiva visa contemplar, prioritariamente, os acessos à atenção primária de grupos vulneráveis presentes na região e a ampliação da atenção básica em saúde como uma das estratégias para reduzir a pobreza na região sem abandonar a perspectiva da focalização em saúde.

Palavras-chave: MERCOSUL. Integração. Saúde.

ABSTRACT

By means of this pesquize, of character document, to search to identify the paper attribute in the area health on the process of union region in course by means of analysis a propose of the Sub Group of Work N°11 Health (SGW N°11) and of the Reunion of Boss of the Health (RBH) and to explain the concept of health what source them to make up one's mind of the area of the coordination of the area of the health and the MERCOSUL. The question central what origin the present study of the senses by to Know in what to measure and what form the union of the field with the health to fortify or not the process from union Latino American. To analyses 207 to a conclusion of the SGW N°11 an 133 agreement of the RBH, whole 340 documents to refer the health to produce and to distribute of the period of 1992 and 2009. Of the process of analysis detail the emphasis permitted the norm the product of the health and the to guard sanitary, with forward the control of the norms of the fabrication the products and the to retain from to act cancer in your composer. Other datum the detail to refer in the control of the "Dengue" and of the use to tobacco, to include force control of the publicity and the last, in the control of the dead infantile and maternity and to standardize of the norms technician and the service of the people, tourism of organ and, in combat in traffic of the people, tourism of organ and, in special combat of the epidemic of the HIV of the region. Other datum too significant, to refer of the action about of the price of the medicine where the country to act in together, to disturb of the big laboration the down the valid of the medicine to elevate through regime of the patent's. In our understandable the health each other to confirm of the par to have how to measure the direction of the Organization Word Wide of Health (OWH) and the Organization Pan American of Health (OPAH) about of the determine partner of the health. That to note visible to adapt, priority, the access the attention first of the group vulnerable present of the region and the ampliament of the attention basic in health how an of the strategies for to reduce the pauper of the region without to abandon the possibility of the focalization in health in health.

Word Key: MERCOSUL. Union. Health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 APRESENTANDO A TEMÁTICA DA PESQUISA	11
1.2 OBJETIVOS E CAMINHO METODOLOGICO	15
2. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSOS DE INTEGRAÇÃO REGIONAL E A VELHA GLOBALIZAÇÃO DA ECONOMIA	19
3. A POLITICA SOCIAL DE SAÚDE NO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO E AS CARACTERÍSTICAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE INTRABLOCO	42
3.1 AS AÇÕES SOCIAIS NO MERCOSUL	42
3.2 CARACTERÍSTICAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE INTRABLOCO	50
3.2.1 A Argentina	52
3.2.2 O Brasil	53
3.2.3 A Colômbia e o Chile	54
3.2.4 A Venezuela	60
3.3 A SAÚDE NAS FRONTEIRAS DO MERCOSUL – UM MODELO BRASILEIRO	62
4. COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO MERCOSUL	69
4.1 AS COMISSÕES E SUBCOMISSÕES DO SGT Nº 11 E DAS RMS	78
5. AS RESOLUÇÕES DAS COMISSÕES E SUBCOMISSÕES DO SUBGRUPO DE TRABALHO SGT-11 “SAÚDE”	90
5.1 AS PRINCIPAIS RESOLUÇÕES DAS SUBCOMISSOES DO SGT Nº11	93
6. OS ACORDOS DAS REUNIÕES DE MINISTROS DA SAÚDE (RMS).....	103
6.1 AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	104
6.1.1 A Estratégia de Gestão Integrada no MERCOSUL de combate ao <i>Aedes aegypti</i>	105
6.1.2 O controle do Tabaco no MERCOSUL	108
6.2 OS ACORDOS REFERENTES AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO A SAÚDE	113
6.2.1 As ações para o controle da Mortalidade Materna e Infantil	115
6.2.2 O controle da epidemia de HIV/AIDS na região do MERCOSUL	119
6.2.3 A Política de Transplantes no MERCOSUL	126
6.2.4 A Participação Social, a Saúde Ambiental e a Saúde do Trabalhador no MERCOSUL	127
6.3 OS ACORDOS REFERENTES AOS PRODUTOS PARA A SAÚDE	132
6.3.1 A Política de Medicamentos no MERCOSUL	133
6.4 OS ACORDOS REFERENTES ÀS POLÍTICAS DE INTEGRAÇÃO EM SAÚDE	137
6.4.1 Observatório MERCOSUL de Sistemas de Saúde e a Comunicação em Saúde no MERCOSUL	139
6.4.2 A Harmonização das contas entre os Estados do MERCOSUL	141
6.4.3 A Atenção Primária em Saúde no MERCOSUL	142
6.4.4 A questão dos determinantes sociais em saúde	145
CONDIDERAÇÕES FINAIS	150
REFERÊNCIAS	158
APÊNDICE A	166
APÊNDICE B	180

1. INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTANDO A TEMÁTICA DA PESQUISA

O tema da integração regional tem sido objeto de muitos estudos, sobretudo após a emergência e a consolidação de blocos econômicos em diferentes partes do mundo. Os blocos econômicos se constituem a partir da reunião de países vizinhos (ou de países com afinidades culturais e comerciais) com objetivos de integração econômica e ou social. Podem ser classificados como Áreas ou Zonas de Livre Comércio, Uniões Aduaneiras, Mercados Comuns ou União Monetária, sendo que cada uma dessas categorias indica uma etapa de desenvolvimento do bloco.

Na América Latina, a ideia de integração não é uma novidade e já estava presente nos projetos dos libertadores do século XIX, como se observa na proposta de Simón Bolívar¹, que defendia a construção de uma “Pátria Grande”, ou seja, um grande continente, unido e independente. Idealizado pelos chamados libertadores, o projeto da Grande Pátria tinha como objetivo romper a dependência da América Latina em relação aos Estados Unidos e à Europa, criando aqui uma grande nação livre e soberana.

É uma idéia grandiosa pretender formar de todo o Mundo Novo uma só nação com um só vínculo que ligue suas partes entre si e com o todo. Já que tem uma origem, uma língua, uns costumes e uma religião, deveria, por conseguinte, ter um só governo que confederasse os diferentes Estados que venham a formar-se [...]. A América assim unida [...] poderá chamar-se a rainha das nações, a mãe das repúblicas. (BOLIVAR apud SCHILLING, 1992, p. 27).

Da mesma forma, Mariano Moreno² destacava a importância da unidade do continente:

¹ Simon Bolívar foi um reformador social revolucionário e um anti-imperialista militar venezuelano. Foi um importante revolucionário na conquista pela independência nos territórios da América Espanhola. Tinha como objetivo a libertação dos povos da América Latina e a construção de nações livres e independentes (RODRIGUES, 2010).

² Mariano Moreno foi advogado, jornalista e político argentino. Nasceu em Buenos Aires em 23 de setembro de 1778 e faleceu em 4 de março de 1811. Teve papel decisivo na Revolução de Maio, que conduziu à independência das Províncias Unidas do Rio da Prata. Uma de suas famosas frases é "Si los pueblos no se ilustran, si no se vulgarizan sus derechos, si cada hombre no conoce lo que vale lo que puede y lo que se le debe, nuevas ilusiones sucederán a las antiguas, y después de vacilar algún tiempo entre mil incertidumbres, será tal vez nuestra suerte mudar de tiranos sin destruir la tiranía". (MARIANO MORENO, 2009).

Prestem atenção na grande importância da união estreitíssima de todas as províncias deste continente [...] unidas poderão impor respeito ao poder mais pujante [...] Divididas, podem ser presa fácil da ambição [...]. É necessário assegurar o sistema continental de nossa gloriosa revolução (MARIANO MORENO apud SCHILLING, 1992, p. 27).

Como movimentos de integração da América Latina, identificam-se, além do ideal de Pátria Grande, o Acordo de Cartagena³ ou Acordo Sub-Regional de Integração Econômica, subscrito em outubro de 1969 por Bolívia, Colômbia, Chile, Peru e Equador. Em relação às propostas com a participação do Brasil, destacam-se: o plano de integração da Argentina, Brasil e Chile, chamado de “ABC”⁴, em 1950; a Associação Latino-Americana de Livre Comércio (ALALC), em 1960; a Associação Latino-Americana de Desenvolvimento Integrado (ALADI), em 1980, e o atual Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), formalizado em 26 de março de 1991, com o Tratado de Assunção.

As diferentes propostas de integração se constituem, em grande medida, em respostas a problemas de um determinado estágio de desenvolvimento do capitalismo em nível mundial e da América Latina em particular. Schilling (1992, p. 36) avalia que, em meados do século XX, a América Latina “estava pronta para uma nova etapa de ‘cooperação econômica’, a da substituição de importações”, onde as burguesias nacionais se associaram aos monopólios internacionais, seguindo o

³ Sob o governo de Salvador Allende no Chile e do general nacionalista Velasco Alvarado no Peru, “o acordo de Cartagena constituiu inicialmente uma valente tentativa de frear a avassalante penetração do capital monopolista transnacional e de conseguir uma integração efetiva, tratando inclusive de corrigir o desenvolvimento desigual dos países-membros [...] era evidente que uma tentativa como essa de frear, de controlar pelo menos parcialmente, a ação predatória, pirata, das empresas transnacionais em nossos países, seria violentamente atacada nos países capitalistas centrais, pelos governos, pelos monopólios e pela imprensa a serviço do capital monopolista [...]. Possivelmente mais do que pelas tímidas reformas introduzidas no Chile, a ação decisiva do governo de Santiago na formulação da estratégia do Acordo de Cartagena foi causa determinante da derrocada de Salvador Allende” (SCHILLING, 1992, p. 42-44). A Venezuela aderiu em 13 de fevereiro de 1973 e o Chile denunciou o Tratado em 30 de outubro de 1976. (ACORDO DE CARTAGENA, 2009).

⁴ No segundo mandato do governo Vargas, as ideias do nacionalismo de Pátria Grande surgem como luta e resistência contra o imperialismo, o plano de integração da Argentina, Brasil e Chile, chamado de “ABC”. O objetivo central do ABC era impor limites à exploração enquanto consumidores do que é fabricado pelos países centrais (EUA – Japão e Europa Ocidental), na chamada Comissão Trilateral. O ABC não foi muito longe, Getúlio sem apoio no congresso e os presidentes da Argentina e do Chile, general Juan Domingo Perón e general Ibáñez, respectivamente, já haviam sido “limpados” em solene obediência dos militares desses países ao Pentágono, contra o foco perigoso do nacionalismo. (SCHILLING, 1992).

receituário elaborado pela Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL)⁵. Nesse mesmo período, na Europa, cria-se a Comunidade Econômica Europeia (CEE) por meio do Tratado de Roma, em março de 1957. Posteriormente a CEE foi designada de União Europeia (EU), consolidada em 1992 por meio do Tratado de Maastricht. O Mercado Comum Europeu (MCE) visava à integração dos povos europeus, ao desenvolvimento harmônico das atividades econômicas e ao melhoramento das condições de vida, “[...] eliminando os obstáculos à circulação de pessoas, dos serviços e dos capitais” (SCHILLING, 1992, p. 37).

Como resposta da CEPAL à CEE, em 1958, na cidade de Santiago no Chile, é criado o informe intitulado *Bases para a Formação do Mercado Regional Latino-Americano*, que culminaria com a formação da Associação Latino-Americana de Livre Comércio (ALALC), em 1960, visando à criação de uma zona de livre comércio entre os países da região. Tratando de amenizar os obstáculos em relação às grandes e graves diferenças de desenvolvimento entre os países da ALALC, os países foram divididos em três grupos: “de maior desenvolvimento relativo (Argentina, Brasil e México); de mercado insuficiente (Colômbia, Chile, Peru e Venezuela) e de menor desenvolvimento relativo (Bolívia, Equador, Paraguai e Uruguai)”. Em 1980, esses países assinaram um novo Tratado, em Montevideu, onde se criou a Associação Latino-Americana de Desenvolvimento Integrado (ALADI) (SCHILLING, 1992, p. 39; BARBOZA, 2008, p. 8).

Um processo de integração que se inicia com uma diferenciação entre os países gerou desconfiças por parte das burguesias internas de cada nação. Essa desconfiça, associada aos interesses do capital transnacional norte-americano e europeu em seus projetos de expansão, acabou impedindo a evolução de um

⁵ Comissão Econômica para a América Latina e Caribe, foi criada em 1948 pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas para “coordenar e acompanhar as políticas direcionadas à ‘promoção do desenvolvimento econômico da região’ e reforçar as relações econômicas dos países latino-americanos entre si e com as demais nações do mundo. A partir de 1996, os governos-membros definiram que a CEPAL deveria se tornar ‘centro de excelência, encarregado de colaborar com seus Estados membros na análise integral dos processos de desenvolvimento’, o que incluía a tarefa de ‘formulação, seguimento e avaliação de políticas públicas e a prestação de serviços operativos nos campos da informação especializada, assessoramento, capacitação e apoio à cooperação e coordenação regional e internacional’. Atualmente presta serviços a 33 governos da América Latina e Caribe, incluindo nações da América do Norte e Europa, com as quais mantém laços históricos, econômicos e culturais. Esta agência é formada por oficinas e sedes sub-regionais que trabalham integradas com a sede localizada em Santiago do Chile” (CEPAL, 2006, p.1 apud RIZZOTO, 2008, p. 2).

mercado comum na América Latina. Somente em março de 1991, com o Tratado de Assunção, é que se origina o atual MERCOSUL, composto, originalmente, por Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, com o objetivo de constituir um mercado entre esses países. A discussão sobre o MERCOSUL, no Brasil e na Argentina, os dois países mais fortes economicamente da América Latina, se iniciou durante os governos de Collor e de Menem, respectivamente, que apresentava a proposta de construção de um bloco econômico como uma questão prioritária. Após a chamada década perdida, Collor e Menem surgem na década de 1990, nas palavras de Schilling (1992), como visionários “neoliberais, verdadeiros exterminadores do futuro”. Seguem à risca o modelo econômico neoliberal preconizado pelo Consenso de Washington (1989), iniciando a era das privatizações, das desestatizações e da desregulamentação dos mercados internos, com o fim das proteções alfandegárias, favorecendo a entrada de produtos importados mais baratos e modernos, produzidos pelas indústrias transnacionais, nos países com mão de obra barata e superexplorada. No momento em que se discutia a integração econômica e a criação do MERCOSUL, a América Latina vivia uma de suas piores crises econômica da história.

A hemorragia que sofre a economia é catastrófica: serviços da dívida externa, fuga de capitais, deterioração no intercâmbio comercial [...], o aumento da capacidade ociosa das indústrias, o desemprego, a deterioração do salário real e o colapso dos serviços governamentais. (SCHILLING, 1992, p. 201).

Em julho de 2006, a Venezuela entra no bloco como Estado Parte, conforme o “Protocolo de Adesão da República Bolivariana da Venezuela como Membro Pleno do MERCOSUL” (MERCOSUL, 2006). A entrada da Venezuela como Estado Parte no bloco é considerada um momento onde o MERCOSUL ganha “novos horizontes e alcança uma dimensão econômica e política verdadeiramente continental”, conforme as palavras do presidente Luiz Inácio Lula da Silva na cerimônia de assinatura do Protocolo de Adesão da Venezuela, na cidade de Caracas, em 4 de julho de 2006. Em outubro de 2009, o Senado brasileiro aprovou a adesão da Venezuela ao MERCOSUL, faltando apenas à aprovação do Senado do Paraguai, que não deve criar grandes obstáculos, uma vez que todos os outros países do bloco já aprovaram a entrada, além do fato de a parceria comercial do Paraguai com

a Venezuela ser cada vez mais importante, conforme cita a Revista Carta Capital (A UM PASSO DA INTEGRAÇÃO..., 2009).

Atualmente a América Latina vive um momento particular, ou seja, ainda sofre as consequências da implementação das políticas neoliberais e da própria crise mundial do capital, mas existem processos econômicos, políticos e sociais muito distintos daqueles experimentados quando da criação do MERCOSUL, além de já se terem passado 19 anos da assinatura do Tratado de Assunção, período relativamente suficiente para uma abordagem histórica do caminho trilhado, seja pela instituição como um todo, seja pelas próprias políticas para as diferentes áreas sociais.

1.2 OBJETIVOS E CAMINHO METODOLOGICO

Em nosso entendimento, as diversas políticas setoriais, como educação, saúde, assistência, habitação, entre outras, se constituem em respostas dos Estados nacionais a problemas decorrentes da relação fundamental entre capital e trabalho. Em grande medida, tais políticas são determinadas por fatores econômicos, políticos e sociais que as distinguem e as modificam ao longo do tempo. Nesse sentido, o estudo da política de saúde no âmbito do MERCOSUL necessita de uma abordagem que contemple elementos históricos e a própria dinâmica da realidade estudada, compondo um todo que se revela e se oculta de acordo com a forma e as estratégias utilizadas no processo de interrogação.

A presente pesquisa tem como objetivo, primeiro: identificar as ações atribuídas ao setor saúde no processo de integração regional em curso por meio da análise das proposições do Subgrupo de Trabalho N°11 “Saúde” (SGT N°11) e das Reuniões de Ministros da Saúde (RMS) e por segundo: explicitar a concepção de saúde que orienta a tomada de decisão no âmbito da coordenação da área da saúde do MERCOSUL.

Para cumprir com esses objetivos foram analisados, a partir de uma perspectiva crítica, documentos oficiais produzidos e divulgados pelos referidos SGT N° 11 e RMS. Ao todo foram analisadas 207 resoluções do SGT N° 11 e 133 acordos das RMS, totalizando 340 documentos referentes à saúde no período de 1992 a 2009. Acredita-se que o estudo das políticas específicas do MERCOSUL, como a política de saúde, pode contribuir para a compreensão do processo de integração em curso e para o próprio estágio de desenvolvimento econômico e social latino-americano, bem como poderá auxiliar a práxis nesse campo de atuação política e profissional.

Em relação aos aspectos teórico-metodológicos, entendemos que o resultado de um trabalho científico depende, dentre outros aspectos, do referencial teórico-metodológico que se adota e da própria trajetória do pesquisador. As recomendações presentes nos documentos de políticas de saúde divulgados por meios impressos e digitais não são pronta e imediatamente implementadas nos países que compõem o MERCOSUL. A aplicabilidade das recomendações depende da realidade de cada país do bloco, das forças políticas em disputa, da infraestrutura e da capacidade de cada sistema de saúde. Isso implica que a análise dos documentos contém as ambiguidades, as contradições, as omissões e as mediações que fornecem oportunidades particulares para serem debatidas no processo de sua implementação (SHIROMA et.alii, 2007, p. 4-5).

A reconstituição teórica de aspectos da realidade objetiva e a aproximação mais coerente com a verdade se faz quanto mais próximo do real se está. Assim, entende-se que o processo de conhecimento faz-se por meio da produção de conceitos e com o uso de categorias que ajudam a explicar o mundo em que vivemos. Esse processo não implica a simples agregação do maior número possível de dados e/ou de fatos da realidade, mas, sim, na apreensão das interligações entre esses variados elementos, de forma que se possa entender, com o maior rigor possível, as contradições, as mediações e a totalidade do objeto e na forma como essas conexões contribuem para a construção do processo histórico. A ciência é, portanto, uma forma de conhecimento produzido pelo homem no decorrer de sua história, na tentativa de explicar racionalmente a natureza e permitir a intervenção

humana, sendo, de acordo com Marx e Engels, determinada pelas necessidades materiais do homem. “Marx contrapôs a exigência de se levar em conta, concreta e materialisticamente, todas as relações da vida humana e, antes de mais nada, as relações histórico-sociais”, colocando como problema central a produção e a reprodução do próprio homem, uma “insuperável base natural e de uma ininterrupta transformação social dessa base” (LUKÁCS, 1979, p. 15-16).

Com Marx, pela primeira vez na história da filosofia, “as categorias econômicas aparecem como as categorias da produção e da reprodução da vida humana, tornando-se assim possível uma descrição ontológica do ser social sobre bases materialistas”, conforme nos ensina Lukács (1979, p. 15). Para Marx e Engels, as categorias são históricas, não eternas e, portanto, mutáveis. São produtos de determinadas realidades, expressões das relações de produção e relacionadas ao grau de desenvolvimento que determinada sociedade alcançou.

A exemplo disso, as concepções de posse/apropriação/propriedade são ilustrativas. Embora toda produção tenha como condição a apropriação da natureza pelo homem – o que é tautológico afirmar, diz Marx – “é ridículo saltar daí a uma forma determinada da propriedade, a propriedade privada, por exemplo”, como se fosse algo natural. Trata-se de uma compreensão histórica do processo efetivo de produção. (MINTO, 2006, p. 11).

Obviamente é muito difícil pensar a integração da América Latina na perspectiva da totalidade e nos meandros das contradições e das mediações inerentes a esse pensamento, tendo em vista o rigor e a responsabilidade em se fazer ciência. Mesmo assim, abertos às correções dos erros e às críticas, dada a complexidade do trabalho, organizamos o texto por pontos, indo desde os processos de integração em blocos regionais econômicos no mundo; a estrutura do MERCOSUL, os grupos de trabalhos da saúde dentro dessas estruturas; a questão social e a integração produtiva compreendida pelo MERCOSUL; a situação dos serviços de saúde em cada país e também das regiões de fronteiras no MERCOSUL; e, por fim, os dados encontrados nos documentos analisados.

Ainda que as prioridades encontradas no âmbito do MERCOSUL tenham sido as ações em relação à normatização sobre os produtos de saúde e de vigilância sanitária, e, por último, a padronização dos serviços de saúde, há avanços inegáveis

no controle das normas de fabricação de produtos e a restrição de agentes cancerígenos em sua composição; no controle da dengue e do uso do tabaco, incluindo forte controle de publicidade neste último; no controle da mortalidade infantil e materna e na padronização de normas técnicas nos serviços de hemodiálise, Unidades de Terapias Intensivas, transplantes e maternidades; combate ao tráfico de pessoas e turismo de órgãos e, em especial, o combate à epidemia de HIV/AIDS na região, entre outros.

Em nosso entendimento, a saúde vem se consolidando no bloco tendo como base as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) sobre os determinantes sociais de saúde. Essa perspectiva visa contemplar, prioritariamente, o acesso à atenção primária aos grupos vulneráveis presentes na região e a ampliação da atenção básica em saúde em toda a região, como uma das estratégias para reduzir a pobreza sem abandonar a perspectiva da focalização em saúde e orientada pelo modelo do Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS). Essa orientação se dá em face de o Brasil ter o sistema de saúde mais desenvolvido da região.

É possível afirmar que a proposta de integração da saúde no MERCOSUL não restringe o espaço para a participação do setor privado, o que abre uma possibilidade enorme para os convênios e para os seguros privados de saúde existentes na região, em especial os do Brasil, que já possuem uma tradição e se encontram em processo de expansão. A questão que se coloca, então, é como o setor de saúde, nesse processo de integração com base em uma visão desenvolvimentista e na proposta de transformação produtiva com equidade da CEPAL, contribuirá para a integração no âmbito das políticas sociais sem romper com as leis do mercado. Em que medida e de que forma a integração no campo da saúde conseguirá fortalecer o processo de integração regional? A busca de respostas a estas perguntas norteou a presente pesquisa.

2. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE INTEGRAÇÃO REGIONAL E A VELHA GLOBALIZAÇÃO DA ECONOMIA

A pátria é a América.
Simon Bolívar.

Muitos autores críticos, estudiosos da América Latina, entre eles com destaque para Marini (2000), têm afirmado que é relativamente comum, sobretudo entre os brasileiros, a percepção de que parece não sermos parte da América Latina, e que, em certo sentido, “estamos de costas para a América Latina”. Esta percepção de não pertencimento à América Latina faz com que os intelectuais brasileiros adotem uma “perspectiva eurocêntrica em suas análises e, em consequência, pensam o futuro do país como se estivéssemos destinados historicamente a alcançar o nível de desenvolvimento e as características políticas dos países europeus ou mesmo dos Estados Unidos” (OURIQUES, 2008, p. 37).

Esse autor relata que a expressão “fracassomania”, utilizada por Fernando Henrique Cardoso, tem como pano de fundo a defesa do mimetismo institucional. “Diante de cada nova tentativa e novo fracasso, parece não haver outro caminho a seguir a não ser repetir, na próxima oportunidade e com mais precisão, alguma solução institucional originada nos países centrais” (OURIQUES, 2008, p. 37). Hirschman (1997 apud OURIQUES, 2008, p. 37) afirma que “o termo indica, mais do que qualquer outra coisa, o desconhecimento da bagagem de experiências herdadas do passado. Nesse ponto, a única coisa que se pode fazer é importar coisas do exterior, posturas, valores, sem procurar aprender da própria experiência”. Essa discussão ganhou ênfase com a teoria da dependência de Ruy Mauro Marini, escrita no texto “Dialética da Dependência”, em 1972. As elites latino-americanas “são mandadas para estudar nas universidades norte-americanas e europeias e, quando retornam, acreditam saber e conhecer tudo, sem ter aprendido nada da experiência dos velhos que sempre viveram na América Latina”. A falta de intercâmbio entre as velhas e as novas gerações é uma forma de “fracassomania” e, em certo sentido, este é um aspecto da dependência (HIRSCHMAN, 1997 apud OURIQUES, 2008, p. 37).

Assim, olhar primeiro para os países desenvolvidos no sentido de imitá-los em seu caminho de construção do desenvolvimento econômico é crer que esse longo trajeto é composto por etapas. Logo, países como o Brasil, que cumprirem com os pressupostos contidos nas reformas dos Estados dos países latino-americanos, passarão de subdesenvolvidos para desenvolvidos (OURIQUES, 2008, p. 37).

A descoberta de que o sistema mundial é historicamente organizado a partir da polaridade centro-periferia e que as alterações desta ordem só são possíveis historicamente – ou seja, para além do tempo de nossas curtas vidas e mesmo assim excepcionalmente – jamais diminuiu a força da ideologia das classes dominantes na periferia que seguem afirmando que o desenvolvimento está à esquina ou será possível alcançá-lo rapidamente. (OURIQUES, 2008, p. 37).

Essa perspectiva vem sendo reforçada no governo Lula, em uma análise superficial de que seremos um dia uma nova superpotência econômica. Numa leitura atenta da história do capitalismo, pode-se constatar que para cada fase ou etapa delineada de seu desenvolvimento, a cada novo grande ciclo de acumulação, com suas formas e seus mecanismos particulares de processualidade, para cada novo surto de expansão e de reconfiguração de suas crises mundiais, “correspondeu à formulação de conceitos próprios e singularizantes, destinados a conferir inteligência e destaque às manifestações mais específicas e típicas de cada contexto histórico referido”. (MELLO, 2008, p. 24).

Assim como a longa fase de desenvolvimento do capitalismo comercial (séculos XVI a XIX), voltada para a criação de um mercado mundial e costurada pela dinâmica das trocas desiguais entre metrópoles e colônias, levou à consagração dos conceitos de mercantilismo e de colonialismo, da mesma forma emerge, na virada do século XIX para o XX, aquele de imperialismo, sinalizando o advento de uma nova e diferenciada fase de expansão capitalista, distinta da anterior. (MELLO, 2008, p. 24).

Da ideia de que vamos ascender para um Estado desenvolvido originam duas outras discussões/ações coladas uma à outra na América Latina nas décadas de 1980 e 1990: as reformas dos Estados e a incorporação da ideologia da globalização como fundamental para o desenvolvimento da região. A globalização ganha corpo nos países centrais a partir da Segunda Guerra Mundial e pela euforia das reformas realizadas nos países da Europa Ocidental e pelo fim da antiga União

Soviética (URSS), entendida pelos liberais como o término da dicotomia entre as economias de mercado *versus* as economias planificadas, em uma pressuposição de que o modelo das economias planejadas faliu. Nas contradições do capital, Foster (2007, p. 17) cita que o sistema do capital é incapaz de elevar-se acima de uma perspectiva de “curto-prazo”, dadas sua

[...] 1) ‘incontrolabilidade’ inata, derivada da natureza antagônica de seu modo de controle sociometabólico; 2) sua incessante dialética de competição e monopólio; e 3) sua incapacidade de integra-se politicamente no plano global a despeito de suas tendências econômicas globalizantes. Por conseguinte, o sistema do capital manifesta uma profunda aversão ao planejamento. [...] Todos os maiores pensadores burgueses – tais como Locke, Smith, Kant e Hegel – apontaram de diversas maneiras ao “fim da história” identificado com a emergência do capitalismo. Percebemos hoje a mesma ideologia do fim da história nas concepções dominantes de globalização, nas idéias de modernismo/pós-modernismo, no incessante mantra neoliberal de que *não há alternativa* e na afirmação de Francis Fukuyama, segundo a qual a queda da União Soviética confirmou a antiga visão hegeliana do fim da história”. (FOSTER, 2007, p. 17, grifo do autor).

Tomando forma somente nas últimas décadas do século XX, o conceito de globalização ou de globalismo converge para a fase mais recente de desenvolvimento do capitalismo, associado à

[...] hipótese da emergência de um novo patamar de ordenamento da vida social, institucionalmente articulado em plano supra-nacional, em que o centro das atenções se volta para a constituição de uma realidade (relações, processos e estruturas) não mais simplesmente determinada (como no passado) através da expansão e/ou difusão horizontal/centrífuga de ações econômicas, políticas e culturais entre nações [...], mas configurada por meio de uma dinâmica progressivamente transversal/centrípeta de efetividade societal, plasmada em plano concretamente trans-nacional (global) de materialidade. (MELLO, 2008, p. 24).

Em outras palavras, Foster (2007, p. 16) explica o que seria esse “plano transnacional de materialidade”, definindo que esse efeito global que opera em todos os planos do sistema do capital seria a “decapitação do tempo”. O controle humano do tempo disponível é minimizado pela contabilidade do tempo do sistema do capital, “[...] que procura reduzir a vida a um conjunto de infindáveis decisões instantâneas voltadas à ampliação da produtividade e dos lucros em benefício da

rede de interesses estabelecidos” (FOSTER, 2007, p. 16). Assim, a globalização tem sido concebida como:

Acção à distância (quando actos dos agentes sociais de um lugar podem ter conseqüências significativas para ‘terceiros distantes’); como **compreensão espaço-temporal** (numa referência ao modo como a comunicação eletrônica instantânea vem desgastando as limitações da distância e do tempo na organização e na interação sociais); **como interdependência acelerada** (entendida como a intensificação do entrelaçamento entre economias e sociedades nacionais, de tal modo que os acontecimentos em um país têm um impacto directo em outros); **como um processo de encolhimento** (erosão das fronteiras e barreiras geográficas à actividade socioeconômica); e, entre outros conceitos, **como interação global, reordenação das relações de poder inter-regionais, consciência da situação global e intensificação da interligação inter-regional**. (HELD, MCGREW, 2001, p. 11 apud DANTAS, 2008, p. 100, grifo do autor).

Ianni (1995, p. 16-17) afirma que, a partir da ideia da globalização criam-se conceitos como “Aldeia Global” e “Fábrica Global”, sendo a primeira compreendida como sinônima de “comunidade mundial, concretizada com as realizações e as possibilidades de comunicação, informação e fabulação abertas pela eletrônica”. Já a segunda, sugere uma “transformação quantitativa e qualitativa do capitalismo além de todas as fronteiras, subsumindo formal ou realmente todas as outras formas de organização social e técnica do trabalho, da produção e reprodução ampliada do capital”. Esses termos sugerem a harmonização e a homogeneização progressivas, sendo toda economia nacional, seja qual for, uma “província da economia global”. Já Santos (1995, p. 55 apud DANTAS, 2008, p. 101) relata que o efeito da intensificação das relações sociais em escala mundial, onde os eventos locais são sentidos instantaneamente em todo o globo, do dinheiro, da competitividade, da potência em estado puro, cuja associação conduz à emergência de novos totalitarismos, permite pensar que se vive numa época de “globaritarismo muito mais do que globalização” e adverte que não devemos confundir conceitos de globalização, interdependência, integração, universalismo e convergência:

A interdependência apresenta-se na forma de relações de poder simétricos; a globalização abre (escancara, até) as possibilidades de criação de hierarquias, de assimetrias, de mais e do menos, daquele que tem e daquele que não tem e, mais ou menos em curto prazo, de estratificações globais e que demorarão imenso tempo a serem ultrapassadas [...]; a integração não é um mero projeto de junção, de soma, de unificação econômica ou política; o universalismo não é

sinônimo de global; a convergência presume a pró-atividade para a harmonia (a globalização tende a criar conflitos insanáveis). (DANTAS, 2008, p.102).

Ianni (1995), explicando a formação dos Estados nacionais, diz que, nas ciências sociais: “a história moderna e contemporânea tem sido vista como uma história de sociedades nacionais, ou Estados-nações”, no entanto, a partir da Segunda Guerra, a preocupação também está em compreender a formação, a organização, a ascensão, as rupturas, as realidades internacionais emergentes, ou “realidades propriamente mundiais” (IANNI, 1995, p. 26). Dessas preocupações, Ianni (1995, p. 31) cita o pensamento de Wallerstein:

O capitalismo histórico funcionava numa economia-mundo, mas não num Estado-mundo. Muito pelo contrário. Como vimos, as pressões estruturais militaram contra qualquer edificação de um Estado-mundo. Neste sistema, sublinhamos o papel decisivo dos múltiplos Estados - estruturas políticas as mais poderosas e, ao mesmo tempo, como poder limitado. (WALLERSTEIN, 1983 apud IANNI, 1995, p. 31).

A análise de Wallerstein (1983) e de Ianni (1995, p. 29-44) sobre os Estados nacionais é interessante quando afirma que a economia-mundo capitalista cresceu e, de outras formas, ainda cresce, porque ela “tolera diferentes Estados-nacionais”, inclusive Estados comunistas, desde que o capital possa continuar expandindo-se. Assim, os processos de crescimento produtivos se tornam interligados em uma “cadeia de mercadorias”, de tal forma que, para qualquer processo de produção nessa cadeia, há certo número de vínculos e elos que interligam o processo e as pessoas. Nessa cadeia de mercadorias, articulada por laços que se cruzam, a produção está baseada no princípio da “maximização da acumulação do capital”, articulando-se, seja no âmbito local, regional ou global, com base na interdependência dos Estados-nacionais. Cabe reconhecer que

A superestrutura da economia-mundo capitalista é um sistema de estados interdependentes, sistema esse no qual estruturas políticas denominadas ‘Estados soberanos’ são legitimadas e delimitadas. Longe de significar total autonomia decisória, o termo ‘soberania’ na realidade implica uma autonomia formal, combinada com limitações reais desta autonomia, o que é implementado simultaneamente pelas regras implícitas e explícitas do sistema de Estados interdependentes e pelo poder de outros Estados do sistema. Nenhum Estado do sistema, nem mesmo o mais poderoso em dado

momento, é totalmente autônomo, mas obviamente alguns desfrutam de maior autonomia que outros. (WALLERSTEIN, 1983 apud IANNI, 1995, p. 33-34).

Ianni (1995, p. 34) ressalta que, apesar de se reconhecer o papel das corporações transnacionais para a acumulação do capital na ideia de um mundo sem fronteiras, atravessando-se nações e nacionalidades, a função do Estado-nação ainda é primordial. “Acontece que o capitalismo, enquanto modo de produção e processo civilizatório, cria e recria o Estado-nação, assim como o princípio de soberania que define a sua essência”. Tanto é assim que se pode observar, na crise que se iniciou em 2008 e em outros momentos históricos, o investimento de bilhões de dólares por parte dos Estados na tentativa de salvar as grandes corporações transnacionais. Assim, de acordo com Ouriques (2008, p. 38), “[...] observamos que o reforço da nação é um subproduto deste ativismo regional sem o qual nada seria possível, muito menos as pretensões hegemônicas”. Nessa perspectiva, o termo hegemonia é dado ao Estado nacional que é capaz de produzir uma cadeia de mercadorias tão eficiente, que os produtos fornecidos por ela se tornam largamente competitivos em outros Estados, significando que “esse dado Estado nacional será o principal beneficiário do cada vez mais livre mercado mundial”. (WALLERSTEIN, 1983 apud IANNI, 1995, p. 37). Engels, ao expor a construção do Estado, afirma:

O Estado não é, portanto, de modo algum, um poder que é imposto de fora à sociedade e tão pouco é “a realidade da ideia ética”, nem “a imagem e a realidade da razão”, como afirma Hegel. É antes um produto da sociedade, quando essa chega a um determinado grau de desenvolvimento. É o reconhecimento de que essa sociedade está enredada numa irremediável contradição com ela própria, que está dividida em oposições inconciliáveis de que ela não é capaz de se livrar. Mas para que essas oposições, classes com interesses econômicos em conflito não se devorem e não consumam a sociedade numa luta estéril, tornou-se necessário um poder situado aparentemente acima da sociedade, chamado a amortecer o choque e a mantê-lo dentro dos limites da “ordem”. Esse poder, surgido da sociedade, mas que se coloca acima dela e que se aliena cada vez mais dela, é o Estado. (ENGELS, s/d, p.181).

No movimento da história observou-se que os países centrais fortaleceram seus Estados nacionais em relação ao poderio “econômico, político, militar, diplomático e cultural sobre a periferia capitalista” e “lançaram mão da estratégia regional para ganhar musculatura na luta competitiva em escala global” (OURIQUES, 2008, p. 37). Assim a necessidade da integração econômica regional

se dá em primeiro lugar pela “afirmação de modalidades de comércio administrado em larga escala e a tendência à concentração dos fluxos de comércio e investimento nas áreas mais dinâmicas do planeta” (BARBOZA, 1991, p. 15).

Esses investimentos são colocados, por outros autores, como estratégias empresariais dos países centrais que operam em nível mundial, localizando “plantas produtivas em função das vantagens comparativas observadas em cada país e/ou operam visando à comercialização do produto no mercado mundial” (BATTAGLINI et alii, 1993, p. 16). São verdadeiros caça-tesouros para a expansão do capital. Em segundo lugar, pelo movimento de formação e disputa dos três grandes blocos econômico-comerciais: a Comunidade Europeia, a Zona de Livre Comércio Estados Unidos – Canadá – México, chamado de NAFTA e o Japão com sua base de projeção no pacífico⁶.

No Quadro 1 é apresentada a relação dos blocos econômicos existentes atualmente, com respectivo ano de criação, população, o produto interno bruto e os países que compõe cada bloco. A União Européia, o NAFTA, a ALADI, o MERCOSUL e os Tigres Asiáticos são atualmente os principais blocos econômicos do mundo, apresentando Produto Interno Bruto (PIB) na casa nos trilhões. O MERCOSUL foi criado no mesmo ano de criação do NAFTA, em 1991, e desde a sua origem o MERCOSUL vem sendo ao mesmo tempo uma ferramenta de interlocução de concessões e de resistência com estes blocos centrais na perspectiva de maior autonomia na região.

Fiori (1995) de forma mais clara, relata que a única globalização que existiu foi a financeirização das relações de capital, construindo uma espécie de ‘fascismo de mercado’, uma combinação entre o movimento do capital e as estruturas de decisão de poder. A partir dessa premissa, vale refletir em que medida a integração

⁶ Com o objetivo de ganhar competitividade em escala global, a “Alemanha apostou todas as suas fichas na constituição da Comunidade Econômica Européia. É em função desta disputa que os Estados Unidos assinaram ainda em 1994 o TCL [Tratado de Livre Comércio] com o Canadá e o México e não deixaram de assinar acordos de ‘livre-comércio’ com outras nações latino-americanas [...] e da América Central. E é finalmente pelas mesmas razões que o Japão tenta manter uma forte influência regional na Ásia, com mecanismos semelhantes e associações estratégicas que inclui muitas vezes a própria China com a qual também mantém importantes rivalidades” (OURIQUES, 2008, p. 38).

no âmbito do MERCOSUL baseada em uma linha de desenvolvimento interno e de não ruptura com o capital, fortemente ancorada nas perspectivas da CEPAL - com o eixo de transformação produtiva com equidade, vai realizar a integração que os trabalhadores necessitam, ou seja, uma integração que queremos, uma integração socialista. Se é [...] impossível coordenar ações que atendam a todos os interesses nacionais; isto porque a 'especulação global se nutre da descoordenação dos interesses dos Estados', (FIORI, p.135, 1997 apud SODRÉ, p.23, 2007) a pergunta norteadora da pesquisa é em que medida o processo de integração de Estados latino-americanos decorre do capital? Ou seja, a forma como estamos construindo a integração no MERCOSUL irá nos levar a uma diminuição das desigualdades superando quais iniquidades? Dado a saúde um campo de disputas importantes, quais seriam as ações neste campo no MERCOSUL e a concepção de saúde que estaria norteadando o bloco.

BLOCOS ECONÔMICOS	ANO DE CRIAÇÃO	POPULAÇÃO EM MILHOES	PIB	PAÍSES MEMBROS
União Europeia (UE ¹)	1957	452,2 milhões	US\$ 12,6 trilhões	Alemanha, Áustria, Bélgica, Chipre, Dinamarca, Eslovênia, Eslováquia, Espanha, Estônia, Finlândia, Grécia, Holanda, Hungria, Irlanda, Itália, Letônia, Lituânia, Luxemburgo, Chipre, Malta, Polônia, Portugal, Reino Unido, República Tcheca e Suécia.
Área de Livre Comércio da América do Norte (NAFTA ¹)	1991	492 milhões	US\$ 11. 405, 2 trilhões	Estados Unidos, Canadá e México.
Associação Latino-Americana de Integração (ALADI ¹)	1980	449, 7 milhões	US\$ 1.760, 4 trilhão	Argentina, Brasil e México; Chile, Colômbia, Peru, Uruguai, Venezuela e Cuba; Bolívia, Equador e Paraguai.
Mercado Comum do Sul (MERCOSUL ¹)	1991	226, 2 milhões	US\$ 1.250 trilhão	Brasil, Argentina, Uruguai, Paraguai e Venezuela.
Alternativa Bolivariana para as Américas (ALBA ¹)	2004	73, 5 milhões	US\$ 669, 206 bilhão	Cuba, Venezuela, Equador, Bolívia, Honduras, Nicarágua, Dominica, São Vicente e Granadinas, Antígua e Barbuda.
União das Nações Sul Americanas (UNASUL ²)	2004*	382, 43 milhões	US\$ 3,9 milhões	Brasil, Argentina, Bolívia, Colômbia, Chile, Equador, Guiana, Paraguai, Peru, Uruguai, Suriname e Venezuela.
Comunidade Andina das Nações (CAN ¹)	1969	114, 9 milhões	279,3 bilhões	Bolívia, Colômbia, Equador, Panamá e Peru**.
Mercado Comum da Comunidade do Caribe (CARICOM ³)	1973	14, 9 milhões	US\$ 30,8 bilhões	Barbados, Guiana, Jamaica, Trinidad e Tobago, Antígua e Barbuda, Belize, Dominicana, Granada, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, São

				Cristóvão e Névis, Suriname, Bahamas, Haiti e os territórios de: Montserrat, Ilhas Virgens, Ilhas Turcks e Caicos e Anguilla.
Mercado Comum Centro-Americano (MCCA ³)	1961	33,7 milhões	US\$ 59,2 bilhões	Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua.
Tigres Asiáticos³	1980	1, 295 bilhão	Mais de US\$ 4 trilhões	Japão, China, Taiwan, Cingapura, Hong Kong e Coreia do Sul.
Associação Ásia-Pacífico de Cooperação Econômica (APEC ³)	1989 ***	2.603,9 milhões	US\$ 21.470,8 bilhões	Austrália, Brunei, Canadá, Indonésia, Japão, Malásia, Nova Zelândia, Filipinas, Cingapura, Coreia do Sul, Tailândia, EUA, China, Hong Kong (China), Taiwan (Formosa), México, Papua Nova Guiné, Chile, Peru, Federação Russa e Vietnã.
Associação das Nações do Sudeste Asiático (ASEAN ³)	1967	542,1 milhões	US\$ 1.022,2 bilhões	Indonésia, Malásia, Filipinas, Cingapura, Tailândia, Brunei, Mianmar, Laos e Camboja.
Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral (SADC ³)	1980	211 milhões	US\$ 286,9 bilhões	Angola, África do Sul, Botsuana, Lesoto, Malavi, Maurício, Moçambique, Namíbia, República Democrática do Congo, Seychelles, Suazilândia, Tanzânia, Zâmbia e Zimbábue.
Mercado Comum do Leste e Sudeste da África (COMESA ³)	1994	385 milhões	US\$ 32 bilhões	Angola, Burundi, República Democrática do Congo, Camarões, Djibouti, Egito, Eritreia, Etiópia, Kênia, Madagascar, Malavi, Ilhas Maurício, Namíbia, Ruanda, Ilhas Seychelles, Sudão, Suazilândia, Uganda, Zâmbia e Zimbábue.

QUADRO 1 - BLOCOS ECONÔMICOS NO MUNDO E NA AMÉRICA LATINA. Dados de 2005, 2007 e 2008

Fonte: Quadro construído com base em Souza (2005); <www.mundogeografico.uol.com.br> e <http://www.ftaa-alca.org/busfac/clist_p.asp>. Acesso em: 26 jan. 2010.

¹Dados de 2008; ² Dados de 2007; ³ Dados de 2005.

* Inicialmente chamado de Comunidade Sul-Americana de Nações – CASA, transformando-se em UNASUL em 2007, na Venezuela, durante a 1º Reunião Energética da América do Sul.

** Em 2006, a Venezuela deixa a CAN para se tornar Estado Parte do MERCOSUL.

*** Apenas em 1994, a APEC adquiriu *status* de bloco econômico, quando seus membros se comprometeram em criar no pacífico uma área de livre comércio. Correspondem, atualmente, a 46% das exportações mundiais.

De acordo com Sader (2009, p. 33), um dos principais problemas da globalização para a periferia estaria relacionado com a reconcentração de renda das burguesias internacionais associadas à desregulamentação dos Estados periféricos, esta última como uma característica de períodos recessivos para a promoção de excedentes.

Desde que o capitalismo passou de seu ciclo longo expansivo do segundo pós-guerra para o seu atual ciclo longo recessivo, a desregulação típica das políticas neoliberais incentivou amplamente a transferência de capitais da esfera produtiva para a especulativa.

Esta passou a aparecer como a desembocadura dos capitais excedentes, característica dos períodos recessivos do capital. O forte processo de reconcentração de renda, resultado da globalização neoliberal, acentuou esse processo de transferência, ao limitar ainda mais a capacidade de consumo da esfera baixa do mercado. (SADER, 2009, p. 33).

No movimento das “irremediáveis contradições” do capital, o capitalismo se reorganiza e se redefine criando novas e cíclicas formas de dominação e de adaptação ao capital. Uma destas formas recentes são as chamadas reformas liberais ou, na visão de Battaglini (1993, p. 16), “[...] plantas produtivas em função das vantagens comparativas”. Acopladas à ideia da globalização, as reformas liberais foram sistematizadas no Consenso de Washington, proposto em 1989 nos Estados Unidos da América (EUA). Assim como a globalização, essas reformas tiveram o seu apogeu na década de 1990 no intuito de melhor adaptação à era da globalização e da internacionalização do capital. “Ainda que cada país esteja vivendo processos internos de reformas, estes se orientam, em geral, para a ordem político-econômica internacional” (STUART, 2002 apud GUIMARAES; GIOVANELLA, 2006, p. 1795). O processo de reforma e a globalização se identificam mutuamente pelo movimento de industrialização espontâneo⁷ do âmbito do pensamento liberal. Soares (2001, p. 19) nos mostra que

O modelo neoliberal que propõe para a América Latina a liberalização comercial e financeira a todo custo entra em aberta contradição com o momento atual de intenso neoprotecionismo nos países centrais. Na realidade, esse modelo de caráter monetarista se reduz à implantação de políticas macroeconômicas que têm por objetivo o equilíbrio da balança de pagamentos (para pagar a dívida externa e as importações) e controlar a inflação através de medidas recessivas. Por outro lado, a suposta integração na economia internacional através dessa liberalização pressupõe que a indústria nacional desses países não só não seria afetada como aumentaria a sua “competitividade” e a sua “eficiência”. Tudo isto seria produto apenas das “forças livres do mercado” e sem interferência do Estado. (SOARES, 2001, p. 19).

Como resultado dessas reformas, a década de 2000 não pôde esquecer o “saque realizado nas economias periféricas por meio do pagamento dos juros da

⁷ Termo utilizado por Sérgio Bittar. In: “Neoliberalismo versus neoestructuralismo em América Latina”. *Revista de la CEPAL*, nº 34, 1988.

dívida, nem abrir mão de realizar um inventário das vítimas que ficaram pelo caminho ou desconsiderar o desalentador despojo de nossas riquezas e o roubo de nossos sonhos” (NOGUEIRA; RIZZOTTO, 2009, p.04, mimeo). Para Boron (2003, apud NOGUEIRA E RIZZOTTO, 2009, p. 4, mimeo), o resultado final mostrado pela história é catastrófico:

Las “reformas” neoliberales fracasaron miserablemente en tres aspectos fundamentales: no lograron promover un crecimiento económico estable; no consiguieron aliviar la situación de pobreza y exclusión social que prevalecía en nuestra región como producto del desplome del modelo de industrialización sustitutiva de importaciones y la crisis de la deuda.

Essas reformas fracassadas na América Latina, realizadas nas décadas de 1980 e 1990, transformaram a região na mais desigual do mundo, ou seja, onde se encontra a maior diferença entre pobres e ricos. Segundo Soares (2001, p. 37-38), em um estudo sobre a magnitude e o perfil da pobreza na América Latina nos anos de 1980, a CEPAL apresenta uma estimativa da pobreza em 1980 e 1986, a partir de um levantamento amostral englobando dez países e compara com os dados da década de 1990: “De acordo com essas estimativas, em 1980 a população em situação de pobreza na América Latina alcançava 41% do total (em torno de 135,9 milhões de pessoas), percentual que se eleva para 43% em 1986 (passando para algo em torno de 171,2 milhões de pessoas)”, com um incremento de 34.3 milhões de pessoas pobres se concentrando quase em sua totalidade nas zonas urbanas, onde a incidência subiu de 30% para 36%. Já em 1990, os dados mostram que 270 milhões de latino-americanos estavam em situação de pobreza, representando 62% da população total. (SOARES, 2001, p. 37-38).

Conclui-se que, entre meados da década passada e início desta, a pobreza acentuou-se, especialmente nos países de maior tamanho econômico e populacional, como é o caso do Brasil, da Venezuela, da Argentina e do México, onde os estudos em desenvolvimento demonstram que aumentou a incidência da pobreza. Uma estimativa para 1990, baseada nos novos antecedentes das pesquisas de domicílio efetuadas pela CEPAL, situa em torno de **196 milhões** a população da América Latina abaixo da linha da pobreza, o que representaria **46%** do total. Dessa forma, a incidência da pobreza teria aumentado, entre 1986 e 1990, em torno de 2,5% (SOARES, 2001, p. 37-38, grifos da autora).

Os miseráveis são gerados nas crises do capitalismo central, no baixo crescimento econômico dos países periféricos, em um Estado mínimo de proteção social e na maior disparidade da apropriação de riqueza produzida. “No Brasil, por exemplo, campeão em desigualdade, os 10% mais ricos ganham 28 vezes a renda dos 40% mais pobres. Esses mesmos 10% mais ricos se apropriam de cerca de 50% da renda total do país, enquanto que os 50% mais pobres detêm apenas 10% da renda do país” (HOFMAN; CENTENO, 2004 apud RIZZOTTO; NOGUEIRA, 2009, mimeo).

Segundo informe do Banco Mundial no dia 12 de fevereiro de 2009 sobre os impactos da atual crise econômica nas populações pobres do mundo, “La crisis financiera se está convirtiendo rápidamente en una crisis humana”. De acordo com suas previsões, 53 milhões de pessoas podem morrer pela situação de pobreza derivada da desaceleração do crescimento econômico em todo o mundo. “Además, se anticipa un duro golpe a los esfuerzos por reducir la mortalidad infantil, ya que podrían morir entre 200.000 y 400.000 bebés más cada año hasta 2015 si persiste la crisis”, mostrando a real dificuldade de se cumprirem os Objetivos do Milênio (ODM). Segundo o presidente do Banco Mundial, Robert B. Zoellick (29 de maio de 2007 até o presente), será necessário criar um Fundo contra a vulnerabilidade social em especial para os países em desenvolvimento: “Mientras que gran parte del mundo pone el acento en rescates de bancos y paquetes de reactivación económica, nosotros no debemos olvidar que los habitantes pobres de países en desarrollo corren muchos más riesgos cuando sus economías tambalean”. A estimativa do Banco Mundial é que “el número de pobres podría aumentar en aproximadamente 100 millones”, dada a magnitude da crise econômica (BANCO MUNDIAL, 2009).

Prácticamente un tercio (29%) del total de países en desarrollo está "muy expuesto" a los efectos que produce la crisis en los niveles de pobreza. Un 62% de ellos está moderadamente expuesto y se enfrenta a la desaceleración del crecimiento o a una pobreza elevada. Menos de un décima parte está poco expuesta, según la nota sobre política”. Entre os países menos atingidos estariam os Estados que compõem o MERCOSUL e entre os mais atingidos pela crise estariam os países que compõem a Associação das Nações do Sudeste Asiático (ASEAN), a Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral (SADC) e o Mercado Comum do Leste e Sudeste da África (COMESA). (BANCO MUNDIAL, 2009, p.01).

Ouriques (2008, p. 17) afirma que, no caso do Brasil,

[...] todos estes desastres produzidos pelo Estado são erros funcionais à ordem estabelecida, que, no essencial, produzem de maneira ampliada a dependência do país e prolongam de maneira cruel o subdesenvolvimento. E a falta de compreensão de que a dependência e o subdesenvolvimento que caracterizam o capitalismo brasileiro é um produto da acumulação em escala global que não pode ser superado dentro da ordem atual, mas apenas reproduzido por ela, faz com que uma ideologia da globalização seja respeitada entre nós como se fosse uma verdade científica somente equiparada ao que representou a descoberta do átomo para o desenvolvimento da física. (OURIQUES, 2008, p. 38).

Segundo Soares (2001, p. 17), “o intenso processo de internacionalização dos mercados, dos sistemas produtivos e da tendência à unificação monetária e financeira que o acompanharam”, de fato levaram à perda considerável da autonomia dos Estados nacionais, fazendo com que os Estados nacionais periféricos sentissem o seu efeito mais devastador. Esse processo levaria a uma diminuição das políticas econômicas e sociais, e não o contrário, como os defensores da globalização pregavam. A partir da década de 1990, com a intensificação da globalização, a integração regional, em especial a dos países pobres, se tornou uma estratégia central para o desenvolvimento econômico e sua sobrevivência quando confrontados com a interdependência econômica mundial. O avanço do capitalismo, através do aumento da rivalidade entre suas corporações gigantes, vai diluindo não apenas as fronteiras econômicas nacionais e homogeneizando os padrões de produção e consumo, mas produz, ao mesmo tempo, profundas desigualdades sociais (SOARES, 2001, p. 17). Esse processo levaria à “tão propalada decadência do ‘estatismo’”, uma vez que o Estado seria a base real da crise do capitalismo, justificando, assim, as reformas neoliberais dos Estados latino-americanos, com perda da autonomia, flexibilização dos direitos trabalhistas, focalização das políticas sociais e adesão ao movimento de globalização.

Segundo Orso (2007, p. 164), entende-se que,

[...] para se compreender o neoliberalismo é preciso analisá-lo numa perspectiva histórica que permita ver o que há de novo no liberalismo, já que, por um lado, o termo indica que há uma ruptura e,

por outro, que ocorre uma continuidade no liberalismo. Para não deixar margem a análises positivistas, de imediato é preciso dizer que a realidade histórica não dá saltos: que a todo o momento é nova, que já não é absolutamente a mesma do momento anterior, mas também que não é totalmente nova. Ou seja, segue sendo liberalismo, todavia não da mesma forma. Quando se utiliza o prefixo “neo”, quer-se dizer que, no movimento da matéria e da sociedade, há continuidade e ruptura. (ORSO, 2007, p. 164).

Toda forma de integração regional é precedida por perdas de soberania. O processo de inicia com as etapas de criação de uma zona de livre comércio, que correspondem a alíquotas zero no comércio entre os países membros; passa, posteriormente, para união aduaneira, com alíquota zero entre os países membros e Tarifa Externa Comum (TEC) com terceiros países, como o MERCOSUL; mercado comum pela livre circulação de mercadorias, capitais e pessoas e até a união econômica, com integração total de mercadorias, capitais e pessoas e com instituições de caráter supranacional e moeda única, como a UE (BEÇAK, 2000, p. 21-25). Todas essas etapas, que visam ao “aumento da produção e da taxa de crescimento; melhor aproveitamento das economias e aumento da concorrência interna e melhoria dos termos de troca do grupo-membro com terceiros países” (GOBBO, 2003, p. 16), implicam necessariamente uma reorganização progressiva do Estado-nação.

As perdas que os Estados nacionais sofreram com as reformas e os processos de integração regional agradaram as classes dominantes locais na medida em que dispensava as elites de “responsabilidades sobre o pesado fardo que recaiu sobre as classes subalternas, com as conhecidas perdas de direitos e conquistas sociais que foram gradualmente sendo suprimidas”. Esse processo foi possível porque, na globalização, a lei do valor se afirma sem mediações estatais como nas etapas anteriores, que, “de alguma forma e sempre de maneira parcial lhes protegem contra a voracidade do capital agora sem obstáculos” (OURIQUES, 2008, p. 38).

A hegemonia burguesa na conformação atual dos Estados Nacionais opera pela mundialização do capital. A expressão ‘mundialização do capital’ é a que corresponde mais exatamente à substância do termo inglês ‘globalização’, que traduz a capacidade estratégica de todo grande grupo oligopolista, voltado para a produção manufatureira ou para as principais atividades de serviços, de adotar, por conta própria, um enfoque e condutas ‘globais’. (CHESNAIS, 1996, p. 17).

É preciso olhar para as singularidades da América Latina e observar a construção histórica nas quais as políticas sociais fincaram suas bases. Nesse sentido, a mera reprodução dos modelos teóricos e dos arranjos institucionais de políticas públicas do modelo social europeu serão sempre insuficientes na explicação e no enfrentamento da questão social nos países latino-americanos (PAIVA; OURIQUES, 2009, p. 122).

Neles, a realidade singular, nos marcos da modernização capitalista, engendra padrões e regulações bastante distintas dos países centrais, distinção esta que repõe, em escala ampliada, as contradições da sociedade de classes e, nessa medida, obstáculos e desafios ímpares para a luta pelos direitos sociais e sua tradução em termos de políticas públicas. (PAIVA; OURIQUES, 2009, p. 122).

A construção de uma integração latino-americana é uma forma de se colocar no mundo, uma sobrevivência, sobretudo para os países periféricos de inserção menos subordinada. Nas últimas décadas observou-se uma nova reorganização econômico-comercial de escala mundial, onde os laços bilaterais tendem a dissolver-se e as relações econômicas não se dão mais entre países, mas em blocos econômicos. “Assiste-se, assim, a uma crescente interdependência mundial, com a redução da capacidade de cada país de influenciar, em seu benefício, a dinâmica do sistema internacional e de defender, de forma irrestrita, seus interesses” (BARBOZA, 1991, p. 15). A ideia de interdependência vem de uma lógica sistêmica de avaliação das dependências entre os Estados-nação e entre os blocos econômicos, intensificados a partir da Segunda Guerra Mundial. “Interdependência, definida em poucas palavras, significa mútua dependência. Na política mundial, interdependência diz respeito a situações caracterizadas pelos efeitos recíprocos entre nações ou entre atores em diferentes nações”, resultando, com frequência, nas transações internacionais de fluxos de dinheiro, mercadorias, pessoas e mensagens através de fronteiras (KEOHANE; NYE, 1989 apud IANNI, 1995, p. 64).

As relações de interdependência sempre envolvem custos, já que a interdependência restringe a autonomia; mas é impossível especificar de antemão se os benefícios de uma relação irão exceder os custos. Isto dependerá da categoria dos autores, tanto quanto da natureza das relações. Nada garante que a relação que designamos de “interdependência” será caracterizada como de mútuo benefício. (KEOHANE; NYE, 1989 apud IANNI, 1995, p. 64).

A América Latina no início da década de 1990 é vista como um problema para os países centrais, dada a crise da dívida externa e o exaurimento do Estado Ditatorial. Com a necessidade de um novo padrão de dominação e com perdas significativas na dinâmica internacional, agrava-se a vulnerabilidade da já deteriorada capacidade de negociação do continente. De acordo com Barboza (1991, p. 17), os principais problemas encontrados nesse período foram estruturais e conjunturais e têm como base a dificuldade de acesso aos mercados dos países industrializados pelos obstáculos das “barreiras não tarifárias, por graduações tarifárias, por medidas tomadas unilateralmente e por uma discriminação operada em favor dos próprios países industrializados”. Outro problema grave se dá em relação às patentes de produção de tecnologia, que tornaram as exportações de manufaturas tradicionais menos competitivas e diminuíram a procura por produtos básicos, mostrando o colonialismo dos países latino-americanos na relação de imposição das modificações nos padrões do comércio, com uma participação cada vez maior dos serviços e das empresas transnacionais, sendo um desafio adicional aos países latino-americanos, que na relação capitalista nunca estarão preparados para participar nos fluxos mundiais de serviços ou beneficiar-se integralmente da crescente transnacionalização da economia. (BARBOZA, 1991, p. 17).

Ainda que grande parte desses problemas persista, a América Latina, na década de 2000, com especial destaque para o MERCOSUL, é vista como um novo empreendimento global. Difundida e incentivada pela Cepal, desde a década de 1960, a integração latino-americana tem agora o desafio de realizar uma integração regional com autonomia em um período histórico de transnacionalização do capital e de interdependência ou de “dependência mútua” entre os Estados-nações. A proposta da CEPAL para a América Latina é de reorganizar e de recolocar o papel dos Estados, visando uma integração produtiva, “abandonando o enfoque de administração burocrática e centralizadora, adotando um esquema que potencialize a orientação estratégica, a regulamentação, o impulso às autonomias e à avaliação de resultados” (GAJARDO, 1999, p. 4).

A integração produtiva no MERCOSUL, baseada no apoio e nas ideias da CEPAL, está explícita no documento “Transformação Produtiva com Equidade”, de 1998. Tanto a CEPAL como os países membros do MERCOSUL compreendem que

a integração é uma forma de se colocar no mundo globalizado, de uma forma mais fortalecida, buscando o “desenvolvimento econômico com justiça social” (MERCOSUL, 2009a). Desde o início, o enfoque teórico utilizado pelos cientistas sociais da CEPAL e pelas correntes de pensamento dos anos de 1950 e 1970 “[...] era fundamentalmente estruturalista, ou seja, ao contrário da análise que procurava mostrar a evolução econômica de diferentes países, procurava pôr às claras as estruturas socioeconômicas que sustentavam as diferenças” (BRYAN, 2006, p. 25). Segundo Rizzotto (2008, p. 3), “o estruturalismo, na vertente cepalina, se orienta pela busca de relações históricas e comparativas, numa perspectiva diacrônica”. Nessa vertente, a CEPAL foi responsável pela incorporação do pensamento de que o crescimento econômico não era ilimitado e de que havia a necessidade de conciliar o crescimento econômico com a justiça social, entendida como um desenvolvimento que desse conta da satisfação das necessidades sociais da população. Com raízes profundas na América Latina, tanto teóricas como práticas, a CEPAL vem orientando às ações de diversos governos nos países da região, em especial na incorporação de suas diretrizes pelo governo Lula no Brasil (RIZZOTTO, 2008, p. 3). A CEPAL, no documento de 1990, identifica que os “países da América Latina apresentam uma ‘competitividade espúria’, baseada na superexploração do homem e da natureza, e propõe a busca de uma ‘competitividade autêntica’, baseada na incorporação do progresso tecnológico” da industrialização interna e da competitividade externa (CEPAL, 1992, p. 80).

Segundo o MERCOSUL, para uma integração produtiva com vistas à consolidação do bloco, as políticas sociais devem contemplar as necessidades de um mercado comum no quesito das “liberdades básicas”, entendidas como a livre circulação de mercadorias, de capitais, de trabalhadores e de liberdade de estabelecimento, sendo a livre circulação de pessoas e de trabalhadores fundamental para a consolidação do bloco. Segundo Jaeger (2003, p. 357 apud DAL PRÁ, 2007, p. 165, grifo do autor), a efetivação de todas as liberdades básicas “é que permitirão[á] a consolidação da integração plena entre os parceiros estatais envolvidos”, dando dinâmica e singular mobilidade às medidas de harmonização às condições desiguais dos Estados-membros e à administração permanente das atividades de produção. Para isso, Gobbo (2003, p. 17) afirma que é preciso compreender “dois elementos de importância: trabalho e capital, dos quais demanda

outro fundamental, o estabelecimento”, o lugar que cada país ocupa no espaço territorial e nas relações de poder intrabloco econômico. No artigo 1º do capítulo I do Tratado de Assunção, responsável pela formação do MERCOSUL em 26 de março de 1991, encontram-se os Propósitos, Princípios e Instrumentos do MERCOSUL, que confirmam esta análise:

A livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos entre os países, através, entre outros, da eliminação dos direitos alfandegários e restrições não tarifárias à circulação de mercadorias e de qualquer outra medida de efeito equivalente; o estabelecimento de uma tarifa externa comum e a adoção de uma política comercial comum em relação a terceiros Estados ou agrupamentos de Estados e a coordenação de posições em foros econômico-comerciais regionais e internacionais; a coordenação de políticas macroeconômicas e setoriais entre os Estados Partes – de comércio exterior, agrícola, industrial, fiscal, monetária, cambial e de capitais, de outras que se acordem -, a fim de assegurar condições adequadas de concorrência entre os Estados Partes, e o compromisso dos Estados Partes de harmonizar suas legislações, nas áreas pertinentes, para lograr o fortalecimento do processo de integração. (MERCOSUL, 2009a, p. 1).

Este primeiro artigo do MERCOSUL define de forma geral o pensamento do MERCOSUL. Cabe ressaltar que a crença nas liberdades básicas, na política macroeconômica e na harmonização de legislações internas tem seu limite dado nas classes antagônicas e na precária distribuição de riqueza gerado no capitalismo. Segundo Cocco (2000, p.139), “a dinâmica está completamente revertida. É a distribuição prévia de renda que pode permitir a universalização dos direitos, dos padrões de consumo e sobretudo da integração produtiva”. É a melhor distribuição de riqueza entre as diferentes classes sociais latinas é que permitirão a consolidação a livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos e não o contrário.

A ideia de integração está baseada na relação de interdependência entre os Estados, mas em uma “interdependência negociada, administrada, pacífica”, que supõe a paz entre as nações dominantes e subordinadas, ou centrais e periféricas, e ao mesmo tempo a autonomia da região (IANNI, 1995, p. 65). Um exemplo disso são os discursos do atual ministro das Relações Exteriores do Brasil, Celso Amorim, que defende a integração entre os países sul-americanos como uma forma de “enfrentamento da crise econômica global” e que a integração “seja aprofundada” na

região. O chanceler discorda de um bloco incluindo os EUA, nos moldes da hoje congelada ALCA (Área de Livre Comércio das Américas). Segundo ele, com as desigualdades dos EUA e Canadá em relação aos demais países, a integração é mais complicada, principalmente por conta das tarifas alfandegárias e de acordos bilaterais. “Embora sejamos do mesmo continente e tenhamos ideais semelhantes, somos países de realidades diferentes. São dois países muito desenvolvidos e um grupo enorme de países em desenvolvimento”, explicou, embora defendendo o diálogo entre América Latina e a metrópole do norte (BRASIL, 2009). Ou, nas palavras do presidente Lula, em visita ao México em agosto de 2007: “Não sejamos colonizados politicamente”, em alusão às relações comerciais do México com a América Latina e do próprio Tratado de Livre Comércio da América do Norte (NAFTA)⁸. (VERMELHO, 2007).

A ideia de integração provém de três principais teorias: a primeira delas pela corrente dos liberais clássicos, que compreende a integração regional como um “desdobramento lógico e automático da economia de mercado. Tido como um processo irreversível, inerente ao avanço do capitalismo mundial, a integração permitiria ganhos sociais e intercâmbio comercial intenso entre os países” (BEÇAK, 2000, p. 17). Assim, o processo de integração econômica estaria, então, refletindo o desenvolvimento das forças produtivas da sociedade mundial. Daí decorreria a necessidade da globalização enquanto compressão do espaço-tempo, encolhimento das fronteiras, reordenação das relações de poder inter-regional, cujos efeitos em um país são sentidos instantaneamente em outro pelo acelerado e imbricado papel do capital financeiro. A integração regional é colocada como uma etapa de aperfeiçoamento e de perpetuação da situação de dependência – interdependência, já que o objetivo final é o acesso aos cobiçados mercados dos países industrializados e não a libertação dos povos latino-americanos.

Outra teoria, numa perspectiva crítica, entende a integração regional, no caso latino-americano, como uma possibilidade do fim da dependência econômica e a possibilidade de uma nova América Latina, emancipada e de convicção anti-imperialista clara. Sua construção se daria por uma nova forma de pensar e de produzir o mundo, o início de uma construção socialista sólida na região. Essa

⁸ Oriundo das siglas: North America Free Trade Agreement.

vertente pode ser visualizada na construção da Alternativa Bolivariana para as Américas (ALBA), fundada em 14 de dezembro de 2004 e, atualmente, composta por nove países: Cuba, Venezuela, Equador, Bolívia, Honduras, Nicarágua, Dominica, São Vicente e Granadinas, Antígua e Barbuda. Convertido em um projeto geopolítico e estratégico da Venezuela e de Cuba, utilizaria a riqueza do petróleo e do gás venezuelano e do excedente de pessoal técnico de Cuba, como professores e médicos, para “espraiar a influência de uma corrente nitidamente antiimperialista na América Latina”, fazendo da ALBA um projeto “gran nacional”, de constituição de uma única e grande nação (VERMELHO, 2007). Essa forma de pensar e de construir a integração regional é o que também defendemos.

O MERCOSUL segue uma linha fundamentada em teoria de convicção neodesenvolvimentista, caracterizada pelo projeto de consolidação de um pólo de países independentes na região da América do Sul. Essa teoria é a mais complexa porque engloba fatores das outras duas teorias. Fortemente orientada pela CEPAL, visa ao desenvolvimento regional com justiça social, entendido como um mercado com equidade. Ela mescla itens das outras duas teorias porque, no limite, não rompe com o capital dos países centrais e nem de suas multinacionais e, portanto, não possui um caráter anti-imperialista claro e visa um modelo de industrialização interna com fortalecimento dos Estados nacionais para uma política de exportação. Dessa forma, o MERCOSUL se fortalece interiormente visando a uma maior independência econômica e a uma melhor inserção na dinâmica capitalista mundial, dentro do processo de extração da mais-valia do capitalismo. O MERCOSUL se fortalece interiormente, objetivando uma maior independência econômica dentro do processo de extração da mais-valia, ou seja, já que a produção da mais-valia é inerente ao crescimento econômico do capital, que ela se dê aqui, que o lucro produzido pelos trabalhadores do MERCOSUL e da América Latina seja usufruído pelos povos latino-americanos e assim se produza uma “transformação produtiva com equidade”. Nessa mesma direção, Guimarães, citado por Barbosa (2009, p.10), compreende que a integração econômica é um:

[...] processo pelo qual se eliminam os obstáculos à circulação de bens, capitais e pessoas entre territórios econômicos que se encontram sujeitos a soberanias distintas, e, portanto, a legislações específicas, elaboradas e implementadas por Estados distintos, refletindo os interesses de classes ou setores hegemônicos

diferentes, que podem ou não ter, mas em princípio têm, um passado mais ou menos remoto de rivalidade, antagonismo e luta.

Assim, no entanto, mesmo que haja o crescimento econômico por aproximações mais equivalentes de troca de mercadorias para uma “transformação produtiva com equidade”, na relação entre o centro e a periferia do mundo na sua forma real e concreta de desenvolvimento capitalista, os países periféricos jamais alcançarão os países chamados desenvolvidos. Marini (2000) explica, por meio da teoria da dependência, que a ascensão da periferia no modo de produção capitalista central tem um limite muito claro, que está dado pelo intercâmbio desigual de mercadorias e pela superexploração do trabalhador, por prolongamento da sua jornada de trabalho e a expropriação de parte do trabalho necessário para a própria reprodução do trabalhador, ou seja, amplia-se a mais-valia absoluta e a mais-valia relativa.

A integração no MERCOSUL tem como objetivo final uma estratégia comum de desenvolvimento econômico para a região e para as burguesias internas de cada país membro. Ao mesmo tempo, com a nova configuração da América Latina em um cenário mais promissor, o MERCOSUL é

primordial, particularmente a partir da proposta dos Estados Unidos da América, de conformação de uma área de livre comércio das Américas, a ALCA. Nunca é demais repetir que o MERCOSUL é, hoje, o único mecanismo de que dispomos de resistência à satelitização da América do Sul” (FIER, 2008, p. 8).

Segundo o Presidente do Brasil, Luiz Inácio Lula da Silva (2002-2010), “nossa integração corresponde a uma política de Estado e está enraizada na vontade de nossas populações. Juntos, somos mais do que a soma das partes”⁹. E continua:

Eu me lembro, e vocês se lembram [presidentes dos Estados do MERCOSUL], na disputa eleitoral aqui, na Argentina, na disputa eleitoral no Brasil, no Paraguai, no Uruguai e na Venezuela, como era nervoso esse Continente, entre Alca e não-Alca. Nós, simplesmente não falamos mais em ALCA, simplesmente a tensão desapareceu. Hoje, quem quiser falar em ALCA, tem que falar

⁹ Discurso do Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, por ocasião do encerramento da XXX Cúpula dos Chefes de Estado do MERCOSUL, Córdoba, Argentina, 21 de julho de 2006.

primeiro em MERCOSUL. Tem que falar em MERCOSUL porque nós, a partir da nossa realidade, queremos construir acordos com todos os países do mundo, mas queremos que a nossa soberania seja respeitada, que a nossa agricultura seja respeitada, que a nossa indústria seja respeitada, e que os nossos países tenham soberania para decidir a hora de fazer, com quem fazer, em função do nosso interesse. Afinal de contas, já faz quase dois séculos que nós deixamos de ser colônia e não queremos voltar a ser colônia. (BRASIL, 2006b, p. 53).

Para concluir, a ideia central da integração no MERCOSUL está na defesa de que:

[...] políticas integradas são particularmente importantes quando se verifica que, em um mundo globalizado, países menos competitivos são muito mais susceptíveis – qualitativa e quantitativamente – aos efeitos causados por choques econômicos, ocasionando intensos prejuízos ao investimento na rede social. Uma motivação importante para a integração, que deve ser baseada na solidariedade, na cooperação, no crescimento conjunto, é justamente o fortalecimento dos países para que possam estar menos vulneráveis às crises externas. (GALLO et alii, 2004, p. 42).

Schilling (1992), no início da criação do MERCOSUL, se questiona se realizaremos aqui uma verdadeira integração ou se toda a América Latina não será integrada, mas anexada de fato aos países centrais em continuidade ao colonialismo aqui enraizado desde que temos conhecimento de nossa história, lembrando que um processo claro de anexação foi o do México aos EUA e Canadá no NAFTA. O autor ainda destaca que essa é a velha discussão dos países centrais em relação aos periféricos: Vamos dividir para reinar ou vamos, neste atual momento do desenvolvimento capitalista, integrar para dominar e explorar melhor? Na atual conjuntura econômica, que permite que o ministro das relações exteriores do Brasil, Celso Amorim, afirme que o G8 morreu -- grupo dos países mais ricos do mundo e a Rússia (FOLHA DE LONDRINA, 2009), a integração regional da periferia do mundo passa por um momento histórico fundamental sobre que caminhos irá tomar. De acordo com Marini (1991, p. 5), “a integração dos países latino-americanos é um pré-requisito indispensável para a um movimento contra-hegemônico”. E defende que

[...] solo así evitaremos que, dispersos y aislados, seamos objeto de anexiones por separado. A ese nivel, y como una manera de concentrar nuestras fuerzas, habrá que recuperar muchas de las

atribuciones estatales votadas a la extinción en los procesos nacionales de reforma del Estado, actualmente en curso. (MARINI, 1991, p. 5).

O discurso do Presidente Lula de autonomia e a ideia central de integração do MERCOSUL baseado no crescimento econômico da região para o fortalecimento do bloco, vem ganhando contornos progressistas, havendo expectativas de fortalecimento do MERCOSUL como uma alternativa anti-hegemônica. Cabe explicitar aqui que mesmo tendo sinais anti-hegemônicos, o MERCOSUL não rompe com a lógica do capital e deixa claro em seus documentos que esta perspectiva não está posta. Ainda que o fortalecimento interno do bloco tenha auxiliado o MERCOSUL na defesa de sua economia contra as crises do capital, numa tentativa que a periferia sentisse menos os seus efeitos, e de alguma forma aumentasse a efetivação da mais-valia internamente e melhoria do desenvolvimento da região por meio de uma troca mais justa de mercadorias e ainda que o trabalhador tenha acesso às possíveis melhorias nas políticas sociais, entre elas a saúde, sem o rompimento da lógica capitalista, o trabalhador permanecerá explorado e expropriado dos meios de produção -- e a lógica da desigualdade social entre ricos e pobres não sofrerá rupturas. Em meio a tantas contradições, quando se analisa as idéias de Marini (1991) e Fier (2008), que avaliam que a integração dos países latino-americanos como pré-requisito para a um movimento contra-hegemônico e o MERCOSUL atualmente como a única forma de resistência respectivamente, é importante explicitar que há de fato apontamentos importantes no MERCOSUL que mostram as contradições do capital, mostrando que o MERCOSUL vem se consolidando como a mais importante forma de integração e poderá propiciar avanços contra-hegemônicos importantes em prol do fortalecimento do bloco econômico.

3. A POLITICA SOCIAL DE SAÚDE NO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO E AS CARACTERÍSTICAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE INTRABLOCO

Ser homem de fronteiras é não ser um ser total, totalizador e totalizante. Uma vez e outra vez fabricamos com verdades que não são, mas passaram a ser por mil vezes pregadas e mil vezes aceitas. Pelo contrário: quero derrubar muros e andaimes, setas obrigatórias e sinais de paragem, inspeções e declarações cheias de cruzinhas e assinaturas incriminatórias, quero que a obra-prima que devo ser não seja limitada por esquadros (e esquadras) e réguas, por meridianos e fusos, sem necessidade de patentear por carimbo colocado na fila em ziguezague de imposições e separações, de passaportes com folhas em branco e que depois são carimbadas: e sempre o mesmo carimbo, e sempre o mesmo gesto, e sempre o mesmo ruído de materializar o gesto: impõe-se quebrar regras e modelos pré-existentes, quero ser o homem feito gente na gente que o outro é [...]. Ser. Ser sempre. Ser sempre gente. Ser sempre gente sem fronteiras. (DANTAS, 2008, p. 97).

3.1 AS AÇÕES SOCIAIS NO MERCOSUL

A primeira iniciativa para criar uma instância encarregada de promover o desenvolvimento social na região surgiu em 1997 com a Secretaria de Desenvolvimento Social, da Argentina, que convocou uma reunião com as máximas autoridades de desenvolvimento social e lutas contra a pobreza dos países membros, promovendo o I Encontro por um MERCOSUL Produtivo e Social (MERCOSUL, 2009c). Nesse encontro, as organizações sociais se reuniram pela primeira vez nos marcos de uma reunião presidencial e formularam as bases da questão social no MERCOSUL (MERCOSUL, 2007).

A partir de 2000, a agenda social do MERCOSUL se amplia pela própria exigência do mercado comum no sentido de resolver problemas sanitários, ambientais e de atenção à saúde humana que possivelmente atrapalhariam a livre circulação de mercadorias, capital e pessoas no interior do bloco econômico, o que altera também o intercâmbio de bens, produtos, investimentos, turismo, negócios e comércio do bloco (LAFOZ, 2008).

Em dezembro de 2000, mediante a Decisão nº 61/2000, aprovada pelos chefes dos Estados Partes do bloco durante a XIX Reunião do Conselho do Mercado Comum (CMC), é oficializada a Reunião de Ministros e Autoridades de Desenvolvimento Social do MERCOSUL (RMADS), com o objetivo de coordenar as políticas de desenvolvimento social e as ações conjuntas para o combate à pobreza na região. O trabalho do RMADS se efetua no Foro de Consulta e Consertação Política do MERCOSUL (FCCP), órgão vinculado ao CMC. O MERCOSUL Social iniciou seus trabalhos efetivamente a partir do ano de 2001 por meio de um espaço institucional para o intercâmbio de “experiências e coordenação política entre os países-membros e associados em matéria de desenvolvimento social. O MERCOSUL social, como é denominada a reunião, originou-se da percepção da falta de coordenação das políticas sociais na região” (MERCOSUL, 2007, p. 24).

Assim, para além da proposta de inclusão de outros países da América do Sul (Chile, Equador, Colômbia, Bolívia e Peru como membros associados e Venezuela em processo de aprovação como membro efetivo) as questões sociais foram sendo incorporadas na agenda política como saúde, educação, meio ambiente etc. Em 2005 lança-se o Programa Somos Mercosul que antecede a I Cúpula Social e que reforça a vontade política dos Estados Parte de incorporar a sociedade civil no processo, diferentemente dos anos anteriores quando acordos comerciais orientavam prioritariamente o caminho da integração. (LAFOZ, 2008, p. 2).

Com o Programa Somos MERCOSUL, durante a Presidência *Pro Tempore* uruguaia, foi criada a Secretaria Permanente do MERCOSUL Social, que, trabalhando em planos bianuais, propõe uma agenda social para o RMADS. A primeira delegação esteve com o Paraguai até 2007. Atualmente, o Uruguai, sob responsabilidade do Ministério de Desenvolvimento Social, é o responsável pela agenda social do biênio 2007-2009 (MERCOSUL, 2009i). Segundo o documento MERCOSUL Social e Participativo (2007, p. 15), “a iniciativa Somos MERCOSUL corresponde ao atual estágio do Bloco, muito mais preocupado com a integração das cadeias produtivas, a superação das assimetrias regionais e a implementação de políticas sociais, sempre com a participação das sociedades civis”, definindo a integração produtiva no MERCOSUL como objetivo final de suas ações.

Em 2006 ocorreram três fatos importantes para a integração social do MERCOSUL: a entrada da Venezuela como Estado Parte¹⁰, a Sessão Solene do Parlamento do MERCOSUL (PARLASUL) e a I Cúpula Social do MERCOSUL. Esta última foi realizada em dezembro de 2006, em Brasília e “constituiu um marco na construção do MERCOSUL cidadão” (MERCOSUL, 2007, p. 14).

A I Cúpula Social, também coordenada pela Secretaria-Geral da Presidência da República do Brasil, resultou da parceria entre as organizações sociais, o Foro Consultivo Econômico e Social, a antiga Comissão Parlamentar Conjunta, hoje Parlamento do MERCOSUL e a Comissão de Representantes Permanentes do MERCOSUL. Nessa reunião estavam presentes mais de 500 representantes dos movimentos sociais da Argentina, do Brasil, do Paraguai, do Uruguai e da Venezuela, tendo como resultado a identificação dos principais pontos pendentes da agenda social do MERCOSUL. A Declaração Final entregue aos presidentes contém importantes sugestões dos movimentos sociais para as políticas a serem implementadas no MERCOSUL, como a consolidação da inclusão social e a democracia; saúde, educação e cultura; meio ambiente, reforma agrária, economia solidária e cooperativismo; investimento produtivo e desenvolvimento social; mulheres, direitos humanos e juventude; livre circulação, previdência social, turismo e esportes e, por fim, segurança pública, descentralização e comunicação social (MERCOSUL, 2007).

Além de identificar os principais itens pendentes da agenda social do MERCOSUL a partir da visão dos movimentos sociais, as propostas visavam à integração pela “maior participação social, o acesso às informações e a divulgação dos documentos oficiais”, como demandas urgentes da sociedade civil. Na declaração final da Cúpula Social em 13 de dezembro de 2006:

Nossas conclusões expressam o consenso alcançado pelas delegações presentes e visam o fortalecimento da agenda social e da participação cidadã no Mercosul. Os movimentos e organizações sociais e populares devem participar e incidir efetivamente no processo decisório do Mercosul. Propomos, para tanto, a continuidade dessas experiências, de modo que as Cúpulas Sociais sejam, a partir de agora, apoiadas pelas Presidências Pro Tempore

¹⁰ A Venezuela neste momento ainda não possuía os plenos direitos de um Estado Parte efetivo, possuía direito a voz, mas não a voto.

como uma atividade permanente do movimento social, sempre realizadas nos marcos das Reuniões Presidenciais do Mercosul. Propomos ainda que os governos apoiem e estimulem a participação direta das organizações da sociedade civil em todos os Subgrupos de Trabalho e nas Reuniões Especializadas do Mercosul, e que sejam criados mecanismos para incorporá-las como observadoras no Grupo Mercado Comum (GMC) e no Conselho Mercado Comum. (CMC). (MERCOSUL, 2007, p. 16).

Em 2007, a dimensão social do MERCOSUL foi fortalecida pela II Cúpula Social do MERCOSUL, realizada em Salvador, na Bahia, e pela criação do Instituto Social do MERCOSUL (ISM), por meio da Decisão CMC nº 03/07, “com vistas a fortalecer o processo de integração e promover o desenvolvimento humano integral”. O ISM tem sua sede permanente na cidade de Assunção e, desde 2008, conta com estrutura e orçamento próprio para seu funcionamento (MERCOSUL, 2009c, p.01).

Dentre os objetivos gerais do ISM, listamos os seguintes: contribuir para a consolidação da dimensão social como eixo fundamental para o desenvolvimento do MERCOSUL, contribuir para a superação das assimetrias, colaborar tecnicamente no desenho de políticas sociais regionais, sistematizar e atualizar indicadores sociais regionais, compilar e trocar boas práticas em matéria social, promover mecanismos de cooperação horizontal e identificar fontes de financiamento. (MERCOSUL, 2009h, p.01).

Outra instância nessa área dentro do MERCOSUL é o trabalho do Sistema Estatístico de Indicadores Sociais (SEIS), que trabalha em conjunto com o ISM. Ainda em processo de construção, o SEIS tem por objetivo harmonizar e monitorar os indicadores sociais do bloco para análise das políticas sociais desenvolvidas nos países. Esse acompanhamento propiciaria a avaliação da situação social ao longo do processo de trabalho e a construção de políticas sociais conjuntas (MERCOSUL, 2007).

A II Cúpula Social do MERCOSUL, por sua envergadura política e representatividade social, revestiu-se de três principais pontos:

1. *A natureza tripartite do Evento* – com propostas conjuntas de governos, organizações da sociedade civil e instituições do MERCOSUL (...);
2. *O modelo de integração*, deixando claro que o denominador comum entre as organizações sociais, os governos e as instituições do MERCOSUL é a defesa intransigente da integração regional;
3. a) Enfrentar os *adversários do MERCOSUL*, cujo grupo é constituído por aqueles que o consideram um desvio de rota, um obstáculo à integração natural com os Estados Unidos da América –

os mesmos setores que defenderam a Área de Livre Comércio das Américas (ALCA) e hoje promovem tratados de livre comércio com os Estados Unidos, aliam-se aos interesses de curto prazo das corporações multinacionais e contam com o apoio dos setores da mídia contrários ao MERCOSUL; b) Enfrentar, também, o desafio de vencer resistências às formas inovadoras de participação social. Para alguns, as organizações sociais e os governos ainda não estão prontos para assumir uma responsabilidade compartilhada, superando diferenças e elaborando uma plataforma mínima de atuação e c) Conviver com os Partidos Parlamentares que apóiam a perspectiva da integração regional, mas que ainda não foram incorporados. (SANT'ANNA, 2009, p. 3-4).

A II Cúpula Social do MERCOSUL foi denominada, pelos seus participantes, como a *Cúpula dos Povos do Sul*. Com a participação de mais de seis mil pessoas, “[...] homens e mulheres de diferentes idades, cores e etnias, chefes de Estado e cidadania, todos voltados para o fortalecimento dos laços políticos, econômicos e comerciais entre os 33 países ali representados” (SANT'ANNA, 2009, p. 1). A discussão da II Cúpula ultrapassou os limites das fronteiras dos países do MERCOSUL e, para além das discussões sobre a consolidação do MERCOSUL, discutiu-se a construção da União das Nações Sul-Americanas (UNASUL) e o avanço em direção a um processo de integração entre latino-americanos,

[...] seja para enfrentar os efeitos da atual crise financeira mundial, seja para fortalecer a voz da América Latina em foros como a Organização Mundial do Comércio (OMC) e a Organização das Nações Unidas (ONU), seja, igualmente, para intensificar a relação do bloco com países mais industrializados e mais ricos. (SANT'ANNA, 2009, p. 1).

Nessa perspectiva, dentre os temas que compuseram o encontro, destacam-se “A Integração Produtiva do Mercosul e a sua Institucionalidade: Marcos Legais e Instrumentos de Apoio – que teve como alvo as microempresas e empresas de pequeno porte”, pelo fato de essas empresas representarem 75% da mão de obra em todo o MERCOSUL (SANT'ANNA, 2009, p. 2).

De acordo com o pensamento cepalino, que orienta as ações em especial do governo Lula, pode-se observar como o Ministério das Relações Exteriores vem ampliando o discurso da consolidação do MERCOSUL para além das políticas econômicas:

Para romper definitivamente o ciclo da pobreza e iniquidade na região, o processo de integração deve ser acompanhado de políticas públicas

para a saúde, a educação, o saneamento básico e a geração de emprego e renda, assim como garantir os princípios democráticos e dos direitos humanos. A maior participação da sociedade, bem como políticas dirigidas às correções das assimetrias regionais, têm sido diretrizes importantes que favorecem o desenvolvimento sustentável e a integração social. (BRASIL, 2009b, p. 1).

Para isso, o MERCOSUL vem ampliando a sua pauta, para que esta contenha o reconhecimento da necessidade da integração e da cooperação entre os países da América Latina, integração associada a uma lista de intenções e de princípios, com os seguintes temas, conforme a Declaração de Salvador, documento que encerrou a II Cúpula Social do MERCOSUL:

1. Cooperação entre os mecanismos regionais e sub-regionais de integração;
2. Crise Financeira Internacional;
3. Energia;
4. Infraestrutura Física;
5. Desenvolvimento Social e Erradicação da Fome e da Pobreza;
6. Segurança Alimentar e Nutricional;
7. Desenvolvimento Sustentável;
8. Desastres Naturais;
9. Promoção dos Direitos Humanos e Combate ao Racismo¹¹;
10. Circulação de Pessoas e Migrações;
- e 11. Cooperação Sul/Sul. (SANT'ANNA, 2009, p. 5).

No texto produzido pelo MERCOSUL em 2007, intitulado “MERCOSUL Social e Participativo: construindo o MERCOSUL dos povos com democracia e cidadania”, são citados os principais avanços da integração na área social. Além do trabalho das cúpulas sociais e do diálogo com os movimentos sociais, o texto também cita avanços: o respeito à legislação trabalhista, pela Decisão nº 32/2006, que visa as “Condições Mínimas do Procedimento de Inspeção do Trabalho no MERCOSUL” e Decisão nº33/2006 “Requisitos Mínimos do Perfil do Inspetor do Trabalho no MERCOSUL”, com prazo para ser implantado nas cidades de Foz do Iguaçu (Brasil), Puerto Iguazú (Argentina) e Ciudad Del Este (Paraguai) até 2010; os planos regionais de inspeção do trabalho e a erradicação do trabalho infantil; a Declaração

¹¹ “À margem dessa Declaração, a Argentina, a Venezuela e o Brasil assinaram um texto próprio condenando o racismo, a discriminação e a intolerância religiosa e reafirmaram o compromisso de fortalecer os mecanismos de promoção dos direitos humanos”. (SANT'ANNA, 2009, p. 5). Outro dado importante foi o lançamento do site *Amizade sem Fronteiras*, e da revista infantil *Monica no MERCOSUL*, que ocorreu no dia 14 de dezembro de 2008, com o cartunista e autor da *Turma da Mônica*, Maurício de Sousa. “Essa revistinha será introduzida, de forma obrigatória, no ensino fundamental de todas as escolas brasileiras, para que as nossas crianças cresçam tomando conhecimento, desde cedo, do MERCOSUL e de seus objetivos e finalidade, como forma de se criar uma nova conscientização nacional” (SANT'ANNA, 2009, p. 3).

Sociolaboral do MERCOSUL, aprovada em 1997, e a Comissão Sociolaboral de 1999, que preveem entre os compromissos do MERCOSUL, a liberdade de associação, a liberdade sindical, o direito de greve e o diálogo social por “mecanismos de consulta permanente entre representantes dos governos, dos empregadores e dos trabalhadores”. (MERCOSUL, 2007, p. 22). Quanto ao Setor Educacional do MERCOSUL (SEM) criado em 1992, destacam-se as escolas bilíngues de fronteira (Português e Espanhol), a promoção de fóruns educacionais no MERCOSUL, concursos histórico-literários “Caminhos do MERCOSUL” e o processo de consolidação do Espaço Regional de Educação Superior do MERCOSUL, com vista ao ensino e à pesquisa “relativos à integração regional nas faculdades de ciências humanas e sociais, científico-tecnológicas, agrárias e ecológicas, de saúde e de artes”; seleção de docentes, estudantes, pesquisadores e gestores; mecanismos de validação de diplomas e o Sistema de Informação e Comunicação do MERCOSUL, coordenado pelo Brasil, com informações das iniciativas educacionais da região¹², entre outros (MERCOSUL, 2007, p. 38). Acerca do MERCOSUL Cultural, o texto traz dados sobre as ações no âmbito da identidade e da diversidade cultural, como a implantação de Casas de Cultura no Paraguai; a criação da Reunião Especializada de Cinema e Audiovisual do MERCOSUL (RECAM) e os projetos “Caixinha de Cinema do MERCOSUL” com pacotes de DVDs educativos para serem distribuídos nas escolas da região e o “Revelando os Brasis”, que é um projeto de inclusão cultural na área audiovisual para apoiar pequenas produções de curta duração no Brasil, “a ser expandida e compartilhada com o MERCOSUL cultural” (MERCOSUL, 2007, p. 43).

Outros temas relevantes para se compreender a integração produtiva no MERCOSUL são as ações de integração socioambiental e de cidadania no MERCOSUL, trazendo o desenvolvimento sustentável na agenda da integração regional, como preocupações sobre o uso adequado do Aquífero Guarani, a biodiversidade da Floresta Amazônica e a implementação de projetos e de campanhas de conscientização pública da Estratégia MERCOSUL de Luta contra Desertificação e os Efeitos da Seca (MERCOSUL, 2007). Além desses, destacam-se os dados sobre a agricultura familiar e o acesso à terra para a redução da pobreza

¹² Para maiores esclarecimentos, ver *site*: <<http://www.sic.inep.gov.br>>.

rural, responsável por 70% da produção de alimentos no MERCOSUL; o sistema de organização social, econômico e produtivo necessita de apoio do MERCOSUL, pois, “[...] além de fazer justiça social e democratizar o acesso à terra, tem extraordinária relevância política, pois reconhece o pequeno agricultor como prioridade na elaboração de políticas públicas em áreas como o crédito agrícola, a assistência técnica e o escoamento da produção rural”. Nessa perspectiva, “a erradicação da pobreza rural merece prioridade e requer a implementação de políticas públicas que permitam gerar crescimento com equidade, inclusão social e garantia da segurança alimentar da população” -- dada a distribuição de renda desigual no continente (MERCOSUL, 2007, p. 52). Os avanços citados nesta área são a Reunião Especializada sobre Agricultura Familiar (REAF), criada em 2004 por iniciativa do Brasil, e o Acordo sobre Bases para o Reconhecimento e Identificação da Agricultura Familiar no MERCOSUL; a implementação de Registros Nacionais da Agricultura Familiar, seguros agrícolas, denominado de “Fundo Seguro de Colheita” no Paraguai em 2008 e também na Argentina – com parceiras público-privadas; o Programa Regional de Fortalecimento Institucional de Políticas de Igualdade de Gênero na Agricultura Familiar do MERCOSUL, cadeias produtivas de interesse da agricultura familiar (tomate, cebola, leite, carne de porco e milho); o Programa Regional de Educação não Formal de Jovens Rurais e a Rede de Instituições Responsáveis por Políticas Fundiárias e de Reforma Agrária do MERCOSUL, com o objetivo de “investigar os processos de concentração, desnacionalização e uso da terra, bem como a situação do acesso das mulheres à terra nos países do MERCOSUL” (MERCOSUL, 2007, p. 52-54).

Por fim, o texto cita a integração da economia solidária no MERCOSUL, que discute temas como o comércio justo e solidário, a recuperação de empresas e o cooperativismo como fator de desenvolvimento local e regional. Definida como uma “[...] política de desenvolvimento e um instrumento de enfrentamento da exclusão e da precarização do trabalho, sustentada em formas coletivas de geração de trabalho e renda e articulada aos processos participativos e sustentáveis de desenvolvimento local” (MERCOSUL, 2007, p. 55). A economia solidária é vista como um importante requisito para a integração produtiva, já que

[...] corresponde ao conjunto de atividades econômicas – produção, distribuição, consumo, poupança e crédito – organizadas sob a forma de autogestão, isto é, pela propriedade coletiva dos meios de produção de bens ou prestação de serviços e pela participação democrática dos membros da organização ou empreendimento nas decisões” (MERCOSUL, 2007, p. 55).

Para esse fim, o MERCOSUL vem promovendo o encontro de Redes e de Feiras de Economias Solidárias no MERCOSUL; a criação da Rede Especializada de Cooperativas (RECM) de 2001; encontros e seminários sobre “comércio justo e solidário”, como o Encontro de Cochabamba, em 2005, que construiu uma pauta comum para os governos e entidades envolvidas no continente; as empresas recuperadas por trabalhadores em autogestão como práticas no Brasil, na Argentina e na Venezuela e pauta constante do SGT nº10. Ainda, como perspectiva a curto prazo, tem-se a ideia de implantar o Sistema de Informação em Economia Solidária (SIES) do Brasil no MERCOSUL. O texto destaca as ações na área da saúde como o controle da dengue, o combate ao HIV/AIDS, a saúde ambiental e do trabalhador, a saúde sexual e reprodutiva, o acesso a medicamentos e o Banco de Preços de Medicamentos, o controle do tabaco, as doações e transplantes de órgãos e o Sistema de Informação e Comunicação em Saúde (MERCOSUL, 2007). As ações na área da saúde, objeto da pesquisa, serão detalhadas na próxima sessão.

No Anexo 1 encontra-se uma síntese sobre as ações sociais do MERCOSUL em cada país de acordo com a origem do financiamento.

3.2 CARACTERÍSTICAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE INTRABLOCO

A heterogeneidade dos sistemas de saúde na América Latina foi identificada por Conill (2006, p. 597) em quatro tipologias diferentes: “modelo público unificado, modelo de contrato público, modelo privado atomizado e o modelo segmentado, no qual se insere a maioria dos países”. O modelo mais frequentemente encontrado na América Latina é o caracterizado pela segmentação de serviços, onde

Um terço da população é beneficiária de algum Instituto de Seguridade Social em decorrência de sua situação ocupacional, um terço depende de serviços do setor público e o outro terço utiliza o

setor privado mediante pagamento direto ou por operadoras de seguro, em expansão na região. Além de variações de cobertura, este modelo levaria à duplicação de ações, dupla vinculação dos profissionais e a um misto público-privado na utilização da assistência com conseqüências adversas, em geral para as classes mais desfavorecidas. (CONILL, 2006, p. 597).

No outro extremo estaria o modelo público unificado, com financiamento e prestação de serviços e administração vertical realizada pelo Estado, com acesso universal e integral a toda a população, como é o caso de Cuba e de Costa Rica. O modelo privado atomizado é encontrado no Paraguai, onde “a maior parcela do financiamento ocorre de forma direta através dos usuários ou através de seguradoras privadas e existem múltiplos prestadores, com pouca ou nenhuma integração funcional”. Esse sistema é caracterizado por um modelo de regulação estatal restrito, elevado gastos privados, grande segmentação no acesso, baixa cobertura de seguros públicos e privados e voltado essencialmente para a atenção médica curativa e na instituição hospitalar (CONILL, 2006, p. 598). Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde -- OPAS (2007), 38,6% da população do Paraguai não possui acesso a serviços de saúde e 81,1 % da população não possui cobertura de seguridade social ou seguros privados. Isso explicaria a migração intensa para o Brasil na procura de cuidados de saúde. As principais causas de exclusão social em saúde no Paraguai, definidas pela OPAS, em 62% dos casos se dá pela origem étnica da população relacionada à fala monolíngue em guarani (o que dificultaria a comunicação entre a população e os serviços de saúde e o controle social), 53% estariam relacionadas a barreiras ao acesso pela falta de serviços públicos diversos (como eletricidade e saneamento básico) e 47% da exclusão está relacionada com a oferta insuficiente de serviços de saúde. O Paraguai, junto com Equador, Guatemala, Haiti, Honduras, Jamaica e Nicarágua, são considerados, pela OPAS (2007), os países que mais apresentam precariedade em seus sistemas de saúde e os piores indicadores de saúde da região e, não por acaso, são também os países mais pobres.

3.2.1 A Argentina

Na Argentina prevalece o modelo de atenção chamado por Conill (2006), de modelo segmentado. A diferença com a atenção da saúde no Paraguai são as ações “Corporativas”, divididas de acordo com os diferentes grupos de trabalhadores e empregadores e suas distintas contribuições fiscais¹³. Chamadas de Obras Sociais e sob regulação estatal, essas instituições ofereciam cobertura de diversos tipos, sendo corrente a expressão “Obras Sociais ricas e Obras Sociais pobres” (BERMARTINO, 1995 apud CONILL, 2006, p. 598). Desde 1991, ano de fundação do MERCOSUL, o Ministério da Saúde argentino iniciou um processo de descentralização hospitalar, definindo suas ações de forma consensuada com as províncias no sentido de incrementar as políticas de atenção básica com “adscrição de clientela e melhoria no acesso” e programas de distribuição de medicamentos assegurados (CONILL, 2006, p. 598).

Em 1997, na Argentina, implantou-se o Plano Médico Obrigatório (PMO), oferecido tanto pelo setor público como pelo privado, com incentivo à competição entre eles pelo Estado e “liberdade” de escolha para os beneficiários (CONILL, 2006). Apesar de não possuírem locais de ofertas de serviços próprios, os PMOs são responsáveis pela cobertura de 47% da população, garantindo a prestação do cuidado por serviços privados ou por hospitais públicos. “Não houve migração importante de pacientes entre as Obras Sociais, mas o PMO parece ter favorecido melhorias nas coberturas com o fortalecimento de redes de atenção primária e centros orientados para a medicina de família” (FINDLING et alii, 2002 apud CONILL, 2006, p. 598). O serviço de caráter estritamente público teria um papel importante na prestação de serviços hospitalocêntrico, no atendimento de “indigentes, beneficiários das Obras Sociais, pacientes privados, emergências, além de cumprir funções de ensino”. Apesar de o crescimento do setor privado ser expressivo na Argentina, o setor público segue sendo “o maior prestador de serviços

¹³ Este sistema de Obras Sociais lembra os antigos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) existentes no Brasil, caracterizado como modelo médico-assistencial privatista, ou modelo biomédico, que centraliza a ação em saúde na figura do médico e na ação curativa. No Brasil, esses institutos foram gestados pela história da integração da Previdência Social com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), no período de 1930 a 1960, até sua unificação em 1966, culminando com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). (MENDES, 1996).

de emergência, psiquiátricos e para doenças crônicas” no país” (CONILL, 2006, p. 598).

3.2.2 O Brasil

De acordo com a classificação de Conill (2006), no Brasil encontra-se o modelo de contrato público, mostrando-se na universalização do acesso à saúde, no financiamento público com alocação de recursos e uma diversificada ação dos prestadores em função de critérios de produtividade e de qualidade. Na forma de contrato público, o sistema comporta três subsistemas: o Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema de Atenção Médica Supletiva (SAMS) privado, que atua de forma complementar ao SUS segundo a Constituição de 1988 e sob a coordenação do Estado por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o Sistema de Desembolso Direto (SDD), onde há o pagamento particular de cada indivíduo ao atendimento em saúde privada (MENDES, 2001 apud CONILL, 2006).

Segundo a OPAS (2007, p. 323), os serviços públicos de saúde no Brasil são responsáveis por 80,4% de cobertura exclusiva, relacionados principalmente a cuidados básicos, com 68,4% de cobertura ao Programa de Saúde da Família. Sobre a atuação da assistência privada, a OPAS (2007) relata que 19,6% da população brasileira possui cuidados Médicos Suplementares, sendo 14,4% de planos coletivos de empresas privadas e 5,2% de planos individuais e familiares e apenas 3,8% possui cuidados Odontológicos Suplementares. Cabe lembrar que os beneficiários dos seguros privados no Brasil mantêm o direito integral de cobertura pelo SUS e parte desta população coberta pelos planos de saúde privados recorrem ao SUS para atendimento em saúde de alta complexidade e alto custo, como transplantes, tratamento de HIV/AIDS e fornecimento de materiais farmacêuticos (OPAS, 2007).

O Sistema Único de Saúde Brasileiro, o SUS, é destaque na América Latina “por ter conseguido unificar a cobertura dos serviços dos beneficiários do seguro social com o restante da população não inserida no mercado formal de trabalho” (CONILL, 2006, p. 599). A Constituição Brasileira de 1988, chamada de “Constituição Cidadã”, mostra a importância de um país periférico, como o Brasil, ter

a garantia da saúde como um direito social de todos e dever do Estado, sobre os pilares de um sistema público de responsabilidade da Federação, descentralizado, universal, participativo e de atenção integral. Ocorre, no entanto, que a ausência de financiamento suficiente de acordo com a universalidade do acesso favoreceu o crescimento de modalidades de seguro saúde privado, em especial na década de 1990, onde os Sistemas Supletivos de Saúde obtiveram um crescimento de 400%. Esse período de reformas no setor da saúde tem como pano de fundo a crise econômica da década de 1980 e os processos de ajustes fiscais, de abertura comercial, de privatização e de desregulamentação do Estado orientados pelo Banco Mundial, cujos informes recomendam aos países de periferia a adoção de um Sistema de Saúde em que seja responsabilidade do Estado apenas a universalização da assistência básica, produzindo seus próprios serviços ou fazendo parcerias com Organizações Não Governamentais (ONGs). A assistência especializada e com grande incorporação tecnológica seria prestada pelo setor privado, financiada preferencialmente por Seguro Saúde do tipo pré-pagamento de serviços, com incentivo explícito ao setor privado para que ele atue no nível secundário e terciário de assistência médica (CARNEIRO; ROCHA, 2005; CONILL, 2006; COHN; ELIAS, 2003). Segundo a OPAS,

Entre as tendências mais predominantes características dos sistemas de saúde da Região estão a segmentação dos serviços, a deficiência das políticas de financiamento da saúde, a destinação deficiente de recursos de saúde e a insistência na assistência terciária e individual, sacrificando a assistência primária e pública. As reformas no setor de saúde iniciadas na década de 1990 em realidade debilitaram a posição dos Ministérios de Saúde, ao deteriorar sua capacidade de assumir a liderança do setor e executar suas funções essenciais da saúde pública. (OPAS, 2007, p. 428).

3.2.3 A Colômbia e o Chile

Os sistemas de saúde que mais sofreram com as reformas na América Latina foram os Estados associados do MERCOSUL, a Colômbia e o Chile. Em 1993 é criado, na Colômbia, o “Sistema General de Seguridad Social em Salud (SGSSS)”, que visava aumentar a cobertura por meio dos Planos Obrigatórios de Saúde (POS), um regime contributivo e outro subsidiado que deveriam ter coberturas semelhantes

no futuro. Em um modelo claramente segmentado, havia, até o ano de 2001, 26% de filiados ao regime subsidiado, 30% ao regime contributivo e 40% não filiados, não ocorrendo a unificação prevista para os planos de benefícios de saúde naquele país (CONILL, 2006, p. 601). Antes da reforma, a prestação de serviços para a população trabalhadora e seus familiares estava a “cargo do Instituto de Seguro Social e de Caixas de Previdência, o setor público oferecia assistência para a maior parte dos usuários por intermédio de sistemas municipais, e uma parcela menor recorria ao setor privado” (GUIMARÃES, 2001 apud CONILL, 2006, p. 600).

No Chile, a situação de saúde é ainda mais complexa. Nos anos 1950, de forma absolutamente inovadora no continente, o Chile cria o Serviço Nacional de Saúde (SNS), responsável pela assistência curativa de indigentes, de trabalhadores formais e de serviços de prevenção de forma universalizada por meio de uma rede de atendimento distribuída em treze zonas de saúde. Nos anos de 1970, o SNS cobria a maior parte da população e detinha o maior número de leitos. Essa situação muda com o golpe militar (1973 – 1990), que privatiza o sistema de saúde chileno. Atualmente a saúde no Chile é um “mix público privado”, com dualidades no financiamento e na prestação dos serviços e baixa autonomia na regulação dos serviços de saúde por parte do Estado. Está dividida em três modalidades:

Modalidade Institucional – atenção prestada nos serviços próprios do Serviço Nacional de Serviços de Saúde – SNSS com co-pagamentos ou bonificações segundo classes de renda; **Modalidade de Livre Escolha** – com ordem de atendimento, o usuário escolhe a clínica ou o hospital, com co-pagamento conforme o nível; **Modalidade ISAPRES**¹⁴ - com a possibilidade de modulações nas coberturas mediante pagamentos complementares. (CONILL, 2006, p. 602, grifo nosso).

O Quadro II mostra as principais características dos sistemas de saúde dos países membros e dos associados do MERCOSUL.

¹⁴ Instâncias gestoras privadas denominadas de “Instituciones de Salud Previsional” (CONILL, 2006, p. 602).

CARACTERÍSTICAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE	ARGENTINA	BRASIL	PARAGUAI	URUGUAI	VENEZUELA	CHILE	COLÔMBIA
ORGANIZAÇÃO	Ministério da Saúde e Bem-Estar Social/ Seguros Públicos (Obras Sociais) Seguros Privados / Plano Médico Obrigatório (PMO)	Ministério da Saúde / Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) / Sistema Único de Saúde (SUS) / Sistema de Atenção Médica Supletiva (SAMS)	Ministério da Saúde / Instituto de Previdência Social (IPS)	Ministério da Saúde e Administração de Serviços de Saúde do Estado (ASSE)	Ministério da Saúde / Instituto Venezuelano dos Seguros Sociais (IVSS)	Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (ISAPRE) / Sistema Geral de Garantias Explícitas (AUGE)	Ministério da Saúde e Bem-Estar Social/ Superintendência Nacional (SUPERSALUD) / Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS) / Plano Obrigatório de Saúde (POS)
ACESSO/ COBERTURA	37,4% público 51,2% Seguridade Social 7,9% privado 3,2% população com dupla cobertura de seguros privados ¹	80,4% público (SUS) com cobertura de 98% na atenção básica e 68,4% na ESF ... 19,6 planos privados coletivos; 14,45 planos privados individuais; 3,8% planos privados odontológicos ³	35% a 42% público 18,4% Seguridade Social pelo IPS 7,0% privado 38,6% sem acesso e 81,1% sem cobertura de seguro social ou seguro saúde privado ⁴	45,3% público 45% Seguridade Social – mutuais 7,6% regime especial para as forças armadas e policia 1,8% privados de cobertura integral ⁴	65,6% público oferecido pelo IVSS e 73% oferecido pelas Missões Periferia na Atenção Básica 34,4% pela seguridade Social no IVSS 30,0% público e privado ⁶	100% garantidos pelo plano de Acesso Universal de Garantias Explícitas (AUGE) de provisão pública e privada 68,3% Fundo Nacional de Saúde (FONASA) pela Seguridade Social 12,8% Sem cobertura ou associados a outros mecanismos privados ⁷	29% público 67,1% Seguridade Social (32,8% - regime contributivo; 34,3% segurados privadas: empresas promotoras de saúde (EPS) regime subsidiado 3,9% regimes especiais para as forças armadas, Polícia e trabalhadores petroleiros ⁸
POPULAÇÃO TOTAL ¹⁰	39, 53 milhões	191,79 milhões	6,13 milhões	3,44 milhões	27,66 milhões	...	...

REGIÃO/ INTERNO BRUTO (PIB EM MILHÕES DE US\$)⁴	Ministério da Saúde e Bem-Estar Social / descentralização para as províncias	Ministério da Saúde com gestão descentralizada nos municípios	Ministério da Saúde	Ministério do Poder Popular para a Saúde	Ministério da Saúde	Ministério da Saúde / descentralização para as regiões	Ministério da Saúde e Bem-Estar Social/ Superintendência Nacional (SUPERSALUD) competição regulada
GASTO PÚBLICO SOCIAL PER CÁPITA EM US\$³	1284	678	115	1072	489	764	268
ORGANIZAÇÃO/ GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE COMO PERCENTUAL DO PIB	Atenção Primária em Saúde (APS) em alguns municípios / mix público-privado	Rede Pública com Atenção Primária em Saúde (APS) como porta de entrada do sistema/mix público-privado/ diversidade de prestadores com especialização na rede privada	... 2,3% ⁴	Rede Pública com Atenção Primária em Saúde (APS).	Atenção primária tendo como porta de entrada os consultórios populares e ambulatorios existentes, tanto do Ministério do Poder Popular para a Saúde da Venezuela, como do IVSS. Atenção secundária e terciária oferecida pelos Centros de Diagnóstico Integral (CDI), Centros de Alta Tecnologia (CAT), Salas de Reabilitação Integral (SRI), Clínicas Populares (CP) e hospitais do povo e hospitais especializados, para impositos, parcerias com Cuba que financiam o trabalho diagnóstico, tratamento e reabilitação dos médicos em troca de barreiras de fragmentação dos serviços e do pagamento diretos.	Atenção Primária em Saúde (APS) nos municípios / mix público-privado	Empresas Promotoras de Saúde (EPS)/ mix público-privado
TAXA BRUTA DE NATALIDADE/1000 HABITANTES⁴	18	20,6	26,9	16 ...	22,2	...	...
MORTALIDADE INFANTIL/1000 NASCIDOS VIVOS⁴	15,18	24,86	25,63	11,95	70,9	...	...
EXPECTATIVA DE VIDA - MÉDIA GERAL⁹	71,6	68,8	69,7	72,8	70,9	...	...
HOMENS	75,3	72,4	71,8	76,4	76,8	...	...
MULHERES	79,1	76,1	73,9	79,9	76,8	...	...
FINANCIAMENTO	Contribuições, impostos, seguros privados, pagamentos diretos	Impostos, seguros privados, pagamentos diretos.	Impostos	Impostos	Impostos, parcerias com Cuba que financiam o trabalho diagnóstico, tratamento e reabilitação dos médicos em troca de barreiras de fragmentação dos serviços e do pagamento diretos.	Contribuições (públicas e privadas), impostos, pagamentos diretos	Contribuições, impostos e pagamentos diretos.
PROBLEMAS/ TENDÊNCIAS	Sistema extremamente segmentado e	Diferenças de qualidade nos subsistemas	País com altos índices de pobreza e desemprego e	...	...	Desigualdade/ recuperação da capacidade	Brecha de cobertura com aumento dos

	com conseqüente fragmentação interna.	público e privado/ Estratégia Saúde da Família.	dificuldades com o recolhimento de impostos para promover políticas de saúde públicas.		acaba gerando grandes conflitos na gestão e prestação dos cuidados.	instalada e da legitimidade do setor público, integração e equidade.	custos.
--	--	---	--	--	--	--	---------

Fonte: Baseado em OPAS (2007); Conill (2006); Lafoz (2008); Martinez (2009). ¹ Dados de 2001, ² Dados de 2002-2003 (era 14 e 15)., ³ Dados de 2003-2006, ⁴ Dados de 2005, ⁵ Dados sem especificação de ano, ⁶ Dados de 2000-2005-2006, ⁷ Dados de 2003, ⁸ Dados de 2004, ⁹ Dados de 2006, ¹⁰ Dados de 2007.

QUADRO II. CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DOS PAÍSES DO MERCOSUL. DADOS DE 2001 a 2007.

3.2.4 A Venezuela

Na Venezuela, assim como nos outros países, as reformas liberais dos anos 80 e 90 do século XX também atingiram as políticas sociais, favorecendo a exclusão das classes sociais pobres, o elitismo e o desmonte do sistema público de saúde com a aplicação de políticas de privatização e de descentralização, que aniquilaram as possibilidades da manutenção dos hospitais públicos, substituídos pelo rentável mercado das clínicas privadas (JARDIM, 2009).

O Sistema Público Nacional de Saúde (SPNS) venezuelano, atualmente em processo de consolidação, teve suas últimas mudanças direcionadas “à integração das diferentes instituições prestadoras de serviços de saúde, com a finalidade de dar um atendimento oportuno, de qualidade e de forma eqüitativa a toda a população” (MARTINEZ, 2009). Essas mudanças se iniciam a partir de 1998, quando medidas para garantir o direito à saúde, o acesso e a integração dos serviços de saúde a todos os venezuelanos foram tomadas. A primeira forma de organizar a saúde na Venezuela nesse momento foi a

[...] implementação do modelo de atenção integral cujos objetivos eram reorganizar a atenção médica em seus três níveis e em suas relações, desde o interior das instituições existentes e com os trabalhadores da saúde; desenvolver a história clínica unificada e o Sistema de Informação do Modelo de Atenção Integral (Sismai); e eliminar a cobrança em ambulatórios e hospitais públicos, paralisando, em parte, o processo de privatização da saúde que vinha se desenrolando. (MARTINEZ, 2009, p.01).

Em 2000 inicia-se o Plano Bolívar, de cooperação cívico-militar, que buscava aumentar o acesso da população às ações de atenção à saúde, desde as preventivas, como as vacinações gratuitas, até as intervenções cirúrgicas. Em 2002, considerando a saúde como parte indissociável do desenvolvimento humano integral, é desenhado o Plano Estratégico Social, que permitiu avançar na concepção do sistema de saúde. “A idéia era partir das necessidades da população, decorrentes do não cumprimento dos direitos consagrados na Constituição, cujo enfrentamento exigia um esforço intersetorial e social” (MARTINEZ, 2009, p.01). Em 2003, como experiência piloto nos municípios Libertador (de Caracas) e Sucre (do Estado Miranda), é criada a Misión Barrio Adentro, pelo acordo de cooperação entre Cuba e Venezuela. “Quarto maior exportador mundial de petróleo, a Venezuela

envia 53 mil barris de sua produção diária à ilha. Em contrapartida, a ilha não apenas envia médicos e medicamentos ao país governado por Hugo Chávez, como também auxilia nos programas de alfabetização”. Essa parceria é o eixo articulador das políticas sociais e base fundamental do SPNS (JARDIM, 2009, p. 1). A iniciativa, que inicialmente se chamava Plan Barrio Adentro e, posteriormente, Misión Barrio Adentro, foi desenvolvida “por médicos cubanos que viviam nas comunidades e prestavam atenção primária em saúde à população, não surgiu como política oficial, mas como resposta da Prefeitura de Caracas e das comunidades organizadas de uma das zonas mais empobrecidas do país” (MARTINEZ, 2009, p. 1). Como Misión Barrio Adentro, passou a ser implantada nacionalmente e visa contribuir com a consolidação do SPNS conformado por uma rede de atenção com três níveis:

[...] o primeiro, no qual estão os consultórios populares e ambulatorios existentes, tanto do Ministério do Poder Popular para a Saúde da Venezuela, como do Instituto Venezuelano dos Seguros Sociais, é considerado a porta de entrada principal do sistema; o segundo, formado pelos Centros de Diagnóstico Integral (CDI), Centros de Alta Tecnologia (CAT), Salas de Reabilitação Integral (SRI) e Clínicas Populares (CP), será dotado de capacidade resolutiva para o diagnóstico e tratamento ambulatorial especializado; e o terceiro, formado pelos hospitais do povo e hospitais especializados, caracteriza-se pela capacidade de internação, diagnóstico, tratamentos e reabilitação (MARTINEZ, 2009, p. 2).

Na tentativa de se diminuir a iniquidade dos países do bloco, surge o Fundo para a Convergência Estrutural do MERCOSUL (FOCEM), destinado a financiar projetos em benefício das economias menores do MERCOSUL. Em operação desde 2006, constitui o primeiro instrumento financeiro do bloco com o objetivo de contribuir para a redução das assimetrias. Está integrado por contribuições financeiras dos Estados Partes -- não reembolsáveis -- no montante anual de US\$ 100 milhões (MERCOSUL, 2009h). Segundo o *site* do MERCOSUL Social (2009), “em 10 anos de duração, o FOCEM tornará disponíveis recursos totais de quase US\$ 1 bilhão”. Para completar os 100 milhões, as contribuições dos Estados Partes foram estabelecidas segundo as seguintes percentagens: Argentina: 27%, Brasil: 70%, Paraguai: 1% e Uruguai: 2% e repassados para os Estados Partes de acordo com suas maiores necessidades, ficando 48% dos recursos para o Paraguai, 32% para o Uruguai, 10% para a Argentina e 10% para o Brasil. “O Fundo permite que os

benefícios sejam obtidos de forma inversamente proporcional às contribuições realizadas” (MERCOSUL, 2009h)¹⁵.

Os objetivos do Fundo são promover a convergência estrutural; desenvolver a competitividade; promover a coesão social, em particular das economias menores e regiões menos desenvolvidas, e apoiar o funcionamento da estrutura institucional e o fortalecimento do processo de integração. (MERCOSUL, 2009h).

3.3 A SAÚDE NAS FRONTEIRAS DO MERCOSUL – UM MODELO BRASILEIRO

Apesar de o processo de integração ser relativamente lento, especialmente no que se refere às políticas sociais do MERCOSUL, devido às características intrínsecas dessas políticas e às harmonizações das economias de cada país que necessitam ser construídas ao longo do tempo, isso “não influencia o fato de que gestores das fronteiras já compartilham ações e que populações que se deslocam diariamente utilizam-se de serviços em países vizinhos. Nesse caso, a realidade cotidiana se impõem às restrições legais” (GALLO et alii, 2004, p. 42). Segundo o autor, a imposição de uma solução conjunta é particularmente visível no setor saúde, uma vez que:

Doenças comunicáveis e desastres sociais não respeitam fronteiras; estruturas de média e alta complexidade demandam organização de entrada e escala de uso; diferenciações no padrão de qualidade e no escopo da atenção ofertada estimulam migrações para usos de serviços nos países vizinhos; utilização dos serviços por parte de populações estrangeiras à nação ofertante, representada pelo fluxo informal da demanda, geram sub-registros e dificuldade de planejamento das ações; peculiaridades das fronteiras, como, por exemplo, a magnitude da população móvel marcada pelo tráfico, prostituição, contrabandos, deslocamento de caminhoneiros, impactam substancialmente a saúde da população; e o caráter de intersetorialidade da saúde torna-a afeta ao desenvolvimento e qualidade da infra-estrutura de demais setores (saneamento, educação, condições de trabalho, voz política, etc.). (GALLO, 2004, p. 42).

¹⁵ A Venezuela ainda não foi contemplada no FOCEM.

É histórica a vulnerabilidade da população fronteiriça. O que se observa é que uma população que responde a dois governos não é governada por ninguém. Dadas as características do setor saúde, quando o município vizinho é também de país vizinho, o planejamento conjunto das ações de saúde se mostra eminente (GALLO et alii, 2004). Ainda que esse processo venha se modificando em todo o MERCOSUL e não apenas em relação às fronteiras, as questões de saúde imbricadas à economia do bloco apresentam-se de forma mais concreta nas ações sobre a comercialização de produtos para a saúde, seguindo as ações de vigilância sanitária e de assistência nos serviços de saúde do bloco. Dain (2004 apud GALLO et alii, 2004, p. 43) relata que a “harmonização de protocolos e ações de vigilância não serão necessariamente, convergente com a organização dos serviços” de atenção a saúde. As ações de vigilância sanitária respaldam os interesses de cada país, principalmente sobre o nível de sanidade das mercadorias e o controle de epidemias, mas não melhoram a saúde da população em relação à oferta de serviços.

Gallo et alii (2004) e Dal Prá et alii (2007) afirmam que um bom começo para o êxito no processo de harmonização das ações de saúde regionais é paralelo à necessidade de se organizar a saúde nas fronteiras. A preocupação com a população fronteiriça presente nos documentos do MERCOSUL é em relação à falta de organização dos serviços de saúde sobre a atenção em saúde, ou seja, o atendimento dessa população desassistida e a falta de controle das ações em vigilância em saúde, tanto em relação à não produção de dados e indicadores de saúde corretos como ao não controle nas doenças transmissíveis e das ações sanitárias nos locais de trabalho. Esse processo leva a subnotificações e a um não controle e a uma não continuidade das ações em saúde, já que não existe um sistema de referência e de contrarreferência entre os países. Dal Prá et alii (2007) salientam ainda outro problema, como as questões a respeito da garantia dos direitos e ao exercício da cidadania da população fronteiriça, devido à ausência da titularidade formal do direito à saúde garantido pela Constituição Federal Brasileira. Não há, na Constituição Brasileira, uma barreira específica ao atendimento de saúde a estrangeiros, pois a legislação prevê apenas assistência emergencial de saúde à essa população (BRASIL, 1988). Esse fato tem sido marcado pelo trânsito expressivo de pessoas vindas do Paraguai, da Argentina e do Uruguai em busca de

serviços de saúde pública no Brasil e, portanto, pressionando os gestores dos municípios a atenderem a essas demandas em saúde sem condições técnicas e recursos financeiros provenientes do MERCOSUL e de maneira descontínua e fragmentada (DAL PRÁ et alii, 2007, p. 164).

Sabendo que as doenças e as epidemias não respeitam fronteiras geográficas, a imigração entre os países na procura de serviços de saúde principalmente em relação ao Brasil é considerada um sério problema a ser resolvido pelo MERCOSUL e, em especial, pelo Brasil nas cidades fronteiriças (DAL PRÁ et alii, 2007). O Brasil possui fronteira seca com 10 países da América Latina. Nos Estados Partes do MERCOSUL, o Brasil possui com a Argentina, o Paraguai e o Uruguai, 3.694,8 km de fronteira e, com a Venezuela, 2.199 km, perpassando seis Estados fronteiriços: Amazonas, Roraima, Mato Grosso do Sul, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, o que corresponde a 74 municípios brasileiros de fronteira, sendo que 81,8% deles possuem menos de 30 mil habitantes (BRASIL, 2006a).

O Brasil, como o país com a maior economia da região, possui maiores responsabilidades com a saúde da população fronteiriça no MERCOSUL e na América Latina em relação aos países considerados mais pobres. O Sistema Único de Saúde (SUS) é o mais desenvolvido quando se trata de acesso ao atendimento de saúde por parte da população, sendo o maior sistema de saúde universal do mundo. A curto prazo, a integração regional no campo da saúde poderá piorar a realidade de saúde da população brasileira pelo aumento do fluxo de pessoas. Isso, contudo, poderá contribuir para uma melhor organização dos serviços de saúde nos outros países e também no Brasil, já que o Brasil vem atendendo a uma demanda reprimida dos países mais pobres, em especial a população do Paraguai e da Argentina. O Ministro da Saúde do Brasil, José Gomes Temporão, em reunião do Conselho de Saúde Sul-Americano, realizada em abril de 2009, em Santiago, no Chile, com a presença dos representantes de 12 países da União das Nações Sul-Americanas (UNASUL)¹⁶, ressalta a necessidade de se criarem redes locais de

¹⁶ “Os ministros de Saúde sul-americanos firmaram um acordo de cooperação no qual as autoridades lembram que a dengue “pode afetar qualquer um, pois não há vacina nem medicamento para a sua prevenção”. Os países pretendem formar uma espécie de escudo epidemiológico e construir um

saúde e a importância do acesso aos serviços de saúde nas fronteiras: “Os sistemas são heterogêneos e, com exceção do Brasil, é comum que os migrantes não sejam acolhidos” (FOLHA DE SÃO PAULO, 2009).

Com vistas a resolver o problema da saúde nas fronteiras, está em curso o Sistema Integrado de Saúde, chamado de SIS-Fronteira. Esse sistema visa a:

Racionalização da oferta que poderá ser planejada e reorganizada de acordo com a territorialidade; a especialização do sistema de acordo com a expertise característica de cada região envolvida; a regulação das relações e ações hoje existentes; a definição da forma e critérios de ressarcimento pelo uso compartilhado do sistema; a abertura de novas possibilidades de financiamento; aumento do impacto das políticas na busca de objetivos comuns; e impressão de transparência na definição de nortes e em sua gestão incrementando a participação social e cooperação entre os Estados membros do Mercosul. (GALLO, 2004, p. 45).

O projeto instituído pela Portaria GM/MS nº.1.120, de 6 de julho de 2005, alterado pela Portaria GM/MS 1.188, de 5 de junho de 2006, foi lançado primeiramente em Uruguaiana/RS em 10 de novembro de 2005. Tem como objetivo “contribuir para a organização e o fortalecimento dos sistemas locais de saúde nos 121 municípios fronteiriços, bem como promover a integração de ações e serviços de saúde na região da fronteira” (REZENDE et alii, 2008, p. 156-157).

Em parceria com as Universidades Federais e o Ministério da Saúde do Brasil, o SIS-Fronteira foi elaborado em três etapas: Fase I - corresponde à “realização do diagnóstico de Saúde quali-quantitativo e elaboração do Plano Operacional”, com apoio das universidade na “identificação da população a ser contemplada nos serviços de saúde; as demandas existentes, a capacidade instalada; os fluxos de assistência; o perfil epidemiológico, sanitário e ambiental em saúde”. O plano operacional fará parte do Plano Municipal de Saúde, sendo validado pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) e Comissão Intergestora Bipartite (CIB) estadual; Fase II – corresponde à “Qualificação da Gestão, de serviços e ações, e implementação da Rede de Saúde nos municípios fronteiriços”. Nessa etapa são

plano integrado de ação para ser colocado em vigor a partir do próximo verão. Neste ano, até o dia 7 de março, foram notificados 114.355 casos da doença no Brasil – queda de 28,6% em relação ao mesmo período em 2008. Na Argentina já há, em 2009, mais de 5 mil casos registrados e, na Bolívia, cerca de 50 mil” (FOLHA DE SÃO PAULO, 22 de abril de 2009).

executadas as ações e as metas previstas no plano operacional e a qualificação das capacidades básicas em gestão de saúde; Fase III --, última fase, realiza-se a “Implantação de serviços e ações nos municípios fronteiriços, conforme Diagnóstico Local definido no Plano Operacional”. Além da execução das metas previstas no Plano, há também, nessa etapa, a implantação de novos serviços e fortalecimento da gestão (REZENDE et alii, 2008, p. 159-160). Ainda em processo de efetivação, o SIS-Fronteira amplia a possibilidade de organizar para se integrar no setor saúde. Atualmente atua como uma ferramenta de gestão que possibilita a identificação das realidades da situação de saúde fronteiriças do Brasil. No Quadro III podem-se observar os municípios contemplados no projeto SIS-Fronteira.

A partir da experiência brasileira foram coletadas sugestões e informações relevantes para a elaboração do documento base do Projeto SIS – MERCOSUL. Esse projeto iniciou-se com uma reunião de técnicos do Ministério da Saúde do Brasil, do Subgrupo de Trabalho 11 – SGT nº11 Saúde do MERCOSUL e da Organização Pan-Americana de Saúde -- OPAS (REIS et alii, 2004). Ainda em processo de consolidação, como a maioria das ações em saúde, o SIS- MERCOSUL representa

A necessária possibilidade de tornar sustentáveis as ações de saúde nas regiões fronteiriças, uma vez que permitirá seu planejamento, possibilitado pela detenção de conhecimento acerca dos usuários e recursos dos sistemas e pela definição da origem e composição de seu financiamento. Além disso, é fundamental para a sustentabilidade do SIS embasar juridicamente as ações hoje praticadas, equacionando as questões diplomáticas e as necessidades de saúde, assim como a capacidade de custeio e a estabilidade no fluxo de financiamento. (GALLO, 2004, p. 45).

FASE I	ESTADO	MUNICIPIOS
Na Fase I, o projeto foi implantado em 69 municípios.	PARANÁ: 18 municípios	Barracão, Capanema, Entre Rios de Oeste, Foz do Iguaçu, Guaira, Itaipulândia, Marechal Cândido do Rondon, Mercedes, Missal, Pato Bragado, Pérola d'Oeste, Planalto, Pranchita, Santa Helena, Santa Terezinha de Itaipu, Santo Antonio do Sudoeste, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu.
	SANTA CATARINA: 10 municípios	Bandeirante, Belmonte, Dionísio Cerqueira, Guaraciaba, Itapiranga, Paraíso, Princesa, Santa Helena, São José do Cedro e Tunápolis.
	RIO GRANDE DO SUL: 29 municípios	Aceguá, Alecrim, Bagé, Barra do Quaraí, Chuí, Crissiumal, Derrubadas, Dom Pedrito, Doutor

		Maurício Cardoso, Esperança do Sul, Garruchos, Herval, Itaqui, Jaraguão, Novo Machado, Pedras Altas, Pirapó, Porto Lucena, Porto Mauá, Porto Vera Cruz, Porto Xavier, Quaraí, Roque Gonzales, Santa Vitória do Palmar, Santana do Livramento, São Borja, São Nicolau, Tiradentes do Sul, Uruguaiana.
	MATO GROSSO DO SUL: 12 municípios	Antônio João, Aral Moreira, Bela Vista, Caracol, Coronel Sapucaia, Corumbá, Japorã, Mundo Novo, Paranhos, Ponta Porã, Porto Murtinho, Sete Quedas.
FASE II	ESTADO	MUNICIPIOS
Na Fase II o projeto foi implantado em 52 municípios.	ACRE: 17 municípios	Acrelândia, Assis Brasil, Brasiléia, Capixaba, Cruzeiro do Sul, Epiaciolândia, Feijó, Jordão, Mâncio Lima, Manoel Urbano, Marechal Thaumaturgo, Plácido de Castro, Porto Walter, Rodrigues Alves, Santa Rosa do Purus, Sena Madureira, Xapuri.
	AMAZONAS: 8 municípios	Atalaia do Norte, Barcelos, Benjamin Constant, Japurá, Santa Isabel do Rio Negro, Santo Antônio do Içá, São Gabriel da Cachoeira, Tabatinga.
	AMAPÁ: 2 municípios	Laranjal do Jarí e Oiapoque.
	MATO GROSSO: 4 municípios	Cáceres, Comodoro, Porto Esperidião, Vila Bela da Santíssima Trindade.
	PARÁ: 3 municípios	Almeirim, Óbidos e Oriximiná.
	RONDÔNIA: 9 municípios	Alta Floresta d'Oeste, Alto Alegre dos Parecis, Cabixi, Costa Marques, Guajará-Mirim, Nova Mamoré, Pimenteiras do Oeste, Porto Velho e São Francisco do Guaporé.
	RORAIMA: 9 municípios	Alto Alegre, Amajari, Bonfim, Caracaraí, Caroebe, Iracema, Normandia, Pacaraíma e Uiramutã.

Quadro III. Municípios contemplados pelo SIS-Fronteira. Dados de 2008.

Fonte: A autora, baseado em Rezende et alii (2008, p. 157 - 159).

Como ações iniciais do SIS-MERCOSUL definiu-se a necessidade de promover cursos de capacitação para os profissionais de saúde em âmbito transfronteiriço, a harmonização dos calendários de vacinas dos diferentes países, a acreditação dos serviços e dos profissionais de saúde; a adaptação dos sistemas de informação em indicadores epidemiológicos com base no sistema de informação brasileiro e a definição da referência e da contrarreferência dos serviços de saúde para se trabalhar em rede e dar continuidade aos tratamentos de saúde dessa população (REIS et alii, 2004).

Todas essas ações estão em processo de consolidação pelos trabalhos do SGT N°11. No ano de 2008, durante a XXV Reunião de Ministros de Saúde, foi assinado o Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a nacionais fronteiriços brasileiros e uruguaios, “[...] para prestação de

serviços de saúde, que dará maior acesso à população que vive na fronteira aos serviços de saúde, uma vez que esses serviços poderão ser regulados por meio das Secretarias Municipais de Saúde dos dois países” (MERCOSUL, 2009h, p. 7 e 8).

A discussão se amplia na mesma medida da evolução das ações. Sendo assim, a preocupação atual está concentrada no financiamento na saúde das fronteiras e na abertura para o setor privado. Outra questão a ser debatida no âmbito das fronteiras é a da cidadania e da segurança interna e externa que a livre circulação de pessoas demanda e está diretamente relacionada com a saúde e a sua regulamentação no MERCOSUL. Assim como na União Européia, com a chamada cidadania européia, o MERCOSUL visa proporcionar aos seus cidadãos uma cidadania regional latina, que se somaria à cidadania nacional de cada país. Dal Prá (2007, p. 167) afirma que o

[...] instrumento viabilizador da construção da cidadania social no MERCOSUL seriam as políticas sociais integradas ou unificadas, considerando, no entanto, a forte heterogeneidade e fragilidade com que são organizadas e regulamentadas política e financeiramente no plano interno de cada país e as alterações dessas políticas nos Estados-membros mediante desregulação proposta pelos processos de reforma do Estado. Esses fatores tendem a dificultar o processo de unificação das políticas sociais e reduzir as possibilidades de construir uma agenda para a integração social na região.

A discussão sobre a saúde enquanto política social (como direito social regionalizado) e a questão da cidadania latina no âmbito do MERCOSUL (como requisitos fundamentais para a consolidação econômica do bloco) nos mostram o limite raso entre a integração econômica e social. A integração é social na aprendizagem bilíngue, no direito e segurança de ir e vir, no acesso aos serviços de saúde, de transportes, de trabalho. Caso contrário, não há integração no sentido ampliado, já que as políticas sociais e econômicas apenas aparentemente se separam. Esta discussão será abordada posteriormente nas considerações finais.

4. COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO MERCOSUL

*“Que todos conquistem o que era impossível,
que todo mundo saiba que o Sul, que o Sul também existe”.*

Mário Benedetti

A Integração no âmbito do MERCOSUL inicialmente se deu com governos liberais, com o presidente José Sarney no Brasil e o presidente Raúl Alfonsín da Argentina, em um período de fim das ditaduras militares do Cone Sul (Argentina, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai). Nesse momento era importante, do ponto de vista econômico, uma maior aproximação entre esses países, sendo significativa a aproximação entre o Brasil e a Argentina (FIER, 2008, p. 7). Assim, o MERCOSUL nasce sob o fim das ditaduras militares e sob a égide das reformas liberais¹⁷ na América Latina, derivadas do Consenso de Washington de 1989. Nesse momento a prioridade era a criação da área de livre comércio e de uma união aduaneira em um prazo de cinco anos, “objetivando a abertura dos mercados a todo e qualquer custo, e não tendo o bloco como algo estratégico nas negociações” (FIER, 2008, p. 7). A resposta a esse processo inicial foi imediata:

O comércio *intra-bloco* aumentou de forma contínua até 1998, chegando a 20 bilhões de dólares. Em 1990, havia sido de 2 milhões. Porém, logo mostrou-se prejudicial na construção do Mercosul, pois colocou-se a mercê de toda e qualquer especulação financeira/econômica. Com a quebra da Argentina (2001) e as crises brasileiras (1998 e 2002), o Mercosul passou por grandes dificuldades, tendo inclusive quem ‘rezasse’ o seu fim. (FIER, 2008, p. 7).

Criado em 26 de março de 1991, por meio do Tratado de Assunção, para ser um acordo de complementação comercial, o Mercado Comum do Sul (MERCOSUL)

¹⁷ Orso (2003, p.160) explica os pontos fundamentais da Agenda Liberal: 1º) ‘O liberalismo acredita que só o mecanismo dos preços, funcionando em mercados livres, permite obter uma utilização ótima dos meios de produção e conduzir à satisfação máxima dos desejos humanos’. Uma tese, do ‘liberalismo econômico que, entretanto, não se confunde com o famoso *laissez-faire*’; 2º) ‘Cabe ao Estado a responsabilidade pela determinação do regime jurídico que sirva de limite ao desenvolvimento econômico assim concebido’; 3º) ‘Outros fins sociais podem substituir os objetivos econômicos enunciados’; 4º) ‘Uma parte da renda nacional pode ser, com essa finalidade, subtraída ao consumo, com a condição de que isso se faça em plena luz e seja conscientemente consentida’ [...] e 5º) “A plena vigência do império da lei”.

evoluiu para uma maior integração econômica, política e social. Até o momento, o MERCOSUL constitui a mais importante experiência de integração realizada pelos países da América do Sul. É um bloco econômico formado, atualmente, pelos seguintes países, denominados Estados Partes: Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai e Venezuela, que, desde 2006, está em processo de adesão. E, de Estados Associados, sendo eles: Bolívia, Chile, Colômbia, Equador e Peru. Esse bloco foi dotado de personalidade jurídica nacional e internacionalmente ainda em 1994, com a assinatura do Tratado de Ouro Preto, iniciando com 26 artigos presentes no do Tratado de Assunção e mais 53 protocolos acordados em Ouro Preto. Atualmente possui uma legislação específica e, desde 1995, converteu-se em uma União Aduaneira, caracterizada pela livre modalidade de fatores produtivos -- capital e trabalho, adoção de uma política comercial comum (Tarifa Externa Comum – TEC), Livre Comércio Intrazona e coordenação de políticas setoriais e macroeconômicas, o que constitui uma etapa anterior ao processo de um mercado comum (BRASIL, 2006a).

O MERCOSUL se organiza a partir de acordos bilaterais e regionais que visam à integração econômica e à consolidação de um Mercado Comum pela garantia das liberdades de livre circulação de capitais, de bens, de pessoas e de conhecimento (BRASIL, 2006a). Sobre a estrutura e organograma atual do MERCOSUL, seus principais órgãos comportam a existência de três unidades de poder decisório: o Conselho do Mercado Comum (CMC), o Grupo do Mercado Comum (GMC) e a Comissão de Comércio do Mercosul (CCM). Após esta primeira divisão, há ainda 14 subgrupos de trabalho; oito grupos *ad hoc*¹⁸ (GAH); dez comitês técnicos subordinados à Comissão de Comércio; cinco reuniões especializadas; reuniões de ministros em dez âmbitos de especialização; dois fóruns consultivos (Foro Consultivo Econômico e Social e Foro Consultivo de Municípios, Estados federados, províncias e Departamentos do MERCOSUL); um Comitê Permanente de Representação Política; a Comissão Parlamentar Conjunta do MERCOSUL (com quatro seções nacionais) e a Secretaria do MERCOSUL, o que totaliza “55 instâncias regionais de processamento de ações que configuram o processo

¹⁸ Os Grupos *Ad Hoc* são grupos que auxiliam o CMC esplanando e aprofundando determinado assunto de interesse para um fim específico. De duração determinada, são extintos uma vez cumprida a tarefa solicitada pelo CMC.

negociador e administrador da integração”. (FIER, 2008, p. 34). Seus principais objetivos são:

- Ampliar as atuais dimensões de seus mercados nacionais, através da integração como condição fundamental para acelerar seus processos de desenvolvimento econômico com justiça social.
- Lograr uma adequada inserção internacional para seus países, tendo em conta a evolução dos acontecimentos internacionais, em especial a consolidação de grandes espaços econômicos. (BRASIL, 2006a, p. 5).

O Conselho do Mercado Comum (CMC) é o órgão superior do MERCOSUL, responsável pela “condução política do processo de integração e pela tomada de decisões para assegurar o cumprimento dos objetivos e prazos estabelecidos pelo Tratado de Assunção. A composição do conselho é quadripartite – Ministros de Relações Exteriores e de Economia (ou similar) dos quatro países-membros”¹⁹. A presidência é identificada por ‘Presidência *Pró Tempore*’ (PPT), de caráter rotativo e duração bimestral, tem sua organização realizada por ordem alfabética. Os respectivos presidentes de cada Estado Membro devem participar da cúpula do CMC para assinatura dos acordos. O CMC manifesta-se por meio de decisões (BRASIL, 2003; FIER, 2008, p. 35-36).

O Grupo do Mercado Comum (GMC) é o órgão executivo do MERCOSUL sendo coordenado pelos Ministérios das Relações Exteriores. É formado por quatro membros titulares e quatro alternos. Além dos Ministérios das Relações Exteriores, estão presentes os Ministérios da Economia e similares e o Banco Central de cada país. As responsabilidades do GMC são:

Velar pelo cumprimento do Tratado de Assunção, de seus protocolos e dos acordos firmados em seu âmbito; propor projetos de decisão ao Conselho do Mercado Comum; tomar as medidas necessárias para o cumprimento das decisões adotadas pelo conselho; fixar programas de trabalho; criar, modificar ou extinguir órgãos ou subgrupos de trabalho; manifestar-se sobre propostas ou recomendações dos demais órgãos do Mercosul; negociar, por delegação do conselho, acordos com terceiros países, grupos de países e organismos internacionais; aprovar o orçamento e a prestação de contas anual da Secretaria do Mercosul; adotar resoluções em matéria financeira e orçamentária; submeter ao

¹⁹ Ainda em processo de consolidação no bloco, a Venezuela não faz parte do Conselho do Mercado Comum.

conselho seu regimento interno; organizar reuniões do conselho e preparar relatórios; homologar os regimentos internos da Comissão de Comércio e do Foro Consultivo Econômico-Social. O Grupo Mercado Comum manifesta-se por resoluções, as quais são obrigatórias para os Estados-partes. (FIER, 2008, p. 35-36).

A Comissão de Comércio do Mercosul (CCM)

[...] é responsável pelos instrumentos de política comercial comum acordados entre países para o funcionamento da união aduaneira, acompanhando todas as matérias e temas relacionados ao comércio intra-Mercosul e às relações comerciais do bloco com terceiros países e outros blocos. (FIER, 2008, p. 35).

Da mesma forma que o GMC, o CCM é integrado por quatro membros titulares e quatro alternos por país e coordenado pelos Ministérios das Relações Exteriores. Suas decisões são normas regionais que devem ser acatadas obrigatoriamente pelos países que compõem o bloco, ou os chamados “integrantes do pacto”. Reúnem-se uma vez ao mês e também quando qualquer país membro ou o GMC solicita (FIER, 2008).

Conforme dito anteriormente, após esta primeira divisão dos principais órgãos do MERCOSUL: Conselho do Mercado Comum (CMC) – responsável pela condução política; Grupo do Mercado Comum (GMC) – órgão executivo e Comissão de Comércio do MERCOSUL (CCM) -- políticas comerciais para consolidação da união aduaneira, o MERCOSUL se subdivide em Grupos e Subgrupos de Trabalho, reuniões especializadas e comitês técnicos ligados às diferentes instâncias dentro do Organograma do bloco econômico (FIER, 2008). A Reunião de Ministros da Saúde (RMS), criada em 1995 e vinculada ao Conselho do Mercado Comum (CMC), e o Subgrupo de Trabalho 11 (SGT-11), criado em 1996 e vinculado ao Grupo do Mercado Comum (GMC), se subdividem em mais de trinta organismos. Segundo o Ministério das Relações Exteriores (2009), o organograma do MERCOSUL está configurado de acordo com o exposto na Figura 1.

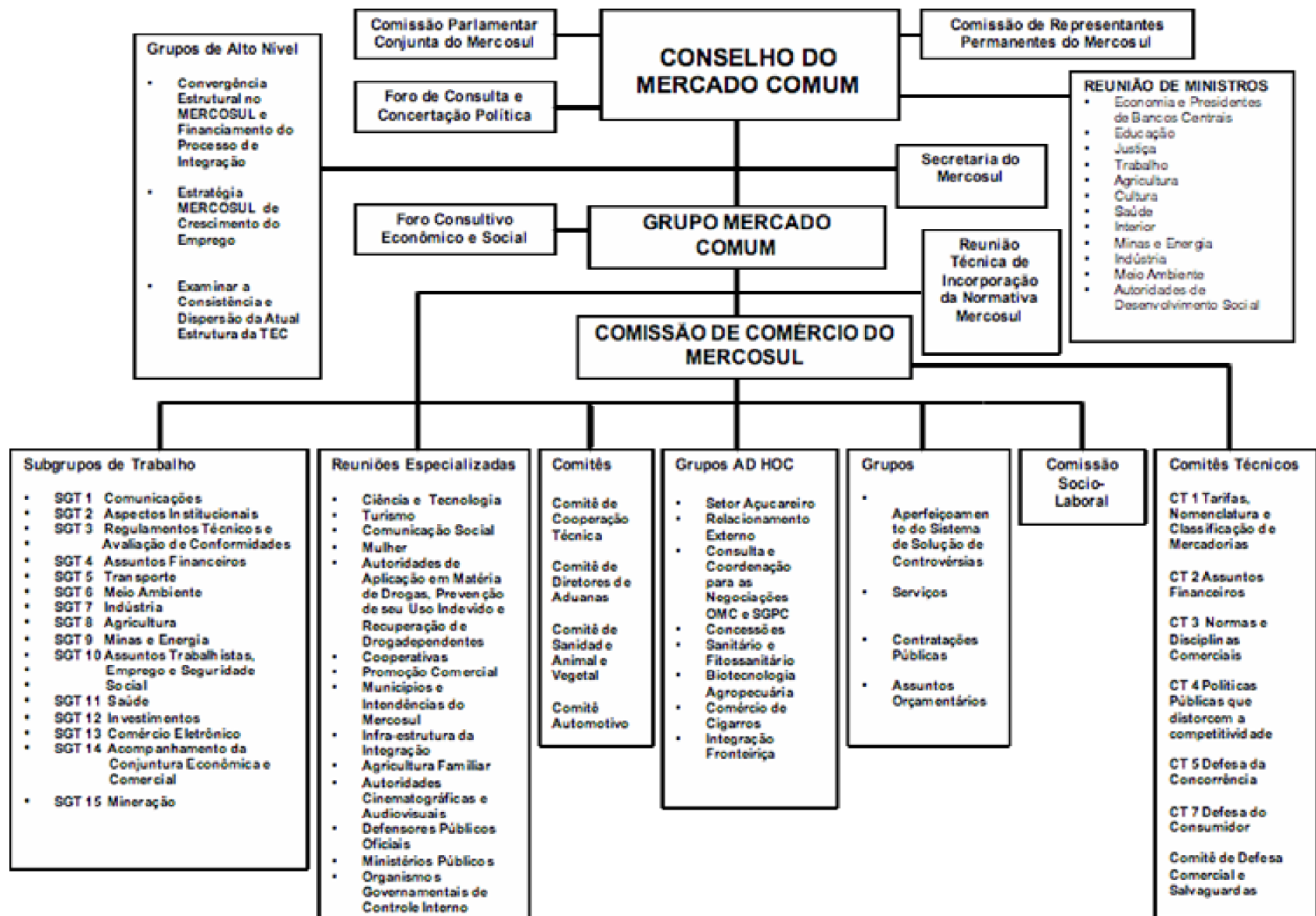


Figura 1. Estrutura Organizacional do MERCOSUL.

Fonte: Ministério das Relações Exteriores (2009). Disponível em: <<http://www.mercosul.gov.br/organograma/organograma-mercopol>>.

Em síntese, a constituição do MERCOSUL mescla três distintas situações de aproximação econômica entre os Estados Partes:

1) a construção de uma zona de livre comércio na região (eliminação de tarifas alfandegárias e não alfandegárias); 2) a sustentação de política externa unificada, com relação a outros países, estabelecendo uma Tarifa externa Comum, o que caracteriza a União Aduaneira; e 3) a formação de um Mercado Comum, com a livre circulação dos bens, do capital, do trabalho e do conhecimento. (BRASIL, 2006a, p. 6).

As decisões no MERCOSUL são tomadas por consenso entre todos os Estados Parte e não por maioria de votos, necessitando de legislação específica para a sua efetivação. As questões sobre o compromisso democrático no MERCOSUL, Bolívia e Chile foram acordadas no Protocolo de Ushuaia, em 1998, onde se estabeleceu, em seu artigo 1º, que “A Plena vigência das instituições democráticas é condição essencial para o desenvolvimento dos processos de integração entre os Estados Partes”. Em caso de ruptura da ordem democrática em algum dos Estados que firmaram compromisso com o Protocolo de Ushuaia, os outros Estados promoverão consultas entre si e com o Estado afetado. Quando as consultas mencionadas no artigo anterior resultarem infrutíferas, levando em conta a gravidade da situação existente, medidas serão tomadas como a suspensão do direito de participar nos diferentes órgãos dos respectivos processos de integração até a suspensão dos direitos e das obrigações resultantes desses processos (MERCOSUL, 2009b; 2009c, p. 1).

Outro dado importante são as Soluções de Controvérsias no MERCOSUL, que, ao longo dos anos, foram solucionadas mediante o anexo III do Tratado de Assunção e os Protocolos de Brasília, de Ouro Preto e, atualmente, pelo Protocolo de Olivos. A principal característica do sistema de controvérsias é o fato de ele não ser institucional, mas *ad hoc*, ou seja, ter um fim determinado de acordo com as necessidades. O Tratado de Assunção de 1991, responsável pela origem do MERCOSUL, preconiza que as controvérsias devem ser resolvidas por meio de negociações diretas em um primeiro momento e, posteriormente, passar para o GMC e, em última instância, para o CMC (MERCOSUL, 2009a). O Protocolo de Brasília define as competências de análise do órgão de solução de controvérsias sobre a interpretação, a aplicação ou o não cumprimento das disposições e dos

acordos celebrados no âmbito do Tratado de Assunção, as decisões do CMC e as resoluções do GMC por meio de três fases: negociações diretas, intervenção no GMC e Procedimento Arbitral. Nos dois primeiros casos, o objetivo é dar agilidade aos conflitos e resolvê-los da forma mais rápida e eficiente, não excedendo a 30 dias para encerramento do litígio. Já o Procedimento Arbitral tem caráter jurídico e está vinculado à Secretaria Administrativa do MERCOSUL, que levará aos outros Estados envolvidos e não envolvidos diretamente na questão da controvérsia e também ao conhecimento do GMC. Composto por três árbitros, sendo o terceiro não pertencente a nenhum dos Estados envolvidos, tomará as suas decisões embasado “[...] nas disposições do Tratado de Assunção, nos acordos celebrados no âmbito do mesmo, nas decisões do Conselho do Mercado Comum, nas resoluções do Grupo Mercado Comum, bem como nos princípios e disposições de direito internacional aplicáveis na matéria” (MERCOSUL, 2009c; 2009d, p. 3-4).

O Protocolo de Ouro Preto, de 1994, criou procedimentos gerais de reclamações para serem encaminhados aos respectivos Comitês Técnicos responsáveis por encaminhar propostas, pareceres e conclusões sobre as controvérsias ao GMC. O Protocolo de Olivos, que está em vigor desde 2004, regula atualmente o mecanismo de Solução de Controvérsias do MERCOSUL e a sua principal inovação foi a criação do Tribunal Arbitral Permanente de Revisão do MERCOSUL, composto por cinco árbitros, incluindo um que seja de cada Estado envolvido. As demandas do tribunal são relacionadas às questões de direito julgadas pelo Tribunal *Ad Hoc* e serão analisadas por três árbitros quando houver dois Estados e por cinco árbitros quando houver mais de dois Estados envolvidos nas soluções de controvérsias (MERCOSUL, 2009d; 2009e).

Quando incorporados por todos os países, segundo os termos jurídicos do MERCOSUL, diz-se que as decisões, as resoluções e os acordos foram internalizados (MERCOSUL, 2009c). Para as resoluções ou normas do SGT N°11 Saúde serem incorporadas ao ordenamento jurídico, ou sofrer a internalização no âmbito dos países do MERCOSUL, elas perpassam por quatro fases: a fase I é onde ocorre o levantamento das legislações dos quatro países em seus pontos comuns, seguida de negociação e de harmonização do projeto de Resolução nas reuniões quadripartites; na fase II são realizadas as consultas internas nos Estados Partes e a

harmonização das consultas detectados nesses Estados; na fase III há a avaliação pelos Coordenadores Nacionais, que aprovarão ou não as resoluções. Caso aprovado, eleva-se ao GMC e, em caso de recusa, devolvem-se às Comissões/Subcomissões ou Comissão/GAH para revisão e aperfeiçoamento do projeto de Resolução; na fase IV passe-se para a avaliação já no âmbito do GMC. Nessa fase, quando aprovado, transforma-se em Resoluções com definição de prazos para a Incorporação ao Ordenamento Jurídico Nacional – a chamada Internalização, que corresponde à Fase V. Nesta pesquisa foram avaliadas as resoluções que foram incorporadas ao ordenamento jurídico de cada Estado nacional, correspondendo às resoluções das Fases IV e V.

O MERCOSUL, segundo o *site* oficial da instituição, “é um agrupamento regional de reconhecido peso econômico e de incontestável estabilidade política, que tem sabido aproveitar as oportunidades da globalização e tem, assim, atraído, cada vez mais, o interesse de investidores de todo o mundo”. A grandeza e a importância do MERCOSUL também se refletem na extensão de seu território, no seu povo e em sua economia. São, atualmente, 12 milhões de quilômetros quadrados (11.878.250 km²), o que corresponde a 67% da América do Sul (17.819.100 km²), contando com os Estados Associados. A população total do MERCOSUL, em estimativa de 2006, era composta de 365.555.352 de habitantes, sendo urbana 85% dessa população e de densidade demográfica de 20,86 hab/km². (CEPAL, 2006 apud GUIMARAES, 2007, p. 124; MERCOSUL , 2009g).

”Entre os anos de 2000 a 2004, 90% dos adultos no MERCOSUL eram alfabetizados. O IDH médio dos quatro fundadores em 2004 (0,816) encontrava-se nos patamares de alto desenvolvimento” e o PIB *per capita* em 2005 alcançava US\$ 4.316,01 com ajustes dos valores para o ano 2000. Possui atualmente dez formas de Moedas ligadas aos seus Estados Partes e Associados, sendo elas: Peso Argentino (Argentina), Real (BRASIL), Guaraní (Paraguai), Peso Uruguaio (Uruguai), Bolívar Forte (Venezuela), Boliviano (Bolívia), Peso Chileno (Chile), Peso Colombiano (Colômbia), Nuevo Sol (Peru) e Dólar Americano (Equador). (CEPAL, 2006 apud GUIMARAES, 2007, p. 124; MERCOSUL , 2009h).

De forma didática, Guimarães (2007, p. 125) divide a história do MERCOSUL em quatro momentos distintos, considerando os instrumentos acordados, os contextos econômico e social e a adesão de países. Segundo a autora,

O primeiro momento é de constituição compreendendo o período de acordos bilaterais entre Argentina e Brasil até o Tratado de Assunção – 1985 a 1991. O segundo momento é caracterizado pelo período transcorrido na década de 1990, ao longo do qual os esforços se centraram em manter a articulação regional em ambiente de crises democráticas, econômica e políticas que expressaram a afirmação do bloco – 1991 a 1999. Um terceiro momento surge com o relançamento do MERCOSUL e se caracteriza por elevação da integração na agenda regional – 2000 a 2005. O quarto momento se inaugura com a expansão da participação social no Bloco, MERCOSUL Social e com a adesão da Venezuela como Estado Parte e o anúncio da conversão da Bolívia em Estado Parte - a partir de 2006.

O Tratado de Assunção, que estabelece o MERCOSUL (1991), é um marco institucional porque tem como objetivo a “melhora da qualidade de vida dos habitantes da região” com ênfase no “desenvolvimento econômico com justiça social” (MERCOSUL, 2009a; MERCOSUL, 2007, p. 24). A consolidação das relações democráticas e as reformas neoliberais na década de 1990 sob a ótica do Consenso de Washington (1989) e, em especial, a partir de 1992 no Brasil, pela entrada do governo Collor, foram fundamentais para o aprofundamento da integração econômica, política e social a partir do ano de 2000. O que se pode observar até o momento é que, quando há o relançamento do MERCOSUL, no ano de 2000, a integração do bloco econômico com vistas à Integração da América Latina é colocada em pauta e a discussão das políticas sociais toma corpo como parte inerente ao processo de integração regional, dado o estrago das políticas neoliberais da década de 1990. Esse dado pode ser observado Gráfico 2, mostrando que, a partir do ano de 2000, iniciaram os trabalhos da Comissão de Atenção em Saúde do SGT N°11, ampliando as discussões na saúde do MERCOSUL para além das questões comerciais.

A entrada da Venezuela como Estado Parte no bloco é considerada como um momento onde o MERCOSUL acrescenta forças na construção da integração econômica e social. Segundo o presidente Lula, na cerimônia de Assinatura do Protocolo de Adesão da Venezuela em julho de 2006, a entrada da Venezuela “[...] é

oportunidade para firmarmos compromissos com uma integração solidária. Saudamos o fato de que o Protocolo de Adesão tenha reconhecido as necessidades especiais do Paraguai e do Uruguai”. E, continua, “formamos, a partir de agora, um bloco com mais de 250 milhões de habitantes, com uma área de 13 milhões de quilômetros quadrados e um PIB superior a um trilhão de dólares. Nosso comércio global ultrapassa os 300 bilhões de dólares”, destacando que o MERCOSUL é o “projeto político de maior envergadura da história da nossa região”. O ano de 2009 também pode ser destacado como um marco nas políticas sociais do MERCOSUL, pela aprovação da Venezuela como membro efetivo do MERCOSUL pelo Senado brasileiro e a expectativa de uma integração contra-hegemônica e pela pandemia de influenza H1N1, que colocou em xeque as ações de saúde pública nos Estados nacionais e nos Blocos Econômicos.

4.1 A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO SUBGRUPO DE TRABALHO SGT-11 “SAÚDE” E AS REUNIÕES DE MINISTROS DA SAÚDE (RMS)

A saúde, enquanto política social, faz parte do processo de integração para o desenvolvimento dos países membros, sendo considerada um dos fundamentos para a expansão e a consolidação de um mercado único (LAFOZ, 2008). Para uma maior compreensão da dinâmica das atividades realizadas pelo MERCOSUL em relação à saúde é necessário compreender a hierarquia das atividades e dos trabalhos desenvolvidos. Como órgão máximo quando se discute saúde, encontra-se a Reunião de Ministros da Saúde (RMS), órgão executivo do CMC e responsável pela coordenação e assistência geral, criado em 1995. Em associação com outros fóruns do MERCOSUL, cria-se, através da Resolução GMC n° 151/1996, o Subgrupo de Trabalho Saúde – SGT n°11. As negociações do Subgrupo são realizadas por meio de pautas negociadoras de interesses comuns entre os Estados Partes, sendo acordado e aprovado pelo GMC. A Pauta Negociadora do SGT n°11 que define a atual estrutura organizacional está na Resolução n° 13/2007²⁰, onde se destaca, entre seus objetivos, o processo de:

²⁰ As Pautas Negociadoras anteriores foram: Resolução n° 61/1997, Resolução n° 04/1998, Resolução n° 21/2001 e Resolução n° 06/2005.

[...] harmonizar legislações e diretrizes, promover a cooperação técnica e coordenar as ações necessárias ao processo de integração entre os Estados Partes, na área da Saúde; Compatibilizar os sistemas de Controle Sanitário dos Estados Partes, com vistas a fortalecer o processo de Integração no âmbito do MERCOSUL e definir o relacionamento do SGT n°11 “Saúde” com as demais instancias do MERCOSUL, procurando a integração e a complementação das ações. (MERCOSUL, RESOLUÇÃO N° 13/2007, p. 03).

O SGT n°11 é dividido em três comissões e onze subcomissões e suas diretrizes são apresentadas em forma de resoluções. Primeiramente é dividido por três grandes áreas de trabalho:

Vigilância em Saúde, que tem como eixo a troca de informações sobre enfermidades, principalmente as transmissíveis e seus fatores de risco bem como a harmonização de normas e procedimentos relacionados as controle sanitário: (vigilância epidemiológica e controle sanitário); **Produtos para a Saúde**, cujo objeto é o de harmonizar regulamentos e procedimentos relativos à circulação de produtos sanitários desde a cadeia de produção até o consumo: (cosméticos, produtos médicos, sangue, reativos para diagnóstico, psicotrópicos e saneantes) e **Serviços de Atenção à Saúde**, que busca ampliar o acesso e a qualidade dos serviços à população do Mercosul: (exercício profissional, prestação de serviços, tecnologia em saúde). (LAFOZ, 2008, p. 2, grifos nosso).

No Quadro IV, podem-se visualizar áreas de trabalho do Subgrupo da área de saúde, o SGT N°11 com as respectivas comissões, objetivos e temas de trabalho e subcomissões em atuação.

ÁREAS DE TRABALHO	COMISSÕES	OBJETIVOS	TEMAS DE TRABALHO DAS COMISSÕES	SUBCOMISSÕES
Produtos para a Saúde	Comissão de Produtos para a Saúde (COPROSAL)	Harmonização dos regulamentos técnicos e procedimentos relacionados com os produtos sob regime da vigilância sanitária, na cadeia de produção até o consumo, visando à melhoria da qualidade, eficácia e segurança dos produtos ofertados à população, à promoção da saúde e ao gerenciamento de riscos à saúde e, ao mesmo tempo, eliminando os obstáculos injustificados ao comércio regional.	Cooperação técnica Capacitação de Inspetores: 1. Farmacêutica e farmacológica; 2. Sangue e hemoderivados; 3. Produtos médicos; 4. Reativos para diagnóstico de uso "in vitro"; 5. Cosméticos; 6. Saneantes domissanitários. Avaliação sistemática da inspeção MERCOSUL; Trânsito nas fronteiras de produtos para a saúde; Avaliação sistemática de mecanismos de simplificação de procedimentos sanitários para produtos de menor risco com vistas ao reconhecimento mútuo; Medidas de combate à falsificação.	Área Farmacêutica Grupo <i>Ad Hoc</i> Psicotrópicos Grupo <i>Ad Hoc</i> Sangue e Hemoderivados Grupo <i>Ad Hoc</i> Produtos Médicos Grupo <i>Ad Hoc</i> Reativos e Diagnósticos de Uso <i>in vitro</i> Grupo <i>Ad Hoc</i> de Cosméticos Grupo <i>Ad Hoc</i> de Saneantes Domissanitários
Serviços de Atenção à Saúde	Comissão de Serviços de Atenção à Saúde (COSERATS)	O propósito central da Comissão, além da harmonização de marcos regulatórios dos serviços de saúde dos Estados Partes, é favorecer a cooperação técnica e integração no âmbito do MERCOSUL, criando condições objetivas para que os Estados Partes possam ampliar o acesso da população do MERCOSUL à Atenção à Saúde e assegurar sua qualidade e resolutividade.	Desenvolvimento do primeiro nível de atenção; Atenção materno-infantil; Atenção nas urgências e emergências; Rede de serviços de média e alta complexidade; Harmonizar sistemas de regulação e fiscalização dos serviços de saúde; Identificar as necessidades de conhecimento sobre estudos dos serviços de saúde dos Estados Partes (estudos de sistemas de saúde, marcos reguladores comparados, etc.) tendentes a dar insumos para avançar no processo de harmonização normativa.	Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional Subcomissão de Avaliação e Uso de Tecnologias em Serviços de Saúde
Vigilância em Saúde	Comissão de Vigilância em Saúde	Os propósitos centrais são o Intercâmbio de	Análise e harmonização da lista e definição de enfermidades de notificação obrigatória no	Subcomissão de Vigilância Epidemiológica

	(COVIGSAL)	<p>informações sobre doenças transmissíveis e não transmissíveis, assim como seus fatores de risco e a harmonização de diretrizes, normas e procedimentos relacionados à vigilância epidemiológica e ao controle sanitário de riscos e agravos à saúde, contribuindo, desta maneira, com o processo de integração regional, de forma articulada com outras instâncias do MERCOSUL e outros organismos internacionais.</p>	<p>MERCOSUL; Intercâmbio de informações epidemiológicas de enfermidades priorizadas entre os Estados Partes e Associados do MERCOSUL; Enfermidades e agravos não transmissíveis e seus fatores de risco; Harmonização de normas e procedimentos de vigilância epidemiológica de enfermidades priorizadas; Vigilância epidemiológica e sanitária nas zonas limítrofes; Emergências de saúde pública de relevância internacional; Adequação das normas de vigilância epidemiológica ao novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI) 2005; Atualização da lista e definição de enfermidades de notificação obrigatória entre os Estados Partes; Análise de informações epidemiológicas de enfermidades priorizadas entre os Estados Partes; Atualização de normas de vigilância epidemiológica no MERCOSUL; Análise de informações e harmonização de normas e procedimentos de vigilância epidemiológica referentes às enfermidades e agravos não transmissíveis e seus fatores de risco; Definir e harmonizar as normas de controle de qualidade laboratorial dos diagnósticos referentes às enfermidades priorizadas entre os Estados Partes e Associados do MERCOSUL; Estabelecer um sistema de vigilância epidemiológica e sanitária nas zonas limítrofes; Estabelecer planos de contingência para emergência em saúde pública de relevância internacional.</p>	<p>Subcomissão de Controle Sanitário de Portos, Aeroportos, Terminais e Pontos de Fronteira</p>
--	------------	---	---	---

Quadro IV. Estrutura Organizacional do Subgrupo de Trabalho SGT N°11.

Fonte: Quadro construído com base na Resolução n°13/2007. Disponível em: <<http://www.mercosulsaudedevsite.com.br/>>.

Segundo os acordos das RMS e, em especial, o Acordo nº 01/2006 e também a Ata de junho de 2006, que definiram a nova estrutura organizacional das Reuniões de Ministros da Saúde, existem 11 Comissões Intergovernamentais ligadas ao CMC, que desenvolvem ações entre as instâncias governamentais e atividades conjuntas com organizações da sociedade civil e organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional (FMI).

Os Ministros da Saúde se reúnem uma vez a cada semestre, por Presidência *Pro Tempore*, e conta com uma Reunião Preparatória a ela – dos Coordenadores Nacionais dos Estados Partes (Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai e Venezuela) e Estados Associados (Bolívia, Chile, Colômbia, Equador, Peru). Compreende a participação de dez Ministros dos Estados Partes e dos Estados Associados que aprovam políticas e programas como: Políticas de Medicamentos no MERCOSUL; Vigilância e Controle de Enfermidades Transmissíveis (sarampo, cólera, doença de Chagas, dengue e febre amarela); Contas Nacionais de Saúde; Sistemas de Informação e Comunicação de Saúde; Página WEB; Programa Regional da Luta para o Controle de Tabaco no MERCOSUL; Controle e tratamento de HIV/AIDS do MERCOSUL, Bolívia e Chile, Revisão do Código Sanitário Internacional e Outros. (BRASIL, 2003; MERCOSUL, 2009g).

No Quadro V estão os acordos já realizados no campo da Saúde, com os respectivos objetivos de cada acordo.

ACORDOS	COMISSÕES DAS RMS	OBJETIVOS
Decisão CMC n°03/1995.	CC – Comitê Coordenador	Organizar as Reuniões de Ministros da Saúde.
Acordo RMS n° 01/2000.	Comissão Intergovernamental de Políticas de Medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar el acceso de toda la población de los Estados Partes a medicamentos a costos accesibles; • Asegurar la calidad de los productos farmacéuticos en toda la cadena de producción y comercialización. • Adopción de una lista de medicamentos esenciales tomando como referencia básica para la definición de este listado la situación epidemiológica local y/o regional. • Implementación de una ley de medicamentos genéricos, definiendo criterios técnicos, que aseguren la intercambiabilidad en base a equivalencias terapéuticas. • Promoción del uso racional de medicamentos, implementando programas de educación e información para los consumidores, prescriptores y dispensadores, referente a los riesgos de la automedicación, a la suspensión o cambio de la medicación prescrita, interacciones medicamentosas, etc. • Implementación de formularios terapéuticos nacionales. • Promoción de la farmacovigilancia como soporte para el desarrollo de estudios, análisis y evaluaciones para la reorientación de procedimientos relativos a registros, comercialización, prescripción, uso y dispensación de productos. • Definición de pautas éticas comunes para la región, que permitan implementar programas para el control de la publicidad, promoción de medicamentos, dirigida tanto a profesionales del arte de curar como a la población misma. • Elaboración de normas que permitan controlar la venta y distribución de medicamentos por INTERNET. • Implementación de programas de fiscalización y control que eviten la distribución, comercialización, y uso de medicamentos ilegítimos, en la región. • Definición de prioridades para la región en el área de la investigación en el campo de la Biotecnología, tecnologías de producción y desarrollo de nuevas formas farmacéuticas, la capacitación de recursos humanos y el estímulo a la integración en la región de instituciones académicas y de investigación. • Definición de acciones comunes de capacitación de Recursos Humanos para la implementación de la Política de Medicamentos en la Región. • Fomento a la producción en los Estados Partes de los medicamentos genéricos, priorizando aquellos que forman parte del listado de medicamentos esenciales previamente definidos. • Incorporación y vigencia en los Estados Partes de la normativa Mercosur ya acordada en materia de Registro de Productos Farmacéuticos y Verificación de cumplimiento de Buenas Prácticas de Fabricación y

		Control.
Acordo RMS nº 01/2001.	Comissão Intergovernamental de Vigilância e Controle da infestação Pro <i>Aedes Aegypti</i> e da Transmissão do vírus da Dengue.	<ul style="list-style-type: none"> • Obter diagnósticos epidemiológicos sub-regionais, oportunos e quantificados de infestação por <i>Aedes aegypti</i> e transmissão de vírus dengue, com um ágil intercâmbio de informação entre os Estados Partes do MERCOSUL, Bolívia e Chile; • Coordenar e complementar ações de vigilância e controle, com vistas a estabelecer ações conjuntas, conceder-se mutuamente cooperação técnica entre países e dinamizar processos operativos mediante assistência técnica; • Estabelecer estratégias coordenadas de educação, informação e comunicação; • Realizar reuniões anuais de coordenação e avaliações de terreno internacionais acordadas entre os países, com publicação de documentos.
Acordo RMS nº 02/2002.	Comissão Intergovernamental de HIV/AIDS.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover una política integrada para combatir la epidemia del VIH/SIDA en la región, a través de la conformación de la Comisión Intergubernamental dependiente de la Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR, Bolivia y Chile; • Optimizar esfuerzos para el desarrollo de acciones articuladas entre instancias gubernamentales nacionales, ONG´s y Organismos Internacionales; Promover y establecer estrategias para la realización de intercambios de experiencias, informaciones y tecnologías; • Promover el desarrollo de instrumentos comunes de gestión y de fortalecimiento de los Programas Nacionales; • Coordinar y complementar acciones de vigilancia epidemiológica y control, estableciendo criterios y parámetros de investigación del VIH/SIDA entre los países de la región; • Fomentar acciones de educación y campañas de información a la población en general y fortalecimiento e implementación de los comités de salud de las área de fronteras; • Promover el intercambio de tecnologías y experiencias para la implementación de la metodología y acceso al diagnóstico precoz del VIH; • Promover el acceso a las personas viviendo con VIH a los medicamentos antirretrovirales, para infecciones oportunistas e insumos diagnósticos; intercambiando experiencias y tecnologías en las áreas de producción, control de calidad, comercialización, leyes de patentes y de genéricos, uso racional, adherencia a los tratamientos.
Acordo RMS nº13/2003 e Acordo RMS nº05/2007.	Comissão Intergovernamental de Saúde Sexual e Reprodutiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover uma política integrada de saúde sexual e reprodutiva do MERCOSUL, levando uma proposta à RMS para sua consideração e aprovação; • Otimizar esforços para o desenvolvimento de ações articuladas entre instâncias governamentais nacionais, organizações não governamentais, e organismos internacionais; • Promover e estabelecer estratégias para a realização de intercâmbios de experiências, informações e tecnologias; • Promover o desenvolvimento de instrumentos comuns de gestão e o fortalecimento dos programas nacionais; • Promover ações de educação e programas de informação para a população em geral e o fortalecimento e a implementação dos comitês de saúde das áreas de fronteiras;

		<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a possibilidade de instrumentar atividades concretas de cooperação técnica com organismos internacionais comprometidas com a temática; • Promover e desenvolver políticas de formação dos recursos humanos da saúde, no marco das reformas do setor voltados principalmente para a atenção primária, a integralidade, a equidade e a promoção da saúde e da prevenção que incluam uma perspectiva de direitos humanos e de gênero, para a atenção integral da saúde sexual e reprodutiva; • Reafirmar a necessidade de desenvolver políticas integrais em saúde sexual e reprodutiva, gênero e direitos, incorporando a participação da sociedade civil; • Estudar a viabilidade de instalar um fundo rotatório para a compra regional de métodos anticoncepcionais para garantir a disponibilidade dos mesmos nos Estados Partes e Associados do MERCOSUL, que favoreça o desenvolvimento das indústrias na região; • Reconhecer a importância que têm as políticas de educação sexual e reprodutiva como estratégias da prevenção da gravidez não planejada, mediante a oferta nos estabelecimentos públicos de saúde de uma cesta ampliada e sem custo de métodos anticoncepcionais de qualidade, incluindo a anticoncepção hormonal de emergência. Mesmo assim a importância de garantir auxílios mediante a disponibilidade de insumos mantidos nos orçamentos nacionais; • Desenvolver estratégias para a redução da mortalidade e enfermidades de mulheres em situação de gravidez, parto, pós-parto, cesárea ou aborto mediante: Melhorar a qualidade da atenção dos serviços de saúde através da capacitação imediata da gestante e a realização de pré-natais adequados e o manejo da emergência obstétrica adequadas e a capacitação contínua dos recursos humanos; Dispor nos sistemas da saúde de tratamentos efetivos, baixados em evidência atualizada, para o manejo da emergência obstétrica, seguindo as recomendações da OMS; Desenvolver e/ou melhorar os sistemas de informação e a vigilância epidemiológica ativa mediante o seguimento imediato e efetivo das mortes maternas e as doenças graves; Desenvolver estratégias para a prevenção do aborto, assim como, para o tratamento dos abortos realizados em condições de risco e instrumentar e protocolar o acesso à interrupção da gravidez nos serviços de saúde, naqueles países em que a legislação a habilita.
Acordo RMS nº 06/2003.	Comissão Intergovernamental de Controle do Tabaco.	<ul style="list-style-type: none"> • Desenhar e desenvolver uma política integrada para o controle do tabaco na região, entre os Estados Partes do MERCOSUL: • Promover e impulsionar a assinatura e ratificação da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco. • Solicitar aos Estados Partes do MERCOSUL que, na espera da entrada em vigor da Convenção, implementem, no menor prazo possível, as medidas recomendadas pela mesma. • Impulsionar, desenvolver e implementar estratégias regionais e projetos conjuntos de cooperação técnica e financeira para o controle do tabaco. • Desenvolver estratégias comuns para promover a criação e/ou o fortalecimento de comissões nacionais de caráter multidisciplinar e intersetorial para o controle do tabaco, coordenadas pelo setor saúde.

		<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver um plano de capacitação para o fortalecimento das equipes nacionais dos países da região com a finalidade de facilitar as atividades futuras da comissão intergovernamental. • Desenvolver um plano de investigação em áreas prioritárias para facilitar e orientar as atividades de vigilância e as propostas de política integrada de controle do tabaco. • Identificar as distintas instâncias de negociação e os setores relevantes para o controle do tabaco no MERCOSUL para coordenar ações conjuntas que priorizem a saúde pública.
Acordo RMS nº 07/2004.	Comissão Intergovernamental de Determinantes Sociais da Saúde e Sistema de Saúde.**	<ul style="list-style-type: none"> • O objetivo geral da comissão é promover o desenvolvimento de investigações que favoreçam a elaboração de estratégias regionais que incorporem as dimensões sociais e de saúde na agenda de integração dos países do MERCOSUL, Bolívia e Chile, que contribuam ao progresso social e ao avanço da diminuição da pobreza. • Seus objetivos específicos são: outorgar à saúde um espaço central nas políticas de desenvolvimento com a finalidade de garantir melhores condições de vida, a extensão da proteção social em saúde e maior justiça social aos povos; • Analisar os efeitos que uma mais equitativa e justa distribuição da inversão em saúde tem sobre a diminuição das grandes lacunas e exclusão social que caracterizam os países da sub-região; • Definir uma agenda de investigação comum de saúde entre os países do MERCOSUL, Bolívia e Chile, que incorpore tanto os aspectos específicos de cada país, que tenham implicações sobre o resto dos países, como aqueles aspectos da saúde que são comuns e que requerem um esforço de coordenação e integração de intervenções; • Impulsionar a sensibilização, o conhecimento e o debate a respeito do impacto positivo que uma maior e mais efetiva inversão em saúde tem sobre o desenvolvimento e bem estar dos povos.
Acordo RMS nº 24/2004.	Comissão Intergovernamental de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.	<ul style="list-style-type: none"> • O propósito central dessa Comissão é o aperfeiçoamento da ação da saúde pública na busca de um ambiente saudável, incluindo o ambiente ocupacional, por meio de prevenção da degradação do ambiente e da melhoria da qualidade de vida das populações. Seus principais objetivos são: promoção da saúde e proteção do meio ambiente; reconhecimento do papel do processo produtivo nas condições de saúde; prevenção dos agravos à saúde, assim como fortalecimento da participação social. Para tanto, entende-se como prioritária a harmonização dos critérios de avaliação de risco e dos procedimentos de prevenção e controle nas áreas de vigilância em saúde ambiental e saúde ocupacional, além de outras ações [...]. • A Comissão também visa o desenvolvimento de sistemas de informação direcionados, acompanhamento e participação em compromissos internacionais, cooperações técnicas, disseminação de informações, capacitação de recursos humanos, desenvolvimento de políticas e promoção de integração do SGT Nº 6, SGT Nº 10 e SGT Nº 11.
Acordo RMS nº	Comissão Intergovernamental	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a reflexão, a ação e propostas que integrem um novo conceito de gestão de riscos que inclua: a

05/2004; Acordo RMS nº 22/2004 e Acordo RMS nº 04/2005.	de Gestão de Riscos e Redução de Vulnerabilidades.	<p>prevenção da ocorrência de desastres naturais, biológicos e tecnológicos, a redução dos agravos provocados por esses desastres, o alerta da eminência do evento, a resposta aos eventos adversos e preparação para seus efeitos, tendo em conta o seu desenvolvimento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser responsável pela Política Regional de Gestão de Riscos e Redução da Vulnerabilidade no MERCOSUL e Estados Associados e pelo Plano de Emergência Regional Comum do Setor Saúde em preparativos e resposta a desastres no MERCOSUR e Estados Associados. • Intercambiar os documentos dos países referentes a normativas relacionadas com riscos e vulnerabilidade de lugares públicos, levando em consideração as experiências recentes no referido tema em alguns países. • Intercambiar informações sobre marcos normativos vigentes e práticas jurídicas semelhantes nos países da região para prevenção e atenção de eventos adversos. • Criar uma rede regional de informações e desenvolver uma base de dados com ênfase nos riscos e vulnerabilidades comuns de desastres naturais, tecnológicos e biológicos. • Quantificar a capacidade de resposta efetiva daqueles organismos públicos e privados que intervêm na prevenção e atenção de eventos adversos (inventário institucional de capacidade de resposta – recursos humanos e financeiros dos países da região). • Fomentar (elaborar, consolidar, fortalecer intra- e interinstitucionalmente e implementar) os planos nacionais de mitigação e atenção de desastres, identificando os nós de conexão com organismos setoriais especializados no tema (Sistema Nacional de Emergência, Cruz Vermelha, e outras instituições). • Estabelecer os mecanismos de coordenação entre os países para Assistência Humanitária em caso de desastre (considerar o papel da OPAS, OCHA e a logística de doações humanitárias). • Fortalecer a Cooperação Técnica internacional na Gestão de Risco e a capacitação de recursos humanos para desenvolvimento de estratégias regionais comuns. • Identificar a terminologia multissetorial aplicada na Gestão de Riscos e Redução de Vulnerabilidades.
Acordo RMS nº 07/2005 e Acordo RMS nº 15/2007.	Comissão Intergovernamental de Implantação do Relatório Sanitário Internacional.	<ul style="list-style-type: none"> • Que as atividades propostas no Acordo RMSM-EA Nº 03/01 para a revisão do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) incluam a etapa de implementação do mesmo nos Estados Partes do MERCOSUL e Estados Associados, mantendo um Grupo Técnico Assessor para essa função. • Iniciar o processo de incorporação interna do RSI (2005) nos Estados Partes do MERCOSUL e Estados Associados, estabelecendo o papel de cada organismo nacional na implementação do mesmo. • Contribuir na elaboração das diretrizes para a avaliação das capacidades básicas de cada país e as diretrizes para a aplicação das medidas sanitárias nas passagens de fronteira terrestres. • Começar a utilizar nos Estados Partes do MERCOSUL e Estados Associados, o instrumento de decisão previsto no Anexo 2 do RSI (2005), como parte do processo de avaliação e validação, e contribuir para o seu aperfeiçoamento. • Promover a participação dos países sul-americanos nas atividades de implementação do RSI (2005) seja desenvolvida de forma conjunta, mantendo os resultados alcançados durante o processo de revisão.
Acordo RMS nº 03/2006.	Comissão Intergovernamental de Doação e Transplantes	<ul style="list-style-type: none"> • Promover políticas para a harmonização dos marcos jurídicos que regulam o processo de doação e de transplante de órgãos, tecidos e células;

	(CIDT).	<ul style="list-style-type: none"> • Propor recomendações sobre as normas regulatórias que se referem a: Pesquisa com células-tronco, criopreservação de células e novas tecnologias que demandem normas regulatórias; • Elaborar e propor estratégias comuns para o uso racional e otimização do gasto em medicamentos e insumos do processo de doação e transplante e, particularmente, a terapia imunomoduladora; • Implementar o intercâmbio e a cooperação técnica para o desenvolvimento de adequados sistemas de registro e gestão da informação de doação nos países; • Promover a cooperação e o intercâmbio de experiências para fortalecer as estratégias de promoção da doação de órgãos, tecidos e células nos Estados Partes do MERCOSUL e Associados; • Desenvolver um sistema comum regional de codificação para a rastreabilidade de células e tecidos que facilite os futuros intercâmbios de tecidos e células entre os países; impulsionar a integração e disponibilidade conjunta de um registro regional de doadores voluntários de Células Progenitoras Hematopoéticas (CPH); • Estabelecer um mecanismo de cooperação para a obtenção e transplantes de órgãos e tecidos, tendentes a gerar as condições que permitam acordos para o intercâmbio de órgãos e tecidos respeitando as normas jurídicas e regulatórias de cada país.
Acordo RMS nº12/2008.	Núcleo de Operacionalização e Articulação de Sistemas de Informação e Comunicação em Saúde do MERCOSUL” (NOASICS).	<p>O NOASICS dependerá da Reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL (RMS), conferindo-lhe a competência de apoiar as atividades das Comissões, Subcomissões, Grupos <i>Ad Hoc</i>, Grupos e Subgrupos de Trabalho de Saúde do MERCOSUL.</p> <p>Atuar junto com o Observatório MERCOSUL de Sistemas de Saúde, que possui as seguintes finalidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conceber e operacionalizar um instrumento para a disseminação de informações sobre os Sistemas de Saúde e para intercâmbio de experiências entre os Estados Partes e Associados do MERCOSUL, a partir da análise das práticas de organização, de financiamento e de participação social no âmbito desses sistemas; • Analisar as concepções institucionais, os princípios orientadores, os mecanismos e os processos de implementação no caso de países que estiverem realizando reformas de seus sistemas de saúde. • Identificar e analisar o papel dos principais atores sociais na conformação e na gestão dos Sistemas de Saúde. • Identificar, a partir destas análises, aspectos que condicionam a qualificação dos Sistemas de Saúde e que requerem estudos em profundidade.

Quadro V. Estrutura Organizacional das Reuniões de Ministros da Saúde (RMS) do MERCOSUL.

Fonte: A Autora, baseada em MERCOSUL (2009). Disponível em: <[http:// www.mercosulsaudedebsite.com.br/](http://www.mercosulsaudedebsite.com.br/)>.

*Antiga Comissão Intergovernamental “Sistemas de Informação e Comunicação em Saúde no MERCOSUL” – CISICS.

**Antiga Comissão Intergovernamental de Saúde e Desenvolvimento.

Nos itens seguintes serão analisados as resoluções e os acordos do SGT nº11 para melhor compreensão dos temas que têm ganhado destaque nas discussões do referido subgrupo e do próprio processo de integração no campo de saúde no âmbito do MERCOSUL.

5. AS RESOLUÇÕES DAS COMISSÕES E SUBCOMISSÕES DO SUBGRUPO DE TRABALHO SGT-11 “SAÚDE”

Para uma maior compreensão do processo de consolidação da saúde no âmbito do MERCOSUL, tendo em vista a saúde como elemento importante para a integração regional, foram analisados as Resoluções do SGT nº11 desde 1992 até 2009 e os Acordos das Reuniões de Ministros da Saúde do MERCOSUL desde 1999 até 2009. De acordo com o *site* oficial do MERCOSUL Saúde²¹, no SGT nº11 os documentos para análise se constituem de 207 Resoluções e de 133 Acordos das RMS. Apenas em 1998 é que houve a primeira Reunião Ordinária com os Ministros da Saúde dos países da região, dois anos após a formação do SGT nº11. Este último, apesar de ter se consolidado em 1996, as resoluções vinculadas à saúde estavam presentes desde a criação do MERCOSUL no Subgrupo de Trabalho nº 03, responsável pelas “Regulamentações Técnicas” no MERCOSUL. Na Tabela 1 encontra-se a relação anual das resoluções e dos acordos da área da saúde desde a criação do SGT nº 11.

Tabela 1. Ano e número dos documentos criados pelo SGT-11 e pelas RMS.

ANO	Nº RESOLUÇÕES DO SGT-11	Nº ACORDOS DAS RMS
1992	03	...
1993	03	...
1994	06	...
1995	10	...
1996	29	...
1997	08	...
1998	09	01
1999	24	11
2000	25	08
2001	06	03
2002	12	02
2003	06	15
2004	08	27
2005	19	12
2006	08	15
2007	08	...
2008	18	18
2009	05*	06
TOTAL	207	133

Fonte: MERCOSUL Saúde. Disponível em: <<http://www.mercosulsaudedevsite.com.br/>>.

* Segundo o *site*, o ano de 2009 apresenta-se com 32 resoluções, mas, quando analisadas, somente cinco pertencem à saúde. Esse dado foi confirmado com a leitura da Ata nº 02/2009 da XXXIII

²¹ <<http://www.mercosulsaudedevsite.com.br/>>.

Reunião Ordinária do SGT N° 11 Saúde realizada nos dias 5 a 9 de outubro de 2009 em Montevideu – Uruguai.

No Gráfico 1 se explicita a quantidade de resoluções de acordo com três grandes áreas do SGT n° 11. Quando analisadas, observa-se que a Comissão de Produtos para a Saúde apresenta-se com o maior número de resoluções, dado que é nessa Comissão que também há o maior número de subcomissões, totalizando sete das 11 subcomissões existentes no SGT n° 11. O maior número de subcomissões e de resoluções por consequência justifica-se do ponto de vista econômico-comercial, o maior interesse ao menos no que se refere ao aspecto da regulamentação conjunta. Em segundo lugar estão as questões relacionadas à vigilância em saúde e, em último, as ações de serviço de atenção à saúde.

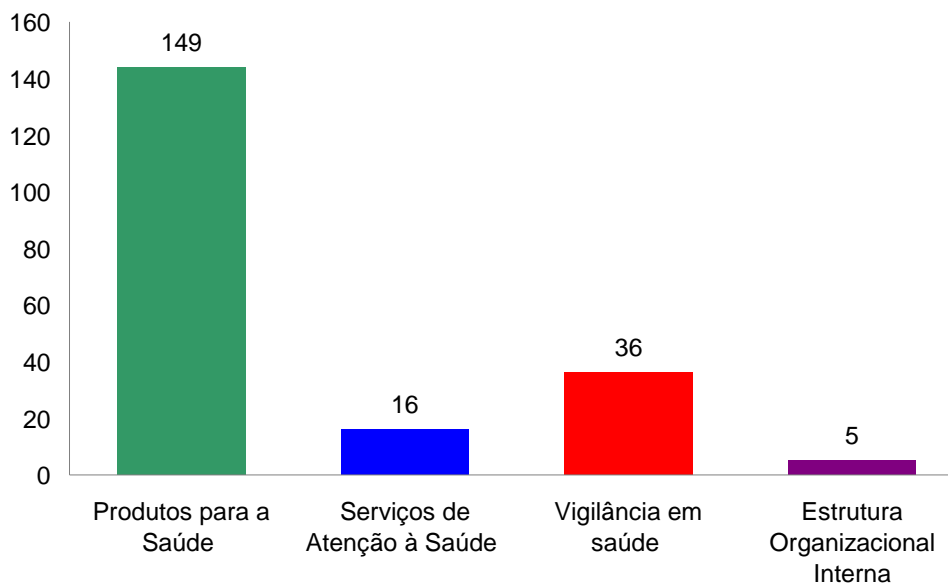


Gráfico 1. Frequência absoluta sobre as resoluções da Comissão do SGT N° 11 Saúde MERCOSUL. Dados de 1992 a 2009.

De acordo com o Gráfico 2, pode-se dividir a questão da saúde no MERCOSUL em dois momentos distintos: em um primeiro momento, que permanece por toda a década de 1990, a ênfase está na comercialização dos produtos relacionados à saúde, como medicamentos, cosméticos, produtos de higiene pessoal e perfumes, legislando sobre as boas práticas de fabricação e de

controle e sobre mecanismos de intercâmbio de aviso de alerta sobre eventos adversos causados pelos produtos médicos.

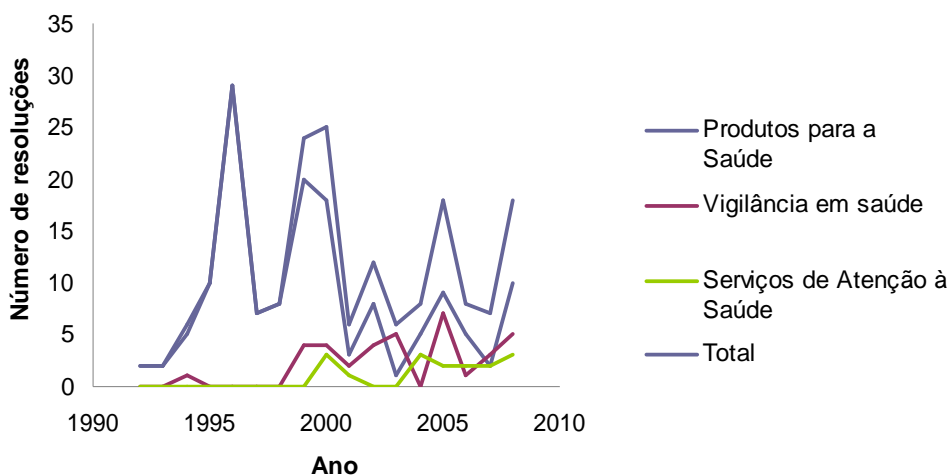


Gráfico 2. Frequência absoluta sobre as resoluções da Comissão do SGT N° 11 Saúde MERCOSUL ao longo das décadas de 1990 e 2000.

É a partir do ano de 2000 que surgem as primeiras resoluções sobre Serviços de Atenção à Saúde e uma ampliação das preocupações do MERCOSUL referente às questões de Vigilância em Saúde. Sobre esta última, em 1994, com a Resolução n° 97/1994, observa-se a primeira “estratégia de adequação sobre vigilância sanitária”, com vistas à “adequação do setor produtivo aos novos regulamentos harmonizados” sobre a comercialização de produtos. Somente em 1999, com as Resoluções n° 50/1999 e n° 80/1999, é que se cria um instrumento de interesse epidemiológico como a lista de doenças de notificação obrigatória dos Estados Partes do MERCOSUL e o glossário de terminologia de vigilância epidemiológica do MERCOSUL por meio de Resolução n° 53/1999. A Resolução n° 22/2008 é a última e revoga as outras resoluções sobre “vigilância epidemiológica e controle de enfermidades priorizadas e surtos entre os Estados Partes do MERCOSUL (REVOGAÇÃO da n° 50/99, 08/00, 04/01, 31/02 e 17/05)”, devendo o MERCOSUL estar de acordo com o Relatório Sanitário Internacional de 2005 por meio de boletins mensais sobre as doenças de notificação obrigatória, sendo elas: cólera, Chagas agudo, difteria, encefalite meningocócica, febre amarela, febre da dengue, febre do dengue hemorrágico (FDH), gripe humana NSV, hantavirose (SPCH), malária, peste,

poliomielite, raiva humana, rubéola, síndrome da rubéola congênita (SRC), sarampo, síndrome respiratória aguda severa (SARS), sífilis congênita, tétano neonatal e varíola. Destacam-se ainda, nessa Comissão, as resoluções sobre a saúde do viajante no MERCOSUL (Resoluções nº 21/2008 e 23/2008), que têm como objetivos o desenvolvimento do intercâmbio de informações epidemiológicas por meio da Declaração de Saúde do Viajante, toda vez em que ocorrer um “Evento de Saúde Pública Internacional”, segundo os parâmetros da OMS e as Recomendações para a saúde dos viajantes, que visam prevenir a disseminação de doenças infecciosas e evitar epidemias na região do MERCOSUL.

5.1 AS PRINCIPAIS RESOLUÇÕES DAS SUBCOMISSÕES DO SGT Nº11

Sobre a Comissão de Serviços de Atenção à Saúde, três foram às primeiras resoluções sobre o tema no ano de 2000²²: a Resolução nº 21/2000, que define o glossário de termos comuns nos Serviços de Saúde do MERCOSUL, a Resolução nº 28/2000, que estipula os requisitos básicos para a habilitação nos serviços de diálise e a Resolução nº 73/2000, que lista as 29 especialidades médicas comuns no MERCOSUL²³, com o intuito de contar com “normas básicas para o exercício profissional do médico” e uma “formação equivalente e conduta de atenção adequada”. (MERCOSUL, RESOLUÇÃO nº 73/2000, p.02).

Sobre essa Comissão destacam-se as estratégias de padronização e de organização dos serviços de urgência e emergência (Resolução nº 12/2007),

²² Em 1996, com a Resolução nº130/1996, e em 1997, com a Resolução nº 12/1997, foi criado o regulamento técnico MERCOSUL de níveis de complexidade dos serviços de medicina transfusional. Ainda ligado ao SGT Nº 3 “Regulamentos Técnicos”, antigo subgrupo de trabalho que cuidava das questões da saúde, é a primeira tentativa que se aproximava das questões de Atenção aos Serviços de Saúde. Segundo a Pauta negociadora nº 13/2007, essas duas resoluções pertencem à Comissão de Produtos para a Saúde do Grupo *Ad Hoc* de Sangue e Hemoderivados por se tratar das questões de coleta, armazenamento, conservação e transfusão de sangue e hemocomponentes relacionados aos “serviços de hemoterapia Públicos e Privados que necessitam de níveis de complexidade uniformes e harmonizados em todos os Estados Partes”. (MERCOSUL, RESOLUÇÃO Nº 12/1997, 2009, p. 3).

²³ São elas: Anatomia Patológica, Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Dermatologia, Endocrinologia e Metabologia, Fisiatria, Gastroenterologia, Ginecologia e Obstetrícia, Hematologia, Hemoterapia, Medicina Intensiva, Clínica Médica, Medicina do Trabalho, Nefrologia, Pneumologia, Neurocirurgia, Neurologia, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Psiquiatria, Radiologia, Reumatologia e Urologia. (MERCOSUL, RESOLUÇÃO Nº73/2000).

serviços de maternidade (Resolução n° 48/2007), serviços de terapia intensiva adulto, pediátrica e neonatal (Resolução n° 65/2006), requisitos comuns para a habilitação de unidades móveis terrestres de atenção médica de emergência (Resolução n° 25/2004), caderneta de saúde da criança (Resolução n° 04/2005) e cooperação técnica em regulação de vacinas com os cuidados em armazenamento, distribuição e transporte (Resolução n° 53/2008). Em nenhuma das resoluções cita-se a organização em relação à troca de usuários dos sistemas de saúde. A integração é colocada, até nesse momento, como padronização dos serviços.

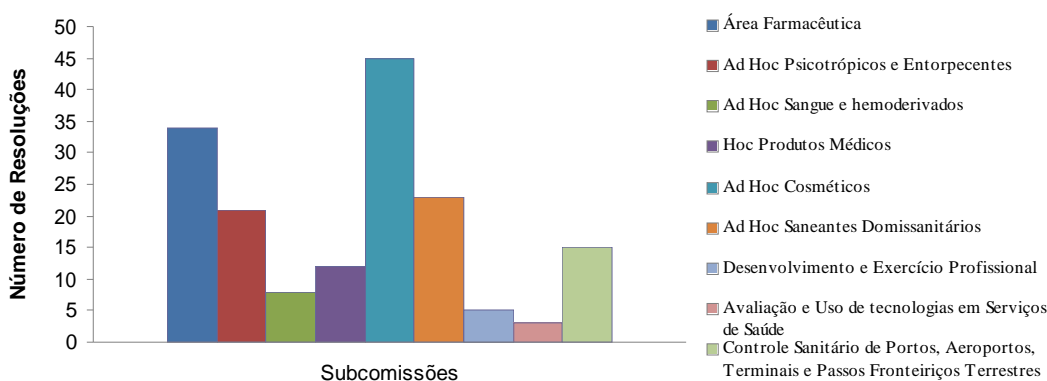


Gráfico 3. Frequência absoluta sobre as resoluções da Subcomissão do SGT N° 11 Saúde MERCOSUL. Dados de 1992 a 2009.

Apesar da diminuição das resoluções sobre os produtos de saúde a partir do ano de 2000, não significa que a preocupação maior ainda não seja a questão comercial da saúde na região, até porque a regulamentação básica já está definida. Quando analisadas as subcomissões dos produtos de saúde, definidas como “grupos de trabalho integrados por representantes dos Estados Partes que debatem à luz das Políticas Nacionais de Saúde, construindo consensos regionais” (MERCOSUL, 2009, p.01), observa-se que o maior número de resoluções está relacionado às questões sobre os cosméticos comercializados na região, seguido das resoluções sobre a Área Farmacêutica, Saneantes Domissanitários e as questões sobre os Psicotrópicos e Entorpecentes. Nas 45 resoluções que discutem a questão dos cosméticos no MERCOSUL destaca-se a preocupação do SGT n° 11 com a obrigatoriedade de comunicação entre os Estados Partes sobre a retirada do mercado de produtos “que se comercializam nos Estados Partes por falta de

qualidade, produtos adulterados ou falsificados, lista de laboratórios fechados ou sobre os quais pesam medidas cautelares por não cumprirem com as Boas Práticas de Fabricação e Controle” (MERCOSUL, RESOLUÇÃO n° 20/2005, p.01) e a lista de substâncias que não podem ser utilizadas em produtos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes pelo agravo à saúde que podem provocar, em especial as substâncias que estimulam a produção de células cancerígenas no corpo humano (RESOLUÇÃO n° 29/2005).

Sobre a Área Farmacêutica, com 34 resoluções, destacam-se as diretrizes sobre o combate à falsificação e a fraudes de medicamentos e de produtos médicos (Resolução n° 13/2008), mecanismos de alerta sobre efeitos adversos e medicamentos retirados do mercado (Resolução n° 78/1999), boas práticas de pesquisas clínicas, fabricação, controle e transportes de insumos e produtos farmacêuticos (Resolução n° 129/1996, Resolução n° 48/2008, Resolução n° 78/1999) e as diretrizes sobre controle da promoção, propaganda e publicidade de medicamentos (Resolução n° 54/2008), que definem os medicamentos no MERCOSUL como “bens de saúde, não devendo sua publicidade tratá-los como bens de consumo”. Baseado nos Critérios Éticos para a Promoção de Medicamentos da OMS de 1988, o MERCOSUL por meio da resolução citada acima, proíbe as propagandas de medicamentos “com forte apelo emocional, capazes de causar medo ou angústia, ou sugerir que a saúde pode ser afetada pelo não uso do medicamento”. (MERCOSUL, RESOLUÇÃO N° 54/2008, p.01).

No Grupo *Ad Hoc* de Saneantes Domissanitários, com 23 resoluções, destacam-se a organização dos produtos de limpeza de acordo com o risco potencial para a saúde e as substâncias que não podem estar contidas nos produtos de limpeza (Resolução n° 51/2006, Resolução n° 47/2007). Nas “formulações de produtos saneantes não são permitidas substâncias comprovadamente carcinogênicas, mutagênicas ou teratogênicas”, em especial a atual classificação toxicológica do Formaldeído pelo IARC – International Agency for Research on Câncer, como substância comprovadamente carcinogênica para humanos. Outros cuidados tomados em relação à saúde são as normas de embalagens e distribuição dos produtos inflamáveis, cáusticos e corrosivos e em aerossol, que devem ser explicados e orientados, de forma clara e padronizada, em todo o MERCOSUL.

Sobre o Grupo *Ad Hoc* de Psicotrópicos e Entorpecentes, com 21 resoluções, destacam-se o controle e fiscalização da entrada e saída de entorpecentes na região e a definição de pontos específicos para esse fim (Resolução n° 02/2004)²⁴, a autorização para a entrada e a saída de medicamentos que contenham essas substâncias para pacientes em trânsito (Resolução n° 62/2000, Resolução n° 66/2000), que deve estar acompanhado de documentação legal contendo nome e endereço do paciente, nome do medicamento e do princípio ativo, concentração, forma farmacêutica, quantidade, posologia, data, nome, endereço e assinatura do médico com a identificação da inscrição no organismo correspondente. Outras resoluções importantes são: o regulamento técnico sobre os documentos necessários para a importação e a exportação dessas substâncias (Resolução n° 29/2002), o glossário de termos comuns para entorpecentes, psicotrópicos e precursores no MERCOSUL (Resolução n° 10/2001), o controle e fiscalização das sementes de Dormideira (*Papaver Somniferun*) (Resolução n° 23/200) e as concentrações corretas e necessárias de entorpecentes e substâncias psicotrópicas nas formulações de medicamentos (Resolução n° 22/2000).

Após essas quatro subcomissões com o maior número de resoluções, estão as subcomissões de Controle Sanitário de Portos, Aeroportos, Terminais e Passos Fronteiriços Terrestres, com 15 resoluções; de Produtos Médicos, com 12 resoluções; de Sangue e Hemoderivados, com 8 resoluções; de Desenvolvimento e Exercício Profissional, com 5 resoluções; e de Avaliação e Uso de Tecnologias em Serviços de Saúde, com 3 resoluções. Na primeira destas quatro últimas, destacam-se os procedimentos mínimos de inspeção sanitária nas embarcações que navegam pelos EP (Resolução n°09/2008), o certificado de desratização (Resolução n° 44/2002), as diretrizes para o manejo sanitário dos dejetos (Resolução n° 51/2007, n° 53/2007); e os procedimentos de vigilância epidemiológica em meios de transportes e áreas de portos, aeroportos, terminais e pontos de fronteira no MERCOSUL com relação à Síndrome Respiratória Grave (SARS), com avaliação e observação do suspeito e seus contatos por 10 dias após a detecção do caso como

²⁴ No Brasil, o ponto de entrada e saída de psicotrópicos e entorpecentes é o Porto do Rio de Janeiro (RJ), o Aeroporto Internacional do Rio de Janeiro “Maestro Antônio Carlos Jobim”, o Porto de Santos – SP, Aeroporto Internacional de São Paulo “Governador André Franco Montoro”. Na Argentina, o documento cita apenas a cidade de Buenos Aires. No Paraguai, na cidade de Assuncion; Luque – Aeroporto Internacional “Silvio Pettirosi” e, no Uruguai, o Puerto de Montevideo; Canelones – Aeropuerto Internacional de Carrasco. (Resolução n° 02/2004).

medida de controle para se evitar a propagação da doença e possível epidemia na região, bem como os cuidados relacionados ao transporte de substâncias infecciosas e amostras para diagnósticos (MERCOSUL, RESOLUÇÃO n°25/2000).

Sobre os Produtos Médicos, destacam-se as diretrizes de intercâmbio de avisos sobre eventos adversos causados por produtos médicos utilizados no MERCOSUL (Resolução n° 46/2008), o regulamento técnico dos registros de produtos médicos, catalogados em quatro classes de acordo com o risco que representam para a saúde do consumidor, paciente, operador ou terceiros envolvidos e o programa para capacitação de inspetores para a verificação do cumprimento das boas práticas de fabricação de produtos médicos (MERCOSUL, RESOLUÇÃO n° 25/1998).

No Grupo *Ad Hoc* de Sangue e Hemoderivados destaca-se a padronização dos serviços de Medicina Transfusional no MERCOSUL (MERCOSUL, RESOLUÇÃO n°42/2000).

Toda instituição que contemple assistência médica, que conte com serviço de emergência, ou realize intervenções clínicas e/ou cirúrgicas de média ou grande complexidade ou contemple serviços de obstetrícia, ou possua unidades de diálise, deve contar com serviços de Medicina Transfusional próprias ou conveniadas, com capacidade de armazenamento, conservação e transfusão de sangue e hemocomponentes. (MERCOSUL, RESOLUÇÃO N° 42/2000, p.03).

Essa resolução contém dados referentes ao doador e ao receptor, como identificação, consentimento e cuidados gerais como caráter da transfusão: 1) “Programada”, para determinado dia e hora; 2) “Não urgente”, a realizar dentro das 24 horas; 3) “Urgente”, a realizar dentro das 3 horas e 4) “De extrema urgência”, quando a demora na administração da transfusão implica risco para a vida do paciente. E ainda: qualidade da amostra; compatibilidade transfusional do Grupo ABO e fator RH (D) e outros, como padronização de transfusão de medula óssea e aspectos particulares do receptor neonatal e de bebês até o 4° mês de vida.

Sobre o Exercício Profissional no MERCOSUL destaca-se a Matriz Mínima de Registros de Profissionais de Saúde do MERCOSUL. O objetivo da Matriz Mínima é

harmonizar a compreensão entre os Estados Partes sobre as profissões de saúde, já “que o entendimento sobre o conceito de profissional de saúde não é o mesmo em todos os Estados Partes” e fazer com que haja a livre circulação desses profissionais. Segundo o documento, “os Registros de Profissionais conterão todos os dados de profissionais de Saúde que exerçam ou tentem exercer a sua profissão no exterior e/ou que trabalhem em zonas, municípios ou jurisdições de fronteira”, podendo o Estado Parte incluir, opcionalmente, os dados da totalidade dos profissionais de saúde que exerçam no país (MERCOSUL, RESOLUÇÃO n° 27/2004, p.02). Para as profissões de médicos, odontólogos, enfermeiros, nutricionistas e farmacêuticos, a Resolução n° 66/2006 sobre profissões de saúde no MERCOSUL solicita a exigibilidade do preenchimento da Matriz Mínima, por serem essas profissões comuns entre os Estados Parte. O número de trabalhadores de saúde que atuam em todo o MERCOSUL são: 2.180.598 postos de trabalho no Brasil, 550 mil na Argentina, 54 mil no Uruguai, 19.376 no Paraguai e 111.694 na Venezuela. São considerados trabalhadores de saúde os profissionais das áreas de: Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2006a, p. 13)²⁵. É interessante citar também a Resolução n° 58/2001, que define os princípios éticos médicos no MERCOSUL.

Na Resolução n° 18, de 2005, destacam-se as diretrizes metodológicas para a elaboração de informes sobre a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) com o objetivo de promover a “segurança, a eficácia e a efetividade das tecnologias relevantes em matéria de saúde” (MERCOSUL, RESOLUÇÃO N° 18/2005, p.01). Essas diretrizes foram operacionalizadas por meio de formulários de solicitação de

²⁵ O Fórum Permanente MERCOSUL para o Trabalho em Saúde, criado em 13 de abril de 2004, pela Portaria n° 929/GM, atua como uma instância colaboradora da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional e trouxe, como resultado de seu trabalho, a aprovação e a incorporação da Matriz Mínima desses profissionais de saúde pelo GMC/Resolução n° 27/2004 e aprovada pelo Ministério da Saúde Brasileiro por meio da Portaria/GM n° 552, de 13 de abril de 2005. “A Matriz Mínima se apresenta sob forma de dados sobre o profissional de saúde e sua formação (graduação e pós-graduação, *lato e stricto sensu*) e sobre a conduta ética e disciplinar”. Tem como principais finalidades a “instituição de informações mínimas comuns no âmbito dos Estados Partes do MERCOSUL” visando uma padronização e intercâmbio de “informações mínimas sobre os profissionais de saúde entre os ministérios de saúde dos Estados Partes”. (BRASIL, 2006, p.12-13).

ATS e a construção de guias realizado por meio de um relatório com pesquisas de enfoque descritivo e analítico sobre a tecnologia e disponibilizado aos gestores em forma de artigo científico nos *sítes* de busca. O enfoque descritivo oferece informações relevantes sobre a “utilização atual ou futura da tecnologia ou sobre as possíveis conseqüências da implantação dessa tecnologia apoiados em dados de outros estudos ou registros de saúde”. Já o enfoque analítico “consiste em realizar um estudo com dados primários que avalie a utilização ou implantação da tecnologia no meio escolhido”. (MERCOSUL, RESOLUÇÃO N° 52/2008, p.13). A discussão da incorporação de tecnologias no MERCOSUL é que, aumentando o rigor na implantação de novas tecnologias, se possa diminuir a dependência dos países desenvolvidos e aumente a qualidade de vida das pessoas. O objetivo de solicitação de ATS “visa à incorporação de tecnologias de acordo com a necessidade de saúde da população local”, já que, segundo o próprio documento, “[...] nem toda incorporação de tecnologia é benéfica a saúde da população”, dado a “ausência de uma boa correlação entre o nível de gasto sanitário de um país e a saúde coletiva de seus cidadãos”. (MERCOSUL, RESOLUÇÃO N° 12/2008, p.1; RESOLUÇÃO N° 52/2008, p.2).

Segundo a Resolução n° 52/2008, a integração no âmbito da saúde necessita de rigor na incorporação de tecnologias, isso pelo poder que ela representa para os países centrais em relação aos países periféricos, pela necessidade de dispor de formulários unificados e harmonizados para a solicitação de avaliações de tecnologias em saúde para incorporação ou não da nova tecnologia dado o poder ideológico que ela representa para a população, pela crescente incorporação de inovações tecnológicas que nem sempre representam vantagens sobre as tecnologias pré-existentes, e também de acordo com as

[...] necessidades de apoiar decisões fundamentadas para a incorporação de tecnologias sanitárias; A variabilidade observada na prática clínica influenciadas por múltiplos fatores além da existência de informação que evidencia efetividade; A importância do uso racional de tecnologias pelos profissionais e cidadãos; Os impactos sanitários, sociais, éticos, organizacionais e econômicos com o objetivo de compartilhar e intercambiar informação entre os Estados Partes, evitando a duplicação de trabalhos, através da harmonização de metodologias de trabalho. (MERCOSUL, RESOLUÇÃO n° 12/2008, p. 1).

Como pode-se observar o SGT N°11 tem um caráter técnico. Seus principais avanços estão na consolidação do comércio intra-bloco entre os produtos de saúde. As negociações realizadas e a aprovação dos documentos produzidos pelos Estados Partes e Associados do MERCOSUL vêm avançando com o objetivo no que diz respeito à livre circulação dos produtos indispensáveis à promoção e assistência à saúde das populações dos países membros do bloco. Os sistemas de vigilância em saúde coopera com as ações dos produtos de saúde, no sentido de não permitir a entrada de doenças na região e que seus produtos sejam contaminados. A vigilância epidemiológica avança como um instrumento de integração importante na medida em que possui dados concretos sobre as doenças presentes na região, seu caráter endêmico e epidêmico e os riscos epidemiológicos de epidemias e pandemias. Outro fato importante é a participação do setor privado citado em algumas resoluções como a Resolução n° 26/2006 que trata sobre as terceirizações dentro de empresas já privadas e a implicação destas nos processos de vigilância sanitária na produção e venda de produtos. Esta resolução questiona o nível de regulação e controle que poderá ser feita por parte dos Estados envolvidos aos produtos de saúde dentro de empresas terceirizadas a empresas privadas, ou seja, qual o controle sanitário que há em produtos fabricados por empresas terceirizadas a empresas privadas e quais os riscos que a população pode sofrer quanto ao uso destes produtos. Longe de apresentar respostas práticas, a Resolução apenas inicia a discussão sobre os riscos sanitários evidentes. A Atenção em Saúde ainda está no âmbito da padronização dos serviços de: diálise, urgência e emergência, regulação de vacinas, serviços de maternidade, unidade de terapia intensiva de adulto, pediátrica e neonatal, unidades móveis terrestres de atenção médica de urgência e medicina transfusional.

As medidas de livre circulação no MERCOSUL, seja de mercadorias ou de pessoas, geram alterações significativas no modo de ver a saúde como uma política social regionalizada. As questões sanitárias necessitam de rigorosos critérios sobre cada produto dos Estados Membros, critérios que vão desde a higiene na fabricação, formas de transporte, tempo mínimo de produção até a exportação, viabilidade portuária, contenção dos riscos epidemiológicos, etc. O atendimento à atenção à saúde humana é fundamental para uma consolidação entre os países para que pessoas não tenham medo de ir e vir nem de adoecer em qualquer país do

bloco sem que tenham a necessária garantia de acesso à saúde em todos os Estados Partes e, mais que do isso, a certeza de atendimento gratuito e de qualidade, sendo a saúde um direito social regionalizado. Apesar das dificuldades inerentes ao processo de integração, Guimarães e Giovanella (2006, p. 1801) salientam que “a garantia do direito à saúde é reconhecida como fundamental para a livre circulação de pessoas”, de modo que não se constitua uma “barreira não tarifária ao processo de integração”. Ajustes macroeconômicos que possuem implicações diretas com *deficits* dos seguros sociais influenciariam no cumprimento ou não dos critérios acordados entre os países em relação à saúde regional, o que prejudicaria a economia do bloco econômico na sua totalidade (GUIMARAES; GIOVANELLA, 2006, p. 1799).

A integração da saúde no âmbito do MERCOSUL não difere da ideia central da integração da instituição onde o MERCOSUL é considerado, acima de tudo, um acordo político. “É um fator de estabilidade na região, pois gera uma trama de interesses e relações que tornam mais profundas as ligações, tanto econômicas quanto políticas, e neutraliza as tendências à fragmentação” (MERCOSUL, 2009c, p. 1). O MERCOSUL, segundo o *site* oficial da instituição, “é um agrupamento regional de reconhecido peso econômico e de incontestável estabilidade política, que tem sabido aproveitar as oportunidades da globalização e tem, assim, atraído, cada vez mais, o interesse de investidores de todo o mundo” (MERCOSUL, 2010, p. 1).

Localizando-se no mundo da produção, na lógica da acumulação capitalista, os avanços “[...] são mais rápidos entre os bens e serviços tradicionais (*commodities*, bens duráveis e não duráveis de consumo e serviços como transportes e turismo etc.) ou associados a novos processos tecnológicos que aumentam a produtividade (como é o caso da informática)”. Todos os serviços dependem da “natureza dos bens e serviços demandados no mercado internacional” (LAFOZ, 2008, p. 3). Esse descompasso no processo de integração das políticas sociais e mais especificamente a saúde no MERCOSUL estaria associado pela própria natureza desta política que não opera nas normas de um mercado competitivo segundo texto produzido pelo Ministério da Saúde do Brasil, justificando as causas do atraso. Segundo o texto, este fato estaria relacionado à:

Natureza da demanda imprevisível (o consumidor não sabe quando vai adoecer); o produto e o consumo são concomitantes (a consulta médica é consumida no momento de sua produção); existe uma incerteza quanto à qualidade do produto (o produto não pode ser testado antes de consumi-lo); os preços não são estabelecidos pelo mercado (um mesmo serviço pode assumir diferentes preços dependendo da renda dos indivíduos); as condições de oferta são variáveis já que as ações em saúde demandam um grau de capacitação elevado e de regulação das atividades e profissões o que cria barreiras à entrada de novos ofertantes (MÉDICI; BARROS, 2006 apud LAFOZ, 2008, p. 3).

Em relação ao SGT N° 11 “Saúde”, as negociações realizadas e a aprovação das normativas produzidas pelos Estados Partes do MERCOSUL vêm avançando com o objetivo claro no que diz respeito à livre circulação dos produtos indispensáveis à promoção e assistência à saúde das populações nos países do MERCOSUL. Em um segundo plano as ações de Vigilância Epidemiológica e Atenção em Saúde, que permitem analisar os indicadores de saúde da população, e, prever e conter ao mesmo tempo as doenças para que as pessoas fiquem livres de epidemias. Para os próximos anos acredita-se que as ações em vigilância em saúde que engloba tanto a vigilância epidemiológica como a vigilância sanitária tenham maior destaque no MERCOSUL dada à pandemia provocada pela Influenza H1N1. Neste momento, sobre as ações em Atenção em Saúde, o MERCOSUL encontra-se em um processo de padronização de serviços e harmonização de normas e regulamentos técnicos que visam à integração de saúde entre os povos e num segundo momento ao acesso por parte dos trabalhadores aos serviços públicos de saúde. Outro dado importante é a participação do setor privado citado em algumas resoluções como a Resolução n° 26/2006 que trata sobre as terceirizações dentro de empresas privadas e a implicação destas nos processos de vigilância sanitária na produção e venda de produtos. Mesmo que não colocada de forma tão clara a participação do setor privado no âmbito da Atenção em Saúde, o MERCOSUL vem em suas resoluções regulamentando tanto o setor público como a participação do setor privado.

6. OS ACORDOS DAS REUNIÕES DE MINISTROS DA SAÚDE (RMS)

Quanto aos documentos analisados nas Reuniões de Ministros da Saúde (RMS), foram ao total analisados 131 acordos dos 133 relatados no *site* oficial do MERCOSUL²⁶. Dos 131 documentos das RMS, 17 são sobre a organização interna das reuniões e criação das 11 Comissões Intergovernamentais, como explicado em quadro anterior (QUADRO VI). A divisão realizada entre os acordos das RMS em Produtos para a Saúde, Serviços de Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde, Acordos Políticos de Integração e Estrutura Organizacional Interna nas RMS foi baseada nos critérios de organização e estrutura do SGT N° 11 Saúde²⁷. A análise desta forma foi realizada no intuito de comparar os dois grupos responsáveis pela saúde no MERCOSUL, já que a maior parte dos acordos não está vinculada diretamente as Comissões Intergovernamentais. No Gráfico 4 observa-se a quantidade dos acordos firmados nas Reuniões de Ministros da Saúde.

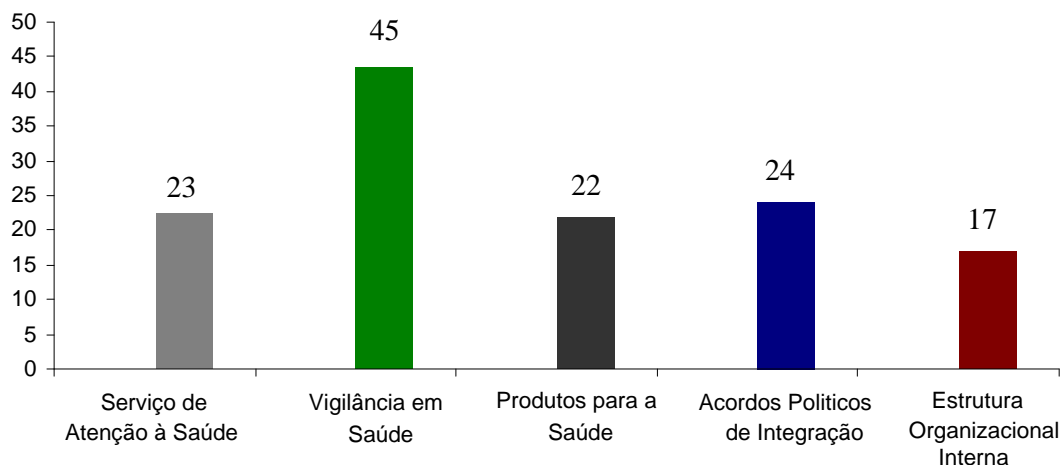


Gráfico 4. Frequência absoluta sobre os Acordos das Reuniões de Ministros da Saúde. Dados de 1999 a 2009.

²⁶ O único e primeiro acordo das RMS realizado em 1998 não está disponível para análise e os Acordos n° 04/2004 e n° 20/2004 são acordos repetidos, totalizando, dessa forma, 131 acordos analisados.

²⁷ Nas RMS não existe uma pauta negociadora que defina, de forma clara, a hierarquia e os objetivos das Comissões Intergovernamentais criadas pelos acordos entre os ministros da saúde, como se observou no SGT N° 11. A estrutura e os objetivos das Comissões Intergovernamentais são citados nos acordos de criação dessas comissões conforme a necessidade das ações em saúde que vão surgindo. O único documento que cita a Estrutura Institucional da Reunião de Ministros da Saúde é o Acordo n° 01/2006, que faz apenas uma relação das Comissões Intergovernamentais criadas até o momento.

6.1 AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Dos 45 acordos sobre as ações da Vigilância em Saúde, citam-se as ações do Plano Integrado para a Pandemia de Influenza (Acordo N° 15/2008, N° 11/2005), elaborado e colocado como prioridade entre os Estados Partes e Associados no ano de 2008, sendo de competência técnica da Comissão Intergovernamental de “Implementação do Regulamento Sanitário Internacional” (CIRSI) em associação com as outras comissões da RMS e do SGT N° 11. De acordo com o artigo 5° do documento, o plano seria “[...] elaborado e apresentado durante o ano de 2009, assim como os mecanismos de avaliação e monitoramento” (Acordo N°15/2008). Como se pôde observar durante o longo inverno de 2009, o plano de preparação foi desenvolvido juntamente com a pandemia. Outros importantes acordos são a adequação ao Regulamento Sanitário Internacional para os EP e EA (Acordos N° 15/2007, N° 07/2005, N° 12/2004, N° 03/2001); o plano de capacitação conjunta para as áreas de vigilância epidemiológica (Acordo N° 07/1999) com vistas ao diagnóstico epidemiológicos precoce, em especial ao controle da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) (Acordo N° 03/2003), o combate ao Sarampo, à Cólera e à Doença de Chagas no MERCOSUL (Acordos N° 04/1999, N° 03/1999, N° 01/1999) e o controle das doenças não transmissíveis e fatores de risco no MERCOSUL (Acordos n° 14/2006, N° 15/2006); como também os avanços relacionados ao controle da Dengue e do uso do tabaco na região que exploraremos com mais detalhes no texto de acordo com os dados dos Acordos n° 03/2009 e Acordo n°07/2003 respectivamente.

QUADRO VI . PRINCIPAIS ACORDOS FIRMADOS NAS RMS SOBRE AS AÇÕES DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ACORDO	DESCRIÇÃO
ACORDO N° 03/2009	Estratégia de gestão integrada de prevenção e controle da dengue nos estados partes e associados do MERCOSUL EGI-DENGUE-MERCOSUL-EA.
ACORDO N° 15/2008	Plano integrado de preparação para pandemia de influenza no MERCOSUL
ACORDO N° 15/2007	Participação dos estados partes do MERCOSUL e estados associados no processo de implementação do regulamento sanitário internacional (2005)
ACORDO N° 15/2006	Acordo sobre doenças não transmissíveis e fatores de risco nos estados partes e associados do MERCOSUL
ACORDO N° 11/2005	Plano de ação conjunta para enfrentar os riscos e impactos de uma eventual pandemia de influenza e gripe aviária
ACORDO N° 07/2003	Estratégia regional para o controle do tabaco no MERCOSUL, e na república do Chile.
ACORDO N° 03/2003	Plano de capacitação conjunta para o pessoal das áreas de vigilância epidemiológica.
ACORDO N° 07/1999	Trabajos relativos al diagnóstico epidemiológico de la sub-región en su conjunto.
ACORDO N° 04/1999	Metas de eliminação de sarampo no MERCOSUL
ACORDO N° 03/1999	Ações integradas para prevenção e controle da cólera no MERCOSUL
ACORDO N° 01/1999	Combate da doença de chagas no MERCOSUL

Fonte: A autora com base em: <http://legis-pt.mercosul.homolog.bvsalud.org/leisref/public/home.php> e http://www.mercosulsaudedebsite.com.br/index.php?option=com_docman&talk=cay-. Acesso em junho de 2009.

6.1.1 A Estratégia de Gestão Integrada no MERCOSUL de combate ao *Aedes aegypti*

Citam-se também, sobre a Vigilância em Saúde no MERCOSUL, a gestão integrada de combate e controle do *Aedes aegypti* e Dengue pela Comissão de Vigilância e Controle da infestação Pro *Aede aegypti* e da Transmissão do vírus da Dengue para os países do MERCOSUL, Bolívia e Chile, o EGI-DENGUE-MERCOSUL (ACORDO N°03/2009, N°03/2007, N°04/2007, N°08/2005, N°14/2004, N°11/2003). O combate à dengue vem sendo amplamente discutido e a compreensão do documento é que

[...] a situação regional atual, com surtos e epidemias de grandes intensidades, e com uma carga social de alta sensibilidade, associados à presença de fatores estruturais, tais como as mudanças climáticas, fatores sócio-ambientais, migrações, urbanização não controlada nem planificada, geram um aumento da densidade do

mosquito *Aedes aegypti*, vetor transmissor do vírus da Dengue. (MERCOSUL, ACORDO N° 03/2009, p.01).

O controle da dengue é um avanço considerável na integração da saúde no MERCOSUL, sendo uma estratégia regional de fortalecimento e de integração dos trabalhos técnicos para o combate à dengue, como a Comunicação Social e participação comunitária, a entomologia, a epidemiologia, a atenção ao paciente e as pesquisas laboratoriais. O cuidado com a dengue nas Américas é importante dadas às condições climáticas favoráveis à proliferação do *Aedes aegypti*, principal vetor da doença, estando presente nas Américas desde os Estados Unidos até a Argentina, com exceção do Canadá e do Chile Continental. Segundo o Acordo nº 03 de 2007, estima-se que “80 millones de personas se infectan de dengue anualmente en 100 países, cerca de 550 mil enfermos necesitan hospitalización y 20.000 personas mueren como consecuencia de dengue (OMS)” (MERCOSUL, ACORDO RMS nº 03/2007, p.01)²⁸. Os dados epidemiológicos apresentados pelos países no MERCOSUL em 2007 mostram que, nos últimos 12 anos, houve nove milhões de casos registrados e estima-se tendência de aumento de sua incidência. A maior preocupação diante dessa tendência é que a ampla circulação de diversos sorotipos virais prenuncia um elevado risco de epidemias de dengue e de aumento nos casos de Febre Hemorrágica da Dengue (FHD) nos países do continente americano.

O Plano Regional de Combate à Dengue, criado por meio do Acordo N° 14/2004, se propôs a integrar os programas nacionais de controle da doença dos países participantes, inicialmente nos municípios fronteiriços considerados pólos, com rotas comerciais, portuários, núcleos de turismo e/ou com presença do vetor, passando posteriormente para outros municípios não fronteiriços. Com o objetivo de reduzir a menos de 1% a infestação predial e a letalidade por febre hemorrágica da dengue em todos os municípios, o Plano atua por meio da integração da vigilância epidemiológica; vigilância laboratorial por meio da garantia de realização de diagnóstico sorológico dos casos suspeitos nos municípios fronteiriços; assistência aos pacientes com organização da rede assistencial de serviços e fluxo de

²⁸ “80 milhões de pessoas se infectam de dengue anualmente em 100 países, cerca de 550 mil enfermos necessitam de hospitalização e 20.000 pessoas morrem como consequência de dengue (OMS)” (MERCOSUL, ACORDO RMS nº 03/2007, p.01)²⁸.

atendimento aos pacientes; qualidade da assistência, divulgando para os médicos dos municípios fronteiriços, protocolo padronizado de assistência ao paciente com dengue e implantação nos municípios fronteiriços de sistema de registro; ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social, como o dia de mobilização contra a dengue de maneira simultânea entre os municípios fronteiriços; capacitação de recursos humanos; realização, acompanhamento e avaliação semestral do Plano Regional de Intensificação nos municípios fronteiriços de cada país, por intermédio da comissão intergovernamental responsável e representantes da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com base nos indicadores de saúde estabelecidos entre os Estados Partes e Associados; pesquisa operacional e saneamento ambiental.

Em 2007 foi criado a Estratégia de Gestão Integrada de Prevenção e Controle da Dengue nos Estados Partes do MERCOSUL (EGI-DENGUE-MERCOSUL), para fortalecimento e avanço das ações no combate à doença. A EGI-DENGUE-MERCOSUL visa “incrementar as ações que permitam identificar e mobilizar recursos financeiros para a implementação efetiva e sustentável das estratégias nacionais, evitando que a mobilização de recursos econômicos dependa somente de situações de emergência”, e tem como objetivo a:

Disminución de morbilidad, mortalidad, repercusión socioeconómica de dengue, así como prevenir la endemidad en Argentina, Chile, Uruguay y Paraguay, mediante el desarrollo, implementación y consolidación de una Estrategia de Gestión Integrada y multisectorial en el 100% de los Estados Partes y Asociados del MERCOSUR, en 5 años (2007-2011). (MERCOSUL, ACORDO RMS n° 03/2007, p.01)²⁹.

²⁹ Diminuição de morbidade, mortalidade, repercussão socioeconômica de dengue, assim como prevenir a endemidade na Argentina, Chile, Uruguai e Paraguai, mediante o desenvolvimento, implementação e consolidação de uma Estratégia de Gestão Integrada e multisetorial em 100% dos Estados Partes e Associados do MERCOSUR, em 5 anos (2007-2011). (MERCOSUL, ACORDO RMS n° 03/2007, p.01)²⁹.

6.1.2 O controle do Tabaco no MERCOSUL

Outro tema da saúde no MERCOSUL é o controle do tabaco (ACORDO N° 06/2006, N° 07/2006, N° 05/2005, N° 10/2005, N° 01/2004, N° 02/2004, N° 18/2004, N° 07/2003). Responsável por doenças graves e mais de cinco milhões de mortes anuais em todo o mundo, o consumo do tabaco vem, a partir de 2003, sendo restringido pela construção da Convenção-Quadro sobre o Controle do Uso do Tabaco (CQCT), realizada pelos 192 países membros da OMS. Esse documento-marco para o controle do tabaco é considerado o primeiro tratado internacional de saúde pública sob orientação da OMS. Aprovada por unanimidade na 56ª Assembléia Mundial da Saúde, a CQCT surge como resposta perante a necessidade de implementar medidas globais coordenadas para enfrentar a pandemia de tabagismo (ACORDO N° 07/2003). “Ao ratificar esse tratado os governos se tornam Estados Partes e se comprometem a adotar medidas multissetoriais efetivas para controlar a expansão do tabagismo e suas sérias conseqüências sanitárias, sociais e econômicas”. Até novembro de 2008, cerca de 161 países ratificaram a adesão a esse tratado e se tornaram Estados Partes do mesmo, demonstrando o compromisso dos governos com a implementação de políticas de saúde pública. Até 2008, a Argentina era o único país de todo o MERCOSUL que ainda aguardava a ratificação do seu Congresso Nacional para poder se tornar Estado Parte do tratado (MERCOSUL, 2008, p. 3-9).

Parece que o MERCOSUL vem, dessa forma, fazendo o dever de casa. No dia 26 de novembro de 2008, foi publicado o relatório evolutivo sobre o controle do tabaco no MERCOSUL durante os anos de 2004 a 2008, organizado pela representação da Comissão Intergovernamental para o Controle do Tabaco no Brasil, durante a Presidência *Pro Tempore* Brasil de 2008. Nesse período, os avanços foram importantes em relação aos compromissos assumidos pelos Estados Partes da Convenção-Quadro, com a implementação do seu artigo 13, ou seja, a proibição total da publicidade, da promoção e do patrocínio dos produtos derivados do tabaco. Segundo o relatório do MERCOSUL,

Em nenhum país há banimento total da propaganda, e somente no Uruguai e no Brasil há restrição da promoção de produtos do tabaco

aos pontos internos de venda. Em termos de evolução especialmente em relação à promoção, entre os anos de 2004 e 2008 [...] apenas o Uruguai e o Chile apresentaram mudanças mais visíveis no sentido de restringir atividades de promoção. Cabe ressaltar que o Brasil, já no levantamento de 2004, e o Equador, no de 2008, apresentam legislação bastante avançada neste setor, ainda que sem banimento total. (MERCOSUL, 2008, p. 13).

As restrições são definidas pelo MERCOSUL como banimento total, restrição parcial e sem restrição. Na Argentina, na Bolívia e na Colômbia é onde se encontra a maior publicidade sobre o uso do tabaco, podendo se realizar propagandas em televisão e rádios nacionais, revistas e jornais nacionais, *outdoors*, pontos de venda e internet. Com exceção da televisão e rádio, que possuem restrições parciais para a Argentina e a Bolívia, o resto dos instrumentos de comunicação apresenta-se sem restrições. Outro ponto importante nos documentos do MERCOSUL são as campanhas dos Ministérios da Saúde de cada país com imagens de impacto nos maços de cigarros visando à prevenção do tabagismo, sobretudo entre adolescentes^{30 31} (MERCOSUL, 2008, p. 14).

Houve uma visível evolução em relação a este tema nos países avaliados. Em 2004, a inclusão de advertências sanitárias com conteúdos estipulados pelo governo nas embalagens de produtos derivados do tabaco já ocorria em todos os países. No entanto, poucos países determinavam por lei especificações mais detalhadas sobre o local e espaço que as advertências devem ocupar nas embalagens e as características gráficas das mensagens. E somente o Brasil já inseria imagem ilustrando a mensagem de advertência, e definia ainda que esta ocuparia uma das faces principais. Em 2006,

³⁰ No Artigo 11 da Convenção-Quadro, os países se comprometem a adotar advertências sanitárias impactantes que ocupem pelo menos 50% da área principal das embalagens dos produtos de tabaco, com imagens que ilustrem seu sentido. Vários países já adotaram advertências sanitárias com imagens fortes, como Austrália, Bélgica, Brasil, Canadá, Chile, Comunidade Europeia, Hong Kong, Índia, Jordânia, México, Nova Zelândia, Panamá, Reino Unido, Romênia, Singapura, Suíça, Tailândia, Uruguai e Venezuela. "Segundo a Organização Mundial da Saúde e o Banco Mundial, essa é uma das medidas mais custo-efetivas para informar a população sobre a real dimensão dos riscos do tabagismo, pois o ônus de sua divulgação recai sobre os fabricantes" (MERCOSUL, 2008, p.18).

³¹ O relatório ainda cita a visão das companhias de tabaco sobre a publicidade na adolescência. Segundo Bennett LeBow, da Holding Company for Liggett Group Inc : "... se as companhias de tabaco parassem realmente de dirigir o marketing para crianças, dentro de 25 a 30 anos as companhias de tabaco estariam fora do negócio porque elas não teriam clientes o suficiente para continuar no negócio". E R. J. Reynolds, em 1973: "Se a companhia quiser sobreviver e prosperar no longo prazo, devemos conseguir uma fatia de mercado jovem... Assim nós precisamos elaborar novas marcas que sejam particularmente atraentes para o jovem fumante, e ao mesmo tempo agradem todos os fumantes... Talvez essas questões possam ser melhor abordadas considerando os fatores que influenciam os pré-fumantes a experimentar um cigarro, aprender a fumar e se tornar fumantes definitivos." (MERCOSUL, 2008, p. 12).

Chile, Uruguai e Venezuela, e em 2008 o Peru também passaram a incluir imagens ilustrativas. Sobre a localização das advertências, em 2008 Chile, Equador, Peru, Uruguai e Venezuela já as inseriam também em pelo menos uma das faces principais. (MERCOSUL, 2008, p. 19).

Além das medidas de controle da publicidade, o relatório traz a necessidade de se fortalecerem os serviços de saúde que atendam à população que deseja parar de fumar, já que 80% dos fumantes desejam largar o vício, mas apenas 3% deles conseguem por vontade própria. O restante precisa de algum tipo de apoio, como a organização e a disseminação de diretrizes em toda a região para o tratamento da dependência de nicotina; o treinamento de recursos humanos em saúde para apoiar a cessação de fumar e para o tratamento da dependência de tabaco e o acesso a medidas efetivas para a cessação de fumar na atenção básica, tais como orientações, abordagem cognitivo-comportamental e apoio medicamentoso (MERCOSUL, 2008, p. 28). Um avanço importante foi dado no sentido de aumentar a acessibilidade das populações aos medicamentos para a cessação da dependência do tabaco ao incluí-los no Banco de Preços de Medicamentos³² do MERCOSUL, facilitando a negociação dos preços desses produtos e, assim, a aquisição com menor custo (MERCOSUL, 2008, p. 29).

Por fim, os documentos e o relatório tratam da questão do aumento dos impostos e dos preços dos produtos do tabaco e do controle do contrabando na região como uma forma importante de se conter o consumo do tabaco principalmente para as pessoas jovens. De acordo com a OMS sobre a Epidemia Global do Tabaco de 2008, “dentre os 152 países que forneceram informação, as alíquotas de impostos federais sobre cigarros variam de próximas a zero a mais de 80%” (MERCOSUL, 2008, p. 34). Na região do MERCOSUL, “as alíquotas de impostos federais sobre cigarros variam de 10% no Paraguai a 70% no Uruguai”. Comparando o preço dos cigarros populares mais usados, “verifica-se que o Paraguai (US\$ 0,33) e o Brasil (US\$ 0,61) têm os cigarros mais baratos da região” (MERCOSUL, 2008, p. 35).

³² Essa temática será explicada no item Produtos para a Saúde, quando se discute a questão dos medicamentos no MERCOSUL.

O número elevado de mortes por causa do consumo desenfreado do tabaco chega a cinco milhões anuais no mundo e um milhão nas Américas, das quais mais de 300 mil ocorrem em países do MERCOSUL e Chile. A situação epidemiológica da região

[...] caracteriza-se por uma alta prevalência de consumo de tabaco na população geral e uma tendência ao aumento progressivo nos grupos de mulheres, crianças e adolescentes, sendo o tabagismo também uma enfermidade pediátrica em expansão, destacando-se que, na nossa região, mais de um terço dos menores de 15 anos já iniciaram o consumo do tabaco. (MERCOSUL, ACORDO N° 07/2003, p. 1).

Conforme o Acordo n° 07, de 2003, a “epidemia está estendendo-se e incrementando como resultado de um conjunto complexo de fatores que transcendem as fronteiras dos países e sobrecarregam os sistemas de saúde, agravam a pobreza e dificulta o desenvolvimento sustentável dos países”. Enquanto financiador das Políticas para o Controle do Tabaco na região e no mundo, o Banco Mundial reconhece que o “aumento de impostos para forçar o aumento de preços representa uma situação ‘ganhar-ganhar’, pois, em todos os estudos analisados, essa medida resultou em um aumento líquido na arrecadação nacional e em uma redução no consumo de tabaco” (MERCOSUL, 2008, p. 33).

De fundamental importância para a expansão do capital, o consumo do tabaco ainda conta com o destacado papel da indústria nesse processo:

Se, por um lado, para demover governos de aumentarem os impostos e preços dos produtos de tabaco, companhias de tabaco usam o argumento de que essa medida gera contrabando, falsificação e perda de arrecadação, por outro, a cumplicidade da própria indústria do tabaco em operações de contrabando tem sido bem documentada através de ações judiciais em outros países e documentos internos de várias companhias de fumo abertos ao público. (MERCOSUL, 2008, p. 38).³³

³³ “A publicação da Organização Pan-Americana de Saúde *“Profits over People. Tobacco Industry Activities to Market Cigarettes”* traz vários exemplos e trechos de documentos internos das operações de grandes transnacionais de tabaco no mercado ilegal de cigarros na região das Américas. Cita inclusive documentos relacionando a subsidiária da *British American Tobacco* e a *Philip Morris* no Brasil com atividades voltadas para explorar caminhos ilegais para promover a circulação de seus produtos produzidos no Brasil para outros países da região e vice-versa”. (MERCOSUL, 2008, p. 38).

Segundo o Banco Mundial, outros fatores incluem a cumplicidade da própria indústria do tabaco, como a “falha na segurança do sistema de transporte das mercadorias para outros países; vendas duty free³⁴; corrupção e impunidade ao crime de pirataria e a falta de cooperação internacional entre os governos”. Nesse sentido, as ações de integração no âmbito do MERCOSUL sobre o consumo do tabaco são de promover um maior controle do mercado ilegal, um problema que aflige quase todos os países do MERCOSUL. “O Brasil é um dos países que mais tem sofrido o impacto do mercado ilegal de cigarros. Cerca de 30% do consumo doméstico de cigarros no Brasil é proveniente de cigarros vendidos no mercado ilegal”³⁵ (MERCOSUL, 2008, p. 39). O Brasil, o Paraguai, o Uruguai³⁶ e o Chile participam ativamente nas negociações entre os Estados Partes da Convenção para a construção de um protocolo para detalhamento das medidas a serem adotadas para esse fim (MERCOSUL, 2008, p. 39-40).

Ainda em processo de consolidação de suas ações, os principais desafios dos países do MERCOSUL são:

Promover e apoiar a ratificação da Convenção entre os países que ainda não o fizeram; Todos os países aprovarem leis nacionais banindo o ato de fumar em ambientes coletivos; Harmonizar a Política de Preços e Impostos na região; Combate ao mercado ilegal de cigarros; Banir a propaganda e atividades de promoção dos produtos de tabaco; Todos os países com advertências sanitárias fortes com fotos; Buscar mecanismos que facilitem a interação e a cooperação entre os países do MERCOSUL na implementação da Convenção. (MERCOSUL, 2008, p. 40).

³⁴ As operações Duty Free são vendas de produtos importados destinadas a passageiros de portos, aeroportos geralmente relacionado a produtos de luxo comprados em viagens internacionais. (LOJAS DUTY FREE NO BRASIL, 2010).

³⁵ Segundo o relatório, “o mercado ilegal de cigarros no Brasil provém de duas fontes: ou é produzido por 12 empresas brasileiras de pequeno porte, a maioria delas envolvida em práticas de evasão fiscal, ou chega, principalmente do Paraguai, via contrabando”. (MERCOSUL, 2008, p. 39).

³⁶ O Uruguai será o país sede da 4ª Conferência das Partes da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em 2010.

6.2 OS ACORDOS REFERENTES AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

No que se refere aos acordos sobre a Atenção em Saúde, dos 23 acordos, citam-se os acordos de redução de Mortalidade Materna e Infantil (MERCOSUL, ACORDO N° 01/2008, N° 14/2008), doação voluntária de sangue (MERCOSUL, ACORDO N° 06/2008), fortalecimento das ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento e reabilitação do paciente com câncer de colo de útero no MERCOSUL (MERCOSUL, ACORDO N° 13/2008), estratégias para intensificar as intervenções de acesso universal em HIV/AIDS em populações em condições de maior vulnerabilidade e cooperação na luta contra o HIV/AIDS na região (ACORDO N° 16/2008, N° 05/2006), redução de HIV/AIDS e sífilis na transmissão congênita (ACORDO N° 16/2004), nutrição para a saúde e segurança alimentar (ACORDO N° 17/2008, N° 05/1999), saúde sexual e reprodutiva (ACORDO N° 05/2007, N° 06/2007, N° 02/2005, N° 21/2004), política de doação e transplantes vinculada à Comissão Intergovernamental com estratégias conjuntas para a capacitação de recursos humanos de doação e transplante na instrumentação do marco jurídico para a elaboração de projetos para integração de registros entre os Estados Partes do MERCOSUL e ao combate ao tráfico de órgãos, tecidos e células e ao turismo de transplantes nos Estados partes e associados do MERCOSUL (ACORDO N° 05/2009, N° 01/2007, N° 10/2006, N° 11/2006). É importante salientar também o controle das enfermidades preveníveis por vacinação (ACORDO N°01/2003), o diagnóstico da situação de saúde nas fronteiras relacionadas à falta de atenção em saúde (ACORDO N°04/2000), a política de saúde ambiental e saúde do trabalhador (ACORDO N°03/2005) e o apoio às iniciativas de participação social na saúde do MERCOSUL (MERCOSUL, ACORDO N° 12/2006 e N° 13/2006).

QUADRO VI . PRINCIPAIS ACORDOS FIRMADOS NAS RMS SOBRE AS AÇÕES DOS SERVICOS DE ATENCAO A SAUDE

ACORDO	DESCRIÇÃO
ACORDO RMS Nº 05/2009.	Combate ao tráfico de órgãos, tecidos e células e ao turismo de trasplantes nos estados partes e associados do MERCOSUL.
ACORDO RMS Nº 06/2008.	Acordo sobre promoção da doação voluntária de sangue nos estados partes e associados do MERCOSUL.
ACORDO RMS Nº 13/2008	Fortalecimento das ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento e reabilitação do paciente com câncer do colo de útero no MERCOSUL.
ACORDO RMS Nº 14/2008.	Acordo MERCOSUL para redução da mortalidade materna e neonatal.
ACORDO RMS Nº 16/2008.	Estratégias para intensificar as intervenções de acesso universal em dst/aids em populações em condições de maior vulnerabilidade no MERCOSUL.
ACORDO RMS Nº 17/2008	Estratégia MERCOSUL de nutrição para saúde e segurança alimentar e nutricional.
ACORDO RMS Nº06/2007.	Recomendações para as políticas de saúde sexual e reprodutiva nos estados partes e associados do MERCOSUL.
ACORDO RMS Nº13/2006.	Apoio às iniciativas de participação social em Saúde dos Estados Partes e Associados do MERCOSUL.
ACORDO RMS Nº 03/2005.	Diretrizes para a harmonização da política de saúde ambiental e saúde do trabalhador para o MERCOSUL e estados associados.
ACORDO RMS Nº16/2004	Estratégias de redução da transmissão materno-infantil do HIV e sífilis congênita na região do MERCOSUL e estados associados.
ACORDO RMS Nº 01/2003.	Controle e erradicação de enfermidades preveníveis por vacinação.

Fonte: A autora com base em: <http://legis-pt.mercosul.homolog.bvsalud.org/leisref/public/home.php> e http://www.mercosulsaudevsite.com.br/index.php?option=com_docman&talk=cay-. Acesso em junho de 2009.

TABELA II. PRINCIPAIS ACORDOS SOBRE AS AÇÕES DOS SERVICOS DE ATENCAO A SAUDE RELACIONADAS AO TRABALHO DAS RMS.

ACORDOS

Acordo RMS nº 05/2009. Combate ao tráfico de órgãos, tecidos e células e ao turismo de trasplantes nos estados partes e associados do MERCOSUL.

Acordo RMS nº 06/2008. Acordo sobre promoção da doação voluntária de sangue nos estados partes e associados do MERCOSUL.

Acordo RMS nº 13/2008. Fortalecimento das ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento e reabilitação do paciente com câncer do colo de útero no MERCOSUL.

Acordo RMS nº 14/2008. Acordo MERCOSUL para redução da mortalidade materna e neonatal.

Acordo RMS nº 16/2008. Estratégias para intensificar as intervenções de acesso universal em dst/aids em populações em condições de maior vulnerabilidade no MERCOSUL.

Acordo RMS nº 17/2008. Estratégia MERCOSUL de nutrição para saúde e segurança alimentar e nutricional

Acordo RMS nº06/2007. Recomendações para as políticas de saúde sexual e reprodutiva nos estados partes e associados do MERCOSUL.

Acordo RMS nº13/2006.

Acordo RMS nº 03/2005. Diretrizes para a harmonização da política de saúde ambiental e saúde do trabalhador para o MERCOSUL e estados associados.

Acordo RMS nº16/2004. Estratégias de redução da transmissão materno-infantil do HIV e sífilis congênita na região do MERCOSUL e estados associados.

Acordo RMS nº 01/2003. Controle e erradicação de enfermidades preveníveis por vacinação”.

Acordo RMS nº 04/2000. Grupo de trabajo ad hoc con representantes de los estados partes y asociados que estudie las directrices de las políticas a implementar a nivel de las zonas fronterizas

para la realización de un diagnóstico de la situación de los desplazamientos por motivos de atención de la salud.

Fonte: A autora com base em: <http://legis-pt.mercosul.homolog.bvsalud.org/leisref/public/home.php> e http://www.mercosulsaudedevsite.com.br/index.php?option=com_docman&talk=cay-. Acesso em junho de 2009.

Dentre todos esses acordos no âmbito da Atenção à Saúde, destacam-se a atenção à mortalidade materna e infantil; os cuidados com o HIV/AIDS e a saúde sexual da população, em especial da região fronteira; a política de transplantes; a saúde ambiental e saúde do trabalhador e a participação social no MERCOSUL.

6.2.1 As ações para o controle da Mortalidade Materna e Infantil

Os indicadores de mortalidade materna e infantil são usados na epidemiologia como os indicadores que mais refletem o desenvolvimento dos serviços de saúde e o nível de saúde da população. A preocupação dos Estados Partes e Associados do MERCOSUL está em cumprir os compromissos assumidos internacionalmente mediante a ratificação da Convenção para a Eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres (CEDAW), e os objetivos do Acordo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para 2015, pois que, após quase dez anos de sua subscrição, ainda persistem altos níveis de Mortalidade Materna e Infantil na região³⁷. A mortalidade infantil na América Latina como um todo é, de fato, preocupante. Enquanto a OMS prioriza um máximo de 10 casos de óbitos infantis para cada 1000 habitantes, na América Latina a média está bem acima desse valor. Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a região da América Latina mostrou, na década de 1990, um bom desempenho e possui uma meta considerada “ambiciosa”: a redução de dois terços, entre 1990 e 2015, da mortalidade das crianças menores de 5 anos. “O progresso não tem sido rápido, mas se deu em ritmo que, se mantido, garantirá o cumprimento do objetivo. Em 1990, a taxa de mortalidade nessa faixa etária era de 55,7 a cada mil nascidos vivos; em 2003, caiu para 33,0 -- o que corresponde a 61,2% da meta” (PNUD BRASIL, 2005). A mortalidade das crianças indígenas é ainda mais grave, pois está em 48

³⁷ Outros instrumentos internacionais acordados foram “a Plataforma de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), ONU, 1994 e as instâncias posteriores de reafirmação da mesma (CIPD+5/1999 e CIPD+10/2004); a Convenção de Belém do Pará, 1994; assim como a Plataforma de Ação da Conferência Internacional da Mulher, ONU, 1995; e a Convenção dos Direitos da Criança, ONU, 1959”. (ACORDO N° 14/2008, p. 1).

por mil nascidos vivos e é 60% maior que a das não indígenas, que registram, em média, 30 por mil, segundo números do ano 2000. Em relação à mortalidade materna, os avanços vêm sendo lentos “ainda que o nível de mortalidade materna na América Latina e no Caribe seja baixo em comparação com o de outras regiões em desenvolvimento”. Dentre as causas que levam à mortalidade de mulheres, o PNUD destaca os óbitos por causas relacionadas com a gravidez e o parto como um importante problema de saúde pública em muitos países (PNUD BRASIL, 2005). Em estudo divulgado pela CEPAL, em 2005, sobre os [ODM na América Latina e do Caribe](#), relata que

Se mantiverem o ritmo dos últimos anos, a América Latina e o Caribe devem conseguir reduzir o número de pessoas que passam fome na região, aumentar o acesso a água potável, diminuir a mortalidade infantil e avançar na promoção da igualdade entre os sexos e da autonomia das mulheres como prevêem algumas metas dos [Objetivos de Desenvolvimento do Milênio](#). A região, porém, encontra dificuldades em universalizar o ensino fundamental e em reverter a deterioração do meio ambiente. Mais grave ainda: a maioria dos países latino-americanos, se não aumentarem os esforços, não conseguirão cumprir uma meta fundamental, por influenciar várias outras: diminuir à metade a pobreza extrema. (CEPAL, 2005 apud PNUD, 2005).

Até o momento apenas Cuba já cumpriu o compromisso e em cinco países as taxas de mortalidade infantil são superiores à média: Guiana, Granada, Paraguai, Suriname e São Vicente e Granadinas, segundo o PNUD (2005, p. 1). “Entre 2010 e 2015, Barbados, Chile, Costa Rica, Guadalupe, Ilhas Virgens Americanas, Martinica e Porto Rico apresentarão níveis de mortalidade iguais ou inferiores a 10 por mil. No Haiti e na Bolívia, as taxas estarão ao redor de 45 por mil”. Dentre as causas da mortalidade materna e infantil, tanto o MERCOSUL como a CEPAL destacam: a baixa renda e a pobreza extrema, a maternidade adolescente, a falta de acesso aos serviços básicos de saúde e de atendimento médico como os maiores problemas. A CEPAL (1997, p. 75) ainda traz que a diminuição da mortalidade infantil depende de fatores como “atendimento básico de baixo custo, programas de vacinação em massa, tratamentos de reidratação oral e de lactação materna e o controle da saúde das crianças”, bem como o aumento de cobertura dos serviços básicos, especialmente de água potável e saneamento, adequadas condições de vida da família, o aumento da escolaridade materna e a queda da fecundidade (PNUD, 2005).

Segundo dados anteriores (QUADRO II), dentre os Estados Partes do MERCOSUL, os melhores dados são do Uruguai, com 11,95 casos de óbitos para mil crianças nascidas vivas, aproximando-se das orientações da OMS. Em seguida vem a Argentina, com 15,18 óbitos, e a Venezuela, com 22,2 óbitos, segundo dados de 2005. As piores taxas são as do Brasil e do Paraguai, com 24,86 e 25,63 mortes para cada mil nascidos vivos, respectivamente (LAFOZ, 2008). O Brasil, considerado um dos países mais desiguais do mundo, é onde se encontram as taxas de mortalidade infantil que mais refletem essa desigualdade. A taxa de mortalidade infantil na região Nordeste é segundo dados do IBGE (2000), cerca de duas vezes maior que a taxa observada nas demais regiões do país, ou seja, para cada 24 crianças que morrem no Sul do país, morrem no Nordeste quase 48 delas para cada mil habitantes³⁸.

Outro dado importante do estudo da CEPAL (apud PNUD, 2005) é que a redução da mortalidade infantil na região ocorreu “apesar das condições persistentes de pobreza e desigualdade e das recorrentes crises econômicas e políticas vividas por muitos países latino-americanos nas últimas décadas”. Este avanço se deve em especial pela vacinação em massa das crianças e o controle das epidemias e muito menos pela distribuição de renda e saneamento sanitário. Apesar de essas ações possuírem certo avanço, dado o número expressivo de mortes ainda na década de 1990, no seu limite essas ações tendem a estacionar. Nos “Objetivos do Milênio”, os países se comprometeram a reduzir a mortalidade de meninos e meninas em dois terços entre 1990 e 2015 e já deveriam ter conseguido uma diminuição em média de 45%, no entanto só 14 de 35 países atingiram esse

³⁸ “Para o período 2000 – 2005, o Chile possui uma taxa de mortalidade infantil 3,3 vezes menor que a do Brasil em 2004. O perfil da mortalidade brasileira provavelmente não permitirá ao país ingressar em um estágio menos constrangedor perante o contexto regional, se os investimentos no campo social não forem suficientes para, no mínimo, acelerar a diminuição das desigualdades internas. De acordo com as perspectivas atuais, o Brasil estaria atingindo esse patamar de 8% somente em 2040. No que se refere à expectativa de vida ao nascer, o nível de 77,8 anos só seria alcançado em 2028. Se, ao longo do período 2000 – 2004, um conjunto de ações para reduzir drasticamente a mortalidade brasileira ao nível da mortalidade chilena fosse empreendido, mais de um milhão de vidas seriam poupadas, das quais 60,2% do sexo masculino. Da mesma forma, 204 mil crianças deixariam de falecer antes que completassem o primeiro ano de vida. Quanto às pessoas de 15 a 39 anos de idade, um total de 255 mil, distribuído em 75,8% de homens e 24,2% de mulheres, não morreriam nesta faixa etária. Os ganhos, sem dúvida alguma, teriam valor inestimável, comparativamente aos investimentos necessários para pôr em marcha medidas de tamanha envergadura. Isto porque o bem principal adquirido seria o efetivo de vidas poupadas”. (PNUD, 2005, p. 1).

patamar (PNUD, 2005). Esse dado nos mostra que o principal obstáculo para que os “Objetivos do Milênio” sejam cumpridos é a desigualdade social na América Latina, afirmada pela própria CEPAL:

Apesar de haver registrado alguns notórios avanços na área social, a América Latina e o Caribe ostentam a lamentável característica de continuar sendo a região com maior iniquidade do mundo. A região, afetada por baixas taxas de crescimento por longos períodos, tem sido incapaz de reduzir a desigualdade de renda e de acesso a ativos produtivos. (CEPAL, 2005 apud PNUD, 2005, p. 1).

Sem rupturas no atual processo de acumulação que levem a uma melhor distribuição de renda, não há acordos que possam transformam em melhores dias as vidas de 18,6% da população em condições de extrema pobreza (CEPAL, 2004 apud PNUD, 2005).

Nos acordos do MERCOSUL há ainda a questão dos direitos relacionados à saúde. Sabe-se que “muitas mortes maternas e neonatais são evitáveis e configuram-se em graves violações dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres” e dos direitos humanos dos recém-natos pertencentes aos “grupos vulneráveis” (MERCOSUL, ACORDO N°14/2008, p. 1). Assim os

Estados Partes e Associados do MERCOSUL estão envidando esforços para o cumprimento dos compromissos assumidos com as Metas do Desenvolvimento do Milênio e, especialmente, a redução da mortalidade materna e infantil, uma vez que os indicadores de mortalidade materna e neonatal desses países permanecem preocupantes, atingindo desigualmente mulheres e neonatos de regiões com menor ingresso e acesso aos bens sociais. (MERCOSUL, ACORDO N° 14/2008, p. 1).

As estratégias do MERCOSUL para a diminuição da mortalidade materna e infantil foram pautadas em 14 itens, descritos no Quadro VIII.

1. Organização de redes de atenção à saúde da mulher e do recém-nato, integrando os diferentes níveis de atenção e complexidade, incluindo as mulheres privadas de liberdade e em unidades socioeducativas de privação de liberdade.
2. Acesso a métodos diagnósticos laboratoriais e de imagem, segundo critérios técnicos.
3. Prevenção e promoção da saúde sexual e reprodutiva em estabelecimentos de ensino, com vistas à prevenção da gravidez não planejada e das doenças sexualmente transmissíveis.
4. Qualificação dos profissionais na atenção humanizada ao parto, ao recém-nato, às urgências e emergências maternas, bem como aos abortos realizados em condições de

risco, por meio da educação continuada dos recursos humanos, apoiando a formação de enfermagem obstétrica para atuarem no cenário do parto de baixo risco.
5. Adequação das maternidades para assegurar acompanhante de livre escolha da mulher no pré-parto, parto e pós-parto imediato; atendimento humanizado ao parto normal; e assegurando o alojamento conjunto.
6. Desenvolvimento de estratégias para redução das cesáreas desnecessárias.
7. Criação de casas com objetivo de garantir a estadia de gestantes em situação de risco social e/ou biológico, próximas dos serviços de saúde adequados às suas necessidades.
8. Acesso e qualificação da atenção humanizada à interrupção da gravidez e aconselhamento, em conformidade com a legislação de cada país.
9. Incremento das medidas de diagnóstico precoce e tratamento de gestantes e recém-nascidos para redução da transmissão vertical do HIV/AIDS, sífilis congênita, hepatite B e toxoplasmose.
10. Desenvolvimento e aprimoramento dos sistemas de informação e a vigilância epidemiológica da morte materna e das morbidades severas, mediante seguimento imediato.
11. Promoção e/ou expansão do aleitamento materno, de centros de estímulo ao aleitamento materno e bancos de leite humano, garantindo o direito de amamentação às mulheres trabalhadoras.
12. Promoção de medidas para assegurar que a trabalhadora gestante não se exponha a fatores de risco químico, físico, biológico ou ergonômico que possam comprometer sua gestação, parto, puerpério, e as condições de vida e sobrevivência do recém-nascido.
13. Envolvimento de diferentes atores sociais (sociedades científicas, entidades de classe, movimentos sociais) de diferentes setores governamentais na elaboração de políticas públicas locais inter-setoriais, na organização e na qualificação das ações que promovem a redução da mortalidade materna e neonatal.
14. Organização de estruturas nacionais para monitorar e avaliar a execução das ações estratégicas deste Acordo nos Estados Partes e Associados do MERCOSUL.

Quadro VIII. As estratégias do MERCOSUL para a diminuição da Mortalidade Materna e Infantil para o cumprimento dos ODM até 2015.

Fonte: Baseado no ACORDO N° 14/2008. Disponível em: <<http://www.mercosulsaude.devsite.com.br/>>.

6.2.2 O controle da epidemia de HIV/AIDS na região do MERCOSUL

Sobre o HIV/AIDS, a grande preocupação dos governos do MERCOSUL é o controle das altas taxas de prevalência e de incidência da doença em toda a América do SUL. Desde a assinatura da Declaração da Assembléia Geral das Nações Unidas (UNGASS) em 2001, podem-se visualizar avanços em matéria de acesso universal à prevenção, ao tratamento e ao apoio as pessoas com HIV/AIDS. São avanços obtidos, segundo os documentos, através de decisões políticas entre os Estados e com a cooperação com organizações da sociedade civil, o setor privado e o apoio de Organismos Internacionais e Agências do Sistema das Nações

Unidas. O problema central que permanece é a grande heterogeneidade da realidade da epidemia de HIV/AIDS na região, em termos de populações vulneráveis, mecanismos de transmissão e acesso à prevenção, à atenção e ao tratamento antirretroviral (ACORDO N°05/2006; N°16/2008) e o não cumprimento de países da América do Sul com

[...] os critérios de elegibilidade de baixa renda, para ter acesso aos recursos da cooperação internacional, mas que, sem dúvida, têm epidemias concentradas: baixa prevalência na população geral e altas prevalências em grupos vulneráveis, destacando-se a feminização da epidemia. (MERCOSUL, ACORDO N°05/2006, p. 1).

A epidemia “avança em direção aos seguimentos mais vulneráveis da população, tendência esta constatada pela ‘pauperização’ e ‘feminização’, ademais da ‘interiorização’ e perspectivas potenciais de ‘ruralização’” (MERCOSUL, 2002). Todos esses grupos vulneráveis fazem parte dos 18,6% de pessoas que vivem em pobreza extrema na América Latina por um sistema de permanente exclusão, agravado pelas recessões econômicas e pelas instabilidades políticas na região. Associadas a esses fatores, há ainda as disparidades na repartição do poder econômico baseado no gênero ou em localidades, fazendo com que as mulheres, e em especial as mulheres da zona rural, fiquem ainda mais à margem das atividades sociais e econômicas. A pobreza da mulher estaria relacionada diretamente

[...] à ausência de oportunidades e autonomia econômica; à falta de acesso à educação, aos serviços de apoio e aos recursos econômicos, incluídos o crédito, a propriedade da terra e o direito à herança; e à mínima participação no processo de tomada de decisões. A pobreza ainda pode empurrar as mulheres à situação em que se vêem expostas à exploração sexual. (SOARES, 2003, p. 77).

Outros fatores, como a rigidez das funções que a sociedade designa às mulheres e a violência sexual, bem como as considerações de gênero em grande medida ausentes na elaboração de “políticas das instituições multilaterais que definem as condições e, em cooperação com os governos, estabelecem metas dos programas de ajuste estrutural e dos empréstimos e subvenções” que estariam contribuindo para o avanço da feminilização da pobreza e da determinação social do HIV/AIDS nesse grupo (SOARES, 2003, p. 73-74).

A IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em 1995, em Beijing, na China, declara que mais de um bilhão de pessoas vivem em condições de pobreza,

sendo que o número de mulheres pobres vem aumentando desproporcionalmente em relação ao número de homens, em especial nos países subdesenvolvidos. Essa mesma conferência “critica o fato de que não se tenha integrado em todas as análises econômicas e no planejamento econômico uma perspectiva de gênero e que não se tenha abordado as causas estruturais da pobreza” (SOARES, 2003, p. 74). O medo do avanço da epidemia do HIV/AIDS, que ultrapassa todas as barreiras físicas de fronteiras do mundo, vem pressionando a discussão sobre a feminilização da doença e da pobreza, já que a AIDS vem se tornando a mais devastadora epidemia que o mundo já conheceu.

Dados da UNAIDS estabelecem a estimativa de que mais de 36 milhões de pessoas vivendo com o HIV em todo o mundo e já contabiliza mais de 16 milhões de óbitos. Os reflexos no campo social e econômico também são irreparáveis e as perdas nesta área somente agravam os problemas que o mundo hoje enfrenta. Na região da América Latina e Caribe, estima-se aproximadamente 1.4 milhão de pessoas infectadas pelo HIV, e na região que compreende os Estados Partes do MERCOSUL concentram-se entre 650 a 700 mil pessoas infectadas entre os 15 e 49 anos. Por outro lado, na mesma região, até o momento, mais de 200 mil casos de AIDS já foram notificados aos ministérios da saúde. (MERCOSUL, 2002, p. 1).

Dados estimados da OPAS confirmam os dados do MERCOSUL. Em 2000 e 2004 “cresceu em 200 mil o número de pessoas infectadas pelo HIV na América Latina e no Caribe”. Nesse último, o problema é ainda mais grave: “o Caribe apresenta a taxa de prevalência mais alta entre adultos, depois da África Subsaariana” (PNUD, 2005). Segundo o informe do PNUD em 2002:

[...] ao final do ano de 2000, quase 22 milhões de pessoas tinham falecido de AIDS, sendo que 13 milhões de crianças perderam suas mães como consequência da doença, e mais de 40 milhões estavam vivendo com AIDS. Dessas, 90% se encontravam em países em desenvolvimento e 75% na África Subsaariana. (PNUD, 2002 apud SOARES, 2003, p. 82).

Segundo o acordo de 2008, os desafios do MERCOSUL são que as Agências Especializadas de Cooperação e os Fundos de financiamento para prevenção e tratamento da epidemia realizem “a revisão dos critérios de inclusão para o financiamento de intervenções oportunas para a prevenção da epidemia nos países da América do Sul, de maneira que reflitam a heterogeneidade nas realidades da epidemia em cada país e não discriminem nenhum deles”; que “a administração dos

fundos transferidos sejam questionados por instâncias que o próprio país defina”, ou seja, que o Estado – Nação tenha autonomia nos critérios de seleção e avaliação do financiamento empregado; sendo necessário “proporcionar melhoras na legislação do MERCOSUL e nas negociações conjuntas de medicamentos e insumos de diagnóstico, a fim de não retroceder nos logros obtidos na luta contra a epidemia na região” e, por fim, “aprofundar o desenvolvimento de estratégias preventivas, especialmente com grupos vulneráveis” (MERCOSUL, ACORDO N° 16/2008, p.01).

Dentre as estratégias do MERCOSUL no controle da epidemia estão o fortalecimento da participação das redes, movimentos sociais e de pessoas vivendo com AIDS no controle da doença; o reforço da atenção integral da saúde, incluindo ações de promoção do diagnóstico, de prevenção e de aderência ao tratamento, “respeitando os contextos sociais e realidades locais, a autonomia, a confidencialidade, a identidade de gênero, a cultura e os direitos humanos”; o maior acesso das populações em condições de maior vulnerabilidade e práticas de maior risco para as DST/HIV às necessidades e demandas específicas desses segmentos da população; o aumento da promoção e do reforço das ações de educação e prevenção das DST/HIV, fortalecendo as estratégias de promoção do uso dos preservativos; e também as melhoras nas estratégias de redução de danos relacionadas ao uso de substâncias psicoativas para o controle da DST/HIV, consideradas populações de maior risco de contaminação pela exposição à transmissão do HIV e o fortalecimentos dos aspectos éticos como a promoção das “ações que garantam a confidenciabilidade de toda informação relativa à intimidade, estado de saúde, situação sorológica, atividade laboral e outras que geram ou reforçam situações de estigma e discriminação”, e, desta forma, promover o respeito aos “direitos humanos, à diversidade sexual dos grupos em condições de maior vulnerabilidade e práticas de maior risco” e, por fim, a promoção da “cooperação técnica entre os Estados Partes e Associados do MERCOSUL para garantir o acesso à saúde integral e prevenção das DST/HIV [...], considerando os contextos geográficos que aumentam essa vulnerabilidade como é o caso das populações em zonas fronteiriças”³⁹ (MERCOSULACORDO N°16/2008, p. 1-2).

³⁹ Sobre os aspectos legais e de Direitos Humanos, o MERCOSUL adotou normas nas áreas de migração, trabalho, assistência e tratamento da saúde e outras áreas relacionadas à garantia dos direitos humanos das pessoas vivendo com HIV e AIDS; e também o intercâmbio de informações e experiências para a promoção dos direitos humanos das pessoas vivendo com HIV e AIDS,

Outro dado importante é sobre as Pesquisa e Vacinas Anti-HIV/AIDS. Há atualmente no MERCOSUL o desenvolvimento e a implantação de protocolos de pesquisa entre os países nas áreas consideradas prioritárias, como os protocolos de investigação para o desenvolvimento de vacinas anti-HIV e AIDS, incluindo oficinas de trabalho para disseminar informação e tecnologia de monitoramento de variabilidade do HIV e o intercâmbio de informações e de banco de dados relativos às tendências da epidemia, comportamento e práticas sociais, sexuais e de uso de drogas (MERCOSUL, 2002)⁴⁰.

A América do Sul também vem proporcionando o “desenvolvimento de experiências de negociação de preços de medicamentos antiretrovirais e insumos de diagnóstico, que podem ser transferidas a outras regiões, como uma maneira de apoiar o acesso universal a tratamentos” (MERCOSUL, ACORDO N°05/2006, p. 1). Essas negociações são realizadas por meio do Banco de Preços do MERCOSUL vinculado à Comissão Intergovernamental Política de Medicamentos.

Para além de suas fronteiras, o Brasil é apontado como um país modelo no combate a epidemia não somente na região, mas no mundo. “Atualmente, o Brasil atende a 150 mil doentes de AIDS e a 600 mil portadores do vírus HIV somente em território nacional. Dos 15 medicamentos diferentes combinados, oito são fabricados aqui no país” e “do total de recursos destinados para a prevenção e tratamento das DST e AIDS até o ano de 2007, 9% são provenientes do Banco Mundial”. (PNUD, 2010). Desde 1998, as taxas de novos casos permanecem em 18 e 19 casos para cada 100 mil habitantes.

Segundo o comunicado conjunto dos Presidentes dos Estados Partes do MERCOSUL, já incluindo a participação do presidente da Venezuela, Hugo Chávez Frías, reunidos na cidade de Montevideu no dia 8 de dezembro de 2009, por ocasião da XXXVIII Reunião Ordinária do Conselho do Mercado Comum, os temas tratados para 2010 em relação ao HIV/AIDS foram:

usuários de drogas, pessoas confinadas e outras populações vulneráveis e migrantes entre os Estados Partes (MERCOSUL, 2002).

⁴⁰ Esses protocolos devem seguir as recomendações vigentes da Declaração de Helsinki para estudos envolvendo seres humanos (MERCOSUL, 2002).

Projeto de Fronteiras; Carta a Onusida sobre o projeto de harmonização de políticas públicas em educação sexual, prevenção de HIV e drogas no âmbito escolar; informes sobre indicadores epidemiológicos e discussão sobre a necessidade de criar critérios comuns; discutiu-se sobre a contratação de um consultor para elaboração de um diagnóstico de um Marco Legal dos países referente à HIV/Aids; elaboração de um Acordo incluindo todos os grupos vulneráveis com acesso universal; solicitação à Comissão Intergovernamental de Medicamentos de um informe sobre o estado atual de patentes de antirretrovirais. (MERCOSUL, 2009i, p. 15).

Dentre todos os temas, o mais interessante parece ser o estudo sobre o estado atual de patentes no MERCOSUL e as possibilidades de reverter algumas patentes, como foi o caso do medicamento Efavirenz em 2007, produzido pelo laboratório Merck Sharp & Dohme. O país gasta cerca de R\$ 1 bilhão/ano para tratar de 170 mil portadores do HIV, desse total, 20% são destinados à compra de 7 medicamentos antirretrovirais fabricados no Brasil, ao passo que 80% são usados para importar drogas patenteadas⁴¹ (MERCADANTE, 2007). O uso da licença compulsória permitiu a obtenção e a produção de versões genéricas a preços mais acessíveis e a garantia de abastecimento, tendo em vista a produção local. E, mais do que isso, é um enfrentamento dos limites da propriedade privada em relação à vida humana.

Os acordos sobre a legalidade e a legitimidade dos instrumentos utilizados, tanto nas legislações nacionais quanto nos acordos internacionais de comércio, são fundamentados no Acordo TRIPS (Trade-Related Aspects of Intellectual Property) da Organização Mundial do Comércio (OMC). Esses aspectos, concebidos para “alargar e aplicar em todo o mundo as leis de estilo americano sobre patentes e direitos autorais” (DEMOCRACIA & POLITICA, 2009a), reforçam a apropriação privada do conhecimento e dos bens tecnológicos das empresas transnacionais. Os lucros obtidos “são alavancados na medida em que se estende à proteção de produtos essenciais para a sobrevivência humana, como os medicamentos” (INESC, 2007, p. 1).

⁴¹ Estudo do Ministério da Saúde de 2005 mostrava que a importação de apenas 3 antirretrovirais (Efavirenz, Lopanivir e Tenofovir) consumia R\$ 300 milhões do programa. O mesmo estudo demonstrava também que, caso o Brasil fabricasse essas drogas, o país economizaria R\$ 1,8 bilhão ao longo de 5 anos (MERCADANTE, 2007).

A lei de patentes funciona como uma restrição ao comércio, que gera ineficiência exatamente da mesma forma que as tarifas, quotas e outras barreiras alfandegárias comerciais, “o argumento econômico para relaxar as regras quanto a patentes é, portanto, o mesmo que se usa para eliminar as barreiras comerciais” (DEMOCRACIA & POLÍTICA, 2009a). A diferença das restrições patentárias com as outras são as margens de lucros de até 1.000 vezes maior, “uma vez que a tarifa média sobre bens agrícolas ou manufaturados é muito pequena comparada com o peso dos monopólios das patentes sobre o preço de um medicamento” (DEMOCRACIA & POLITICA, 2009a).

O Brasil só conseguiu a quebra de patentes porque, no encontro da OMC em 2001 no Catar, foi emitida a Declaração de Doha sobre o Acordo TRIPS e a Saúde Pública, “que confirmou o direito dos Estados de conceder licenças obrigatórias sobre as patentes por motivos de saúde pública” e que cabe aos Estados nacionais determinar o que é “emergência nacional” ou “extrema urgência” e que a epidemia de AIDS pode ser considerada como tal. Assim, o artigo 31 do TRIPS dispõe sobre o uso de patentes sem a autorização do titular, em casos de “emergência nacional”, “extrema urgência” e “uso público não-comercial” (DEMOCRACIA & POLITICA, 2009a, p.01).

A quebra de patente do Efavirenz foi uma decisão histórica na luta pela garantia ao acesso universal e irrestrito aos medicamentos antirretrovirais e nos limites da propriedade privada no controle e acesso de tecnologias. Apesar de ser o único medicamento até o momento, acredita-se que deva impulsionar o licenciamento de outros medicamentos fundamentais não apenas para o controle do HIV/AIDS, mas também de outras doenças, como a discussão que se iniciou no ano passado sobre o medicamento Tamiflu para o controle da gripe influenza A (H1N1) e as patentes sobre a fabricação de vacinas para o combate da pandemia. Até o momento, o MERCOSUL apenas solicitou à OMS um apelo para que ela lidere um processo de flexibilização de patentes dos medicamentos e das futuras vacinas contra a influenza A, para que as novas tecnologias estejam ao alcance dos países mais pobres (AGENCIA BRASIL, 2009).

Outra esperança é a entrada da Venezuela como membro efetivo do MERCOSUL. Os gastos sociais na Venezuela aumentaram de 8,2% do PIB, em

1998, para 13,6% em 2006. Os índices de pobreza caíram de 55,1% para 27,5% e o salário mínimo se elevou numa escala sem precedentes em qualquer outro país do chamado Terceiro Mundo. Milhões de venezuelanos passaram a ter acesso a uma infinidade de direitos sociais antes inalcançáveis, “desde serviços essenciais, como assistência médica e dentária, aos ícones do consumo descartável, como telefones celulares” (DEMOCRACIA & POLITICA, 2009b).

6.2.3 A Política de Transplantes no MERCOSUL

Sobre a Política de Transplantes, destaca-se o Acordo n° 05/2009, que se refere ao combate do tráfico de órgãos, tecidos e células e ao turismo de transplantes nos Estados Partes e Associados do MERCOSUL⁴². Sendo considerado uma mercadoria de grande valor, o tráfico de órgãos e o turismo de transplantes

[...] viola[m] os princípios de igualdade, justiça e respeito da dignidade humana, pelo que devem ser proibidos, já que são as pessoas com menos recursos econômicos ou mais vulneráveis são as que se convertem em doadores vivos, dificultando, dessa maneira, a doação altruísta e alentando o lucro indevido e o tráfico de seres humanos. (MERCOSUL, ACORDO N°05/2009, p. 01).

A questão do tráfico de órgão é tão grave na América Latina que, na Assembléia da OMS, sobre as práticas antiéticas, foi emitida, na Declaração de Istambul sobre o Tráfico de Órgãos e Turismo de Transplante, uma Declaratória de Repúdio ao Turismo de Transplantes na América Latina da Rede Conselho/ Ibero-americano de Doação e Transplante. O grande desafio para os Estados Partes e Associados é a autossuficiência na doação de órgãos e tecidos para implante e, nesse sentido, “a colaboração entre países não é incompatível com esse objetivo,

⁴² O Acordo n° 05, de 2009, compreende como tráfico de órgãos “a obtenção, transporte, transferência, encobrimento ou recepção de pessoas vivas ou falecidas ou seus órgãos, mediante uma ameaça, uso da força ou outras formas de coerção; ou a retribuição, entrega ou recepção de pagamentos ou benefícios por parte de um terceiro, dirigido à exploração mediante a extração de órgãos para transplante, tornando-se uma prática ilegal em que um órgão é tratado como uma mercadoria” (MERCOSUL, ACORDO N° 05/2009).-

desde que a demanda de órgãos para implante a pacientes estrangeiros não atue em detrimento da capacidade de um país de oferecer serviços de transplantes a sua própria população”. (MERCOSUL, ACORDO N°05/2009, p.01) A integração dos serviços de transplantes seria realizada somente após o suprimento da demanda interna de cada país. Assim os artigos um e dois do acordo entre os países afirmam:

Art. 1.- Promover o acesso ao transplante a todos os cidadãos que necessitem, com transparência, eficácia e qualidade, por ações próprias ou por convênios de cooperação justos, equitativos e solidários entre os Estados Partes e Associados, priorizando, para a aplicação da terapêutica do transplante a quem o requeira, a doação de órgãos dos próprios cidadãos de seu país. Art. 2.- Promover a elaboração de normas nacionais para proibir, controlar e sancionar a promoção, publicidade e o transplante a pessoas que entram em território estrangeiro com a única finalidade de implante de órgãos, provenientes de doadores locais ou estrangeiros, já que esta prática promove a iniquidade, a exclusão, a injustiça social e torna vulnerável os direitos humanos dos receptores nacionais. (MERCOSUL, ACORDO N°05/2009, p. 2).

6.2.4 A Participação Social, a Saúde Ambiental e a Saúde do Trabalhador no MERCOSUL

A saúde no MERCOSUL é compreendida como um bem coletivo e “portanto envolve a todos os grupos sociais em uma relação de corresponsabilidade entre Estado e Sociedade Civil” (ACORDO N° 12/2006, p. 1).

A participação política da cidadania na tomada de decisões e seu envolvimento seja de vital importância para garantir o direito à saúde, sendo a participação social uma tendência crescente nos sistemas de saúde, para melhorar o controle social dos processos de gestão e sua transparência. (MERCOSUL, ACORDO N° 12/2006, p. 1).

A compreensão do MERCOSUL em relação à Participação Social é que esta contribuiria para a “construção de cidadania, para o desenvolvimento do protagonismo social e o exercício de seus direitos e deveres”, sendo fundamental para o fortalecimento desse processo o acesso à informação. “As políticas e os processos de gestão na saúde, desenvolvidos em conjunto com os cidadãos, permite[m] dar uma nova racionalidade e validá-los, fazendo-o mais público, social e ligado à vida cotidiana das pessoas” (ACORDO N° 12/2006, p. 1). A participação social no MERCOSUL advém do trabalho da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde da OMS, que “reconhece que a participação da sociedade civil na saúde é

fundamental como estratégia para a busca de mais equidade na saúde”, e da OPAS, que “vem propiciando iniciativas para melhorar e/ou promover a participação social, tais como o Observatório Regional da Participação Cidadã na Saúde nos Estados Partes do MERCOSUL”. Assim, os objetivos a serem alcançados no MERCOSUL no que se refere à participação social são assim explicitados:

Art. 1 – Avançar na região no fortalecimento de uma política de participação em saúde como exercício responsável de um direito cidadão como condição necessária para a construção da saúde, respeitando as diversidades e desde uma perspectiva de interculturalidade de nossas nações. A participação social na saúde deve contemplar os mecanismos institucionais para garantir a democratização dos sistemas de saúde; Art. 2 – Promover políticas, programas e atividades de saúde dos Estados Partes que incluam a participação da cidadania na tomada de decisões na saúde, de forma a propiciar o controle social, o envolvimento e o gozo efetivo dos direitos à saúde, assumindo os deveres que correspondam; Art. 3 – Difundir informações de políticas, programas e atividades de saúde dos Estados Partes de forma tal que se possa promover a participação da cidadania, envolvendo-os e tornando as mesmas mais eficazes; Art. 4 – Propiciar o intercâmbio de informações, investigações e a produção de conhecimento em relação à Participação Social na saúde, bem como intercambiar experiências que tiverem êxito e lições adquiridas. (MERCOSUL, ACORDO N° 12/2006, p. 2).

A forma de participação social concreta presente no MERCOSUL se dará pela criação do Parlamento do MERCOSUL, originado em sessão extraordinária pelo Congresso Nacional do Brasil no dia 14 de dezembro de 2006 e com sede permanente em Montevidéu, no Uruguai, pelo Foro Consultivo Econômico Social (FCES) criado pelo protocolo de Ouro Preto em dezembro de 1994 e pelo Subgrupo de Trabalho - SGT n°10 criado em 1991. Sobre o primeiro, segundo publicação referente à construção de um MERCOSUL Social e Participativo, “os povos do MERCOSUL contam com um fórum de representação política e poderão se expressar em audiências públicas, sempre que assim o desejarem, sobre os temas relacionados à integração regional” (MERCOSUL, 2007, p. 17), destacando o Parlamento do MERCOSUL como um espaço de articulação regional que pode ser apropriado pelos movimentos sociais e outras organizações da sociedade civil como espaço privilegiado para a intervenção política.

A participação de representantes da sociedade civil ou de pessoas físicas ou jurídicas poderá ocorrer por duas formas: por meio de

convite do Parlamento do MERCOSUL (seja de parlamentar ou de Comissão Permanente) ou por protagonismo direto, pois não há nenhum impedimento no Regimento Interno que impeça o acompanhamento dos trabalhos das comissões ou das reuniões plenárias. (VIGNA, 2009, p. 220-221).

A participação social no MERCOSUL é de extrema importância e urgência. Há muitos acordos, decisões, resoluções sendo produzidas neste momento. E essa produção, que vem historicamente sendo construída, vem neste momento colocando seus alicerces para o futuro da integração do MERCOSUL e da América Latina. É, portanto, fundamental que as organizações e os movimentos sociais se apropriem rapidamente dos conteúdos das negociações para poderem participar e incidir no processo legislativo, segundo Vigna (2009, p. 221). “A integração não é meramente decorativa. Ao contrário, o Parlamento foi criado com competência definida e será um instrumento valioso para acelerar a incorporação dos acordos e das normas regionais no ordenamento jurídico nacional”⁴³ (MERCOSUL, 2007). Dessa forma, passarão pelo Parlamento as resoluções e os acordos realizados pelo CMC e pelo GMC que requeiram pareceres e aprovação legislativa em um ou vários Estados Partes, em um prazo máximo de 90 dias a contar da data de consulta (MERCOSUL, 2007, p. 18). Segundo o Protocolo Constitutivo do MERCOSUL, são competências do Parlamento:

Velar pela observância das normas do MERCOSUL; Velar pela preservação do regime democrático nos Estados Partes; Relatar anualmente a situação dos direitos humanos nos Estados Partes; Solicitar informações aos órgãos decisórios do MERCOSUL; Receber, ao final de cada semestre, da Presidência Pro Tempore de turno, relatório sobre as atividades realizadas durante o referido período; Receber, ao início de cada semestre, programa de trabalho da Presidência Pro Tempore de turno com os objetivos e as prioridades previstos para o semestre; Realizar reuniões públicas e com o Foro Consultivo Econômico Social; Propor projetos de normas do MERCOSUL para consideração pelo Conselho do Mercado Comum; Elaborar estudos e anteprojetos a fim de promover a harmonização das legislações nacionais dos Estados Partes e

⁴³ “Na primeira etapa, que vai de 31 de dezembro de 2006 a 31 de dezembro de 2010, os parlamentares são indicados pelos Congressos Nacionais. Após 2010, eles serão eleitos diretamente pelo voto popular; e, a partir de 2014, as eleições passarão a ocorrer no mesmo dia em todos os Estados Partes. Participaram da primeira sessão do Parlamento representantes da Argentina, do Brasil, do Paraguai, do Uruguai e da Venezuela. Por enquanto, os venezuelanos têm direito à voz. Quando o protocolo de adesão da Venezuela for aprovado por todos os Estados Partes, eles serão incorporados plenamente”. (MERCOSUL, 2007, p. 18).

Aprovar e modificar seu Regimento Interno. (MERCOSUL, 2007, p. 19).

É significativo o espaço político de disputas que o Parlamento do MERCOSUL está construindo. Segundo Vigna (2009, p. 221), o espaço mais propício para a participação social no MERCOSUL são as comissões permanentes⁴⁴, sendo “neste espaço político que os acordos temáticos são discutidos e as disputas ocorrem”. Essas comissões deverão “realizar reuniões públicas sobre questões vinculadas ao desenvolvimento do processo de integração”, como também “encaminhar até os órgãos decisórios petições de qualquer particular dos Estados-Partes, sejam pessoas físicas ou jurídicas, relacionadas com atos ou omissões dos órgãos do MERCOSUL”, convidando, para o debate, qualquer cidadão ou autoridade segundo os temas de suas competências (VIGNA, 2009, p. 221-222).

O Foro Consultivo Econômico Social (FCES), vinculado ao CMC, “é um órgão de representação dos setores econômicos e sociais, integrado por igual número de representantes de cada Estado Parte” (MERCOSUL, 2007, p. 21). Tendo função consultiva, manifesta-se mediante recomendações ao GMC ou por iniciativa própria nas decisões por consenso de todos os Estados Partes. O FCES tem por atribuições:

[...] acompanhar, analisar e avaliar o impacto econômico e social derivado das políticas de integração. Também é responsável por sugerir normas e políticas econômicas e sociais em matéria de integração e contribuir para maior participação da sociedade civil. O Plenário do FCES, seu principal órgão de decisão, é composto por 36 integrantes, sendo nove de cada país – quatro trabalhadores, quatro empregadores e um representante do “terceiro setor”. Hoje se discute formas de incorporar novos atores sociais ao FCES. (MERCOSUL, 2007, p. 21).

Outro dado importante é que o FCES trabalha em conjunto com o SGT n°10 criado já em 1991 e responsável por assuntos laborais, emprego e seguridade social. Juntos representam um importante avanço institucional nas questões

⁴⁴ No Parlamento do Mercosul foram criadas dez comissões, que são as seguintes: a) Assuntos Jurídicos e Institucionais; b) Assuntos Econômicos, Financeiros, Comerciais, Fiscais e Monetários; c) Assuntos Internacionais, Inter-Regionais e de Planejamento Estratégico; d) Educação, Cultura, Ciência, Tecnologia e Esportes; e) Trabalho, Políticas de Emprego, Seguridade Social e Economia Social; f) Desenvolvimento Regional Sustentável, Ordenamento Territorial, Habitação, Saúde, Meio Ambiente e Turismo; g) Cidadania e Direitos Humanos; h) Assuntos Interiores, Segurança e Defesa; i) Infra-Estrutura, Transportes, Recursos Energéticos e Agricultura, Pecuária e Pesca e j) Orçamento e Assuntos Internos (VIGNA, 2009, p. 222).

trabalhistas, sendo este o primeiro tema social tratado no âmbito do MERCOSUL por estar diretamente relacionado aos impactos negativos da liberalização comercial e aos problemas das relações sociais de produção capitalistas. O SGT nº10 organiza-se, desde o início, de forma tripartite, com participação dos governos, dos setores produtivos e dos trabalhadores. “No Brasil, são as Confederações Nacionais e as Centrais Sindicais que representam, respectivamente, o setor empresarial e os sindicatos de trabalhadores urbanos nesse espaço institucional” (MERCOSUL, 2007, p. 20). O SGT nº 10 tem por atribuição “refletir e propor políticas regionais a respeito de emprego, legislação trabalhista e aplicação das Convenções da Organização Internacional do Trabalho (OIT) no MERCOSUL” (MERCOSUL, 2007, p. 20).

Compete igualmente ao SGT N°10 monitorar a evolução do mercado de trabalho, realizar pesquisas sobre a situação dos trabalhadores migrantes e fronteiriços e promover ações sobre qualificação e formação profissional, saúde e segurança no trabalho, inspeção do trabalho e seguridade social. Para cumprir sua missão, o SGT N°10 possui o apoio técnico do Observatório do Mercado de Trabalho, instituído com essa finalidade. (MERCOSUL, 2007, p. 20).

Em associação com o SGT nº10, já não mais no âmbito da participação social, está a Comissão Intergovernamental de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. O ACORDO N° 03/2005 aprova as diretrizes da harmonização da “Política de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador”. Segundo o Acordo, a “evolução do perfil demográfico, as políticas econômicas dominantes, as mudanças nos processos produtivos e de infra-estrutura, na área urbana e rural, têm repercussões importantes sobre o ambiente e a saúde do trabalhador e da população em geral”, tendo como propósito a interação entre a saúde pública e o desenvolvimento sustentável, de modo a alcançar um ambiente saudável, incluindo o ambiente de trabalho e fazer que no modelo de desenvolvimento sustentável haja as garantias de melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores e da população em geral. (MERCOSUL, ACORDO N° 03/2005, p.01). Para isso, o Acordo apresenta os seguintes objetivos:

Promover nos países da Região o desenvolvimento de políticas nacionais de saúde ambiental e saúde do trabalhador outorgando-lhes um caráter prioritário; Avançar na direção da consolidação de posições comuns dos Estados Partes e Associados no âmbito internacional na matéria; Avançar na cooperação técnica e tecnológica e na capacitação de recursos humanos especializados;

Identificar e minimizar o impacto negativo dos processos produtivos sobre a saúde; Harmonizar os critérios de avaliação dos riscos e procedimentos de prevenção e controle nas áreas de vigilância da saúde ambiental e saúde do trabalhador; Promover o desenvolvimento de um sistema de informações harmonizando e integrando dados dos setores de saúde, ambiente e trabalho entre outros, considerando as iniciativas já existentes; Fortalecer a participação da sociedade civil na gestão da saúde ambiental e a saúde do trabalhador; Promover a responsabilidade social empresarial e do empregador na melhoria da saúde ambiental e a saúde do trabalhador; Incorporar a perspectiva de gênero e de etnia no desenvolvimento de políticas, planos e atividades de saúde ambiental e do trabalhador e Priorizar os grupos vulneráveis, com ênfase na infância, no desenvolvimento de políticas, planos e atividades de saúde ambiental e do trabalhador. (MERCOSUL, ACORDO N°03/2005, p. 3-4).

6.3 OS ACORDOS REFERENTES AOS PRODUTOS PARA A SAÚDE

Dos 22 acordos relacionados aos Produtos para a Saúde, 21 deles estão vinculados às Políticas de Medicamentos no MERCOSUL (ACORDO N° 11/2008, N° 12/2005, N° 04/2003, N° 02/2001, N° 05/2000 e N° 01/2000) e ao trabalho da Comissão Intergovernamental de Políticas de Medicamentos (CIPM) para EP, EA, BOLÍVIA, CHILE e apenas um acordo sobre o Banco de Células Hematopoiéticas do MERCOSUL (ACORDO N° 04/2009). Os acordos sobre a política de medicamentos no MERCOSUL tratam das ações sobre os Planos de ação, planos de trabalho e ações conjuntas para a compra de medicamentos no Banco de Preços de Medicamentos do MERCOSUL (ACORDO N° 13/2007, N° 02/2000, N° 06/2000); combate à falsificação e adulteração de medicamentos e produtos médicos (ACORDO N° 08/2008, N° 12/2007); uso racional de medicamentos (ACORDO N° 09/2008); formulário terapêutico regional; controle da promoção e propaganda de produtos de uso e consumo humanos (ACORDO N° 11/2007); regime de patentes e acesso aos medicamentos – antirretrovirais e medicamentos de alto custo (ACORDO N° 10/2008, N° 09/2004, N° 10/2004, N° 20/2004, N° 27/2004).

QUADRO VII. PRINCIPAIS ACORDOS FIRMADOS NAS RMS SOBRE OS PRODUTOS PARA A SAÚDE.

ACORDO	DESCRIÇÃO
ACORDO RMS Nº 04/2009.	Regulamentação do funcionamento dos bancos de células progenitoras hematopoiéticas e outras nos estados partes e associados do MERCOSUL.
ACORDO RMS Nº 08/2008.	Estratégia relativa à vigilância e combate à falsificação e adulteração de medicamentos e produtos médicos.
ACORDO RMS Nº 09/2008.	Estratégias conjuntas para a promoção do uso racional de medicamentos no MERCOSUL.
ACORDO RMS Nº 10/2008	Acesso a medicamentos de alto custo.
ACORDO RMS Nº 11/2008.	Plano de trabalho das prioridades definidas para a política de medicamentos do MERCOSUL, Bolívia e Chile. atualização do acordo nº 12/05.
ACORDO RMS Nº 11/2007.	Fortalecimento político para o controle da promoção e propaganda de produtos de uso e consumo humano com impacto na saúde no MERCOSUL e Estados Associados.
ACORDO RMS Nº 12/2007.	Recomendações sobre medidas de combate à falsificação e fraude nos estados parte do MERCOSUL e estados associados.
ACORDO RMS Nº 13/2007.	Estratégias conjuntas para o funcionamento do banco de preços de medicamentos do MERCOSUL e estados associados.
ACORDO RMS Nº 12/2005.	Plano de ação para a política de medicamentos do MERCOSUL, Bolívia e Chile atualização do acordo nº 4/03.
ACORDO RMS Nº 02/2000.	Banco de datos de precios en el ámbito del Mercosur, Bolivia y Chile, que tendrá como base las compras gubernamentales, servicios de salud y al consumidor, a ser definido por el grupo ad-hoc creado por el acuerdo nº1/00.

Fonte: A autora com base em: <http://legis-pt.mercosul.homolog.bvsalud.org/leisref/public/home.php> e http://www.mercosulsaudedevsite.com.br/index.php?option=com_docman&talk=cay-. Acesso em junho de 2009.

6.3.1 A Política de Medicamentos no MERCOSUL

A Política de Medicamentos no MERCOSUL inicia-se em 2000 e tem por objetivos básicos:

- a) a ampliação do acesso da população aos medicamentos, considerando as necessidades dos distintos grupos sociais;
- b) a garantia de qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos que circulam na região;
- c) a promoção de uma cultura de uso racional de medicamentos;
- e a d) criação de um ambiente de pesquisa e desenvolvimento e que o setor favoreça uma melhor inserção dos países no domínio da tecnologia setorial. (ACORDO Nº 02/2001, p. 1).

Esses objetivos foram firmados entre os Estados Partes e Estados Associados, entre outros fatores, devido à

[...] relevancia de los medicamentos como insumos fundamentales para promover acciones capaces de mejorar la asistencia sanitaria integral de la población”; La importancia de los servicios prestados por el sector Salud en la región; la magnitud del mercado de medicamentos en la Región; La existencia de sectores de la población carentes de algunas de las formas de atención sanitaria; Los cambios en el perfil epidemiológico que ha experimentado la región; La particular situación que plantea a las políticas de salud de los Estados Partes el envejecimiento de la población, generando nueva demanda; La prácticas que conllevan un uso irracional e innecesario de medicamentos, así como la cultura a la automedicación. (MERCOSUL, ACORDO N°01/2000, p.1)⁴⁵.

O Banco de Preços do MERCOSUL, criado também no ano de 2000 por iniciativa do Brasil, tem por finalidade facilitar o processo de compras por parte dos Estados do MERCOSUL frente aos grandes laboratórios privados, na tentativa de se fazer pressão sobre os preços dos medicamentos e facilitar o acesso em especial aos medicamentos de alto custo. Assim, o Banco de Preços do MERCOSUL “pretende ser uma ferramenta para a promoção de políticas de produção estratégica regional e para estabelecer negociações de preços e compras conjuntas, possibilitando comparações internacionais de preços praticados pelos Estados” (ACORDO N° 13/2007, p. 1).

Apesar de ser criado em 2000, ele se efetivou apenas em 2008, após o Acordo N° 13/2007, que oficializou o lançamento do Banco em 30 de novembro de 2007. O Banco é administrado por um Comitê Conjunto entre os Estados Partes, Bolívia e Chile e seus dados são atualizados permanentemente a partir das informações remitidas por esses Estados. Outro dado importante sobre o Banco de Preços é o acesso ao público, que, segundo os Acordos n° 02/2000 e n° 06/2000, suas informações deverão incluídas nas páginas da Web dos respectivos Ministérios de Saúde. Segundo o Acordo n° 06/2000 (p. 8), “o conhecimento sistemático da

⁴⁵[...] relevancia dos medicamentos como insumos fundamentais para promover ações capazes de melhorar a assistência sanitária integral da população; A importância dos serviços prestados pelo setor Saúde na região; a magnitud do mercado de medicamentos na Região; A existência de setores da população carentes de algumas das formas de atenção sanitária; As mudanças no perfil epidemiológico que tem experimentado a região; A particular situação que plantea as políticas de saúde dos Estados Partes e o envelhecimento da população, generando nova demanda; As práticas conniventes com o uso irracional e desnecessário de medicamentos, assim como a cultura da automedicacão. (MERCOSUL, ACORDO N°01/2000)⁴⁵.

evolução dos preços ao consumidor nesta área fornecerá, ao governo, elementos fundamentais para negociação setorial com a cadeia industrial de medicamentos”. E ainda salienta que, “considerando-se que o Ministério da Saúde é o maior comprador de medicamentos do país, obviamente é também parte interessada nesse tipo de acompanhamento”. Para isso é fundamental a regulação e o monitoramento do setor privado por parte do Estado:

Segundo o entendimento de profissionais e estudiosos da questão, referida regulação é importante, principalmente em decorrência da baixa elasticidade-preço da demanda de vários produtos, o que induz falhas no mercado de medicamentos. O menor grau de concorrência entre produtores confere excessivo poder de mercado à indústria farmacêutica, ocasionando abusos de poder econômico e determinando resultados socialmente indesejáveis, em uma área de extrema importância, pela essencialidade desempenhada pelos medicamentos na saúde humana. (MERCOSUL, ACORDO n° 06/2000, p. 8).

A regulação econômica do setor farmacêutico por parte dos Estados que compõem o MERCOSUL é realizada por meio de pesquisa de preços de medicamentos vendidos no varejo e pelo monitoramento constante desses preços por parte dos governos federais, produzindo índices regionais dentro de cada país e a elaboração do Índice Nacional de Preços de Medicamentos (INPM), que traduzirá a variação de preços de medicamentos éticos, no país, como um todo, servindo de suporte técnico ao trabalho que vem sendo desenvolvido no âmbito do MERCOSUL. A idéia central é “promover uma pesquisa periódica sobre preços ao consumidor em cada um dos Estados Membros ou Associados, a partir de uma lista comum de produtos” (MERCOSUL, ACORDO N° 06/2000, p. 8).

Antes do Banco de Preços, as informações de preços de medicamentos existentes no Brasil eram fornecidas por “publicações de instituições ligadas à indústria farmacêutica, não refletindo verdadeiramente o que ocorre no mercado varejista, uma vez que divulgavam apenas o Preço Máximo ao Consumidor (PMC) e não aquele efetivamente praticado ao consumidor” (MERCOSUL, ACORDO N° 06/2000, p. 8). As pesquisas de preços no varejo realizadas pelos institutos de pesquisa contratados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) “fornecem, mensalmente, os preços dos medicamentos genéricos e seu comportamento no mercado, estando prevista, ainda, gradual incorporação de novas

apresentações de medicamentos genéricos, à medida que passem a ser produzidos” (MERCOSUL, ACORDO N° 06/2000, p. 8). De acordo com o documento citado, os medicamentos foram selecionados a partir de critérios técnicos, como: “essencialidade do produto, espectro do valor de suas vendas e quantidade adquirida desses medicamentos pelos hospitais públicos”.

O objetivo da pesquisa é então explicitar, para os diversos setores da sociedade, tanto o nível de preços quanto a sua variabilidade a partir da construção de um painel de preços onde constarão indicadores estatísticos de tendência central e dispersão. Com base em tais indicadores ter-se-á um mercado mais transparente, possibilitando uma visão abrangente dos preços praticados no que tange aos medicamentos éticos, de venda livre, genéricos e correlatos. (MERCOSUL, ACORDO N° 06/2000, p. 8).

Toda essa discussão sobre o Banco de Preços tem por finalidade a viabilidade do acesso aos medicamentos, já que o gasto com os produtos farmacêuticos é o que mais compromete o trabalho dos respectivos Ministérios da Saúde. Sabe-se que o mercado de medicamentos e os custos da proliferação e incorporação de novas tecnologias de saúde muitas vezes não representam viabilidade com o financiamento da saúde nesses países e com a melhora na saúde da população. O desafio crescente dos Ministérios da Saúde são os medicamentos de alto custo, pela sua rapidez inovadora associada aos regimes de patentes e aos direitos de propriedade intelectual. Paralelamente a esses fatores a região vem aumentando a “prevalência das enfermidades de alto custo, dificultando a sustentabilidade dos serviços de saúde em todos os seus níveis, restringindo o direito à saúde” (ACORDO n° 10/2008, p. 1). De acordo com o documento, “existem antecedentes internacionais de implementação de mecanismos de regulamentação de preços, tanto para a venda como para o financiamento coletivo dos medicamentos de alto custo, cujos objetivos devem ser o aumento da eficiência produtiva e econômica e a melhoria do bem-estar da população” (MERCOSUL, ACORDO n° 10/2008, p. 1). Alguns países, na tentativa de garantir o acesso a esses medicamentos, “têm propiciado a criação de Fundos para Enfermidades Catastróficas, que prevêm uma lista única de produtos, a adoção de protocolos estabelecidos, a compra centralizada e a distribuição sem encargo para o cidadão” (ACORDO n° 10/2008, p. 1).

Segundo o MERCOSUL,

[...] os preços e os sistemas atuais de propriedade intelectual, constituem um importante obstáculo ao acesso aos medicamentos de alto custo de grande parte da população, mas não devem impedir que os Estados Partes e Associados do MERCOSUL adotem medidas de proteção à saúde pública; os mecanismos de negociação regionais de preços de medicamentos assim como outras estratégias aplicadas, podem constituir uma ferramenta importante para superar barreiras de acesso aos medicamentos de alto custo; é necessário fortalecer as políticas de saúde pública, medicamentos e tecnologia dos Estados Partes e Associados, e interagir no marco da Estratégia Mundial e Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual contida na Resolução WHA.61.21 [Resolução da OMS], maio de 2008, para aumentar a acessibilidade desses produtos”. (MERCOSUL, ACORDO n° 10/2008, p. 1).

Assim, os desafios da Política de Medicamentos no MERCOSUL são de desenvolver e de fortalecer estratégias conjuntas vinculadas à promoção do acesso aos medicamentos de alto custo da população, por meio:

a) Do intercâmbio de experiências nacionais, conhecimentos e lições adquiridas; b) Da elaboração e a execução de projetos conjuntos entre os Estados Partes e Associados do MERCOSUL; c) Do fortalecimento de capacidades institucionais; d) Do fomento da investigação, o desenvolvimento e a inovação, a nível nacional sub-regional e regional de forma sustentável e com prioridades explícitas; e) O fortalecimento e a produção pública de medicamentos; f) O desenvolvimento e aplicação de estratégias tendentes a limitar o impacto dos direitos de propriedade intelectual no acesso aos medicamentos de alto custo; g) Da utilização de Fundos Regionais de Compra; h) Da negociação conjunta de preços de medicamentos de alto custo, assim como a utilização de outras estratégias que favoreçam seu acesso. i) A avaliação da viabilidade da realização de negociações e / ou compras conjuntas como uma das estratégias tendentes à obtenção de preços mais acessíveis. j) Apoiar o desenvolvimento de estudos relacionados à regulação de preços de medicamentos considerando as experiências dos Estados Partes e Associados, para ser aplicado nos países cuja legislação é permissível. (MERCOSUL, ACORDO n° 10/2008, p. 1).

Tanto na questão do tabaco como na questão dos medicamentos, o poder econômico que esses produtos têm é muito forte. A indústria de medicamentos é a segunda maior indústria do mundo, ficando atrás apenas da indústria bélica.

O Banco de Preços de Medicamentos no MERCOSUL vem auxiliando na construção da Lista de Medicamentos Essenciais Prioritários, compreendidos como

os medicamentos mais relevantes em cada Estado Parte e Associados, tendo em vista seu impacto econômico e as necessidades sanitárias e epidemiológicas da região e no melhoramento dos sistemas de compras públicas para a geração de maior transparência no mercado e superação de barreiras de acesso aos medicamentos e insumos estratégicos na região. (MERCOSUL, ACORDO N° 13/2007). O MERCOSUL, no limite, não irá romper com essa lógica mercantilista, cujos objetivos são claros na questão do aumento da eficiência produtiva e econômica em um primeiro plano e a melhoria do bem-estar da população em segundo. A única quebra de patente de que se tem conhecimento no MERCOSUL foi sobre o medicamento Efavirenz, responsável pela vida de milhões de pessoas portadoras do HIV/AIDS.

6.4 OS ACORDOS REFERENTES ÀS POLÍTICAS DE INTEGRAÇÃO EM SAÚDE

Dos 24 acordos políticos de integração, destacam-se a criação do Observatório MERCOSUL de Sistemas de Saúde (ACORDO N° 18/2008), os acordos sobre sistemas de informação e comunicação em saúde do MERCOSUL (N° 08/2003, N° 10/2003, N° 01/2002, N° 11/1999), harmonização das contas nacionais em saúde e financiamento da saúde na região (ACORDO N° 19/2004, N° 03/2000), o processo de reforma do setor da saúde nos países do MERCOSUL que visem à regionalização (ACORDO N° 06/1999), acordos sobre a participação dos Estados Partes do MERCOSUL, da República da Bolívia e da República do Chile para a elaboração de uma posição comum nas reuniões internacionais sobre população e desenvolvimento (ACORDO N°03/2004), acordos sobre saúde e desenvolvimento (ACORDO N° 07/2007, N° 08/2007), promoção da equidade por meio do enfoque em determinantes sociais (ACORDO N° 02/2009, N° 06/2009, N° 14/2007), abordagens intersetoriais em políticas sociais (ACORDO N° 02/2008), universalidade e integralidade da atenção primária na saúde pública (ACORDO N° 03/2008); saúde pública, inovação e propriedade intelectual (ACORDO N° 04/2008), agenda de integração sul-americana em saúde (ACORDO N° 09/2007) e a priorização de projetos de cooperação técnica em matéria de saúde (ACORDO N° 10/2007).

QUADRO VII. PRINCIPAIS ACORDOS FIRMADOS NAS RMS SOBRE AS POLITICAS DE INTEGRACAO EM SAUDE.

ACORDO	DESCRIÇÃO
ACORDO RMS Nº 02/2009.	Promover a equidade em saúde atuando sobre os determinantes sociais da saúde.
ACORDO RMS Nº 06/2009.	Criação da comissão intergovernamental de determinantes sociais da saúde e sistemas de saúde.
ACORDO RMS Nº 02/2008.	Abordagens intersetoriais.
ACORDO RMS Nº 03/2008.	30 anos de Alma Ata.
ACORDO RMS Nº 04/2008.	Acordo dos estados partes e associados do MERCOSUL em relação à saúde pública, inovação e propriedade intelectual.
ACORDO RMS Nº07/2007.	Adesão dos estados partes do MERCOSUL à conferência internacional de saúde para o desenvolvimento: “direitos, feitos e realidades” – Buenos Aires 30/15: de alma ata à declaração do milênio.
ACORDO RMS Nº 09/2007.	Avançando em uma agenda de integração sul-americana em saúde.
ACORDO RMS Nº 10/2007.	Pedido de priorização de projetos de cooperação técnica em matéria de saúde.
CORDO RMS Nº 14/2007.	Incorporação e promoção do enfoque de determinantes da saúde no âmbito do MERCOSUL.
ACORDO RMS Nº04/2004.	Acordo sobre a participação dos estados partes do MERCOSUL, da república da Bolívia e da república do Chile para a elaboração de uma posição comum nas reuniões internacionais sobre população e desenvolvimento.

Fonte: A autora com base em: <http://legis-pt.mercosul.homolog.bvsalud.org/leisref/public/home.php> e http://www.mercosulsaudevsite.com.br/index.php?option=com_docman&talk=cay-. Acesso em junho de 2009.

TABELA V. PRINCIPAIS ACORDOS SOBRE AS POOLITICAS DE INTEGRACAO EM SAUDE RELACIONADAS AO TRABALHO DAS RMS.

ACORDOS

Acordo RMS nº 02/2009. Promover a equidade em saúde atuando sobre os determinantes sociais da saúde.

Acordo RMS nº 06/2009. Criação da comissão intergovernamental de determinantes sociais da saúde e sistemas de saúde.

Acordo RMS nº 02/2008. Abordagens intersetoriais.

Acordo RMS nº 03/2008. 30 anos de Alma Ata.

Acordo RMS nº 04/2008. Acordo dos estados partes e associados do MERCOSUL em relação à saúde pública, inovação e propriedade intelectual

Acordo RMS nº 18/2008. Observatório mercosul de sistema de saúde.

Acordo RMS nº07/2007. Adesão dos estados partes do MERCOSUL à conferência internacional de saúde para o desenvolvimento: “direitos, feitos e realidades” – Buenos Aires 30/15: de alma ata à declaração do milênio.

Acordo RMS nº 09/2007. Avançando em uma agenda de integração sul-americana em saúde.

Acordo RMS nº 10/2007. Pedido de priorização de projetos de cooperação técnica em matéria de saúde.

Acordo RMS nº 14/2007. Incorporação e promoção do enfoque de determinantes da saúde no âmbito do MERCOSUL.

Acordo RMS nº04/2004. Acordo sobre a participação dos estados partes do MERCOSUL, da república da Bolívia e da república do Chile para a elaboração de uma posição comum nas reuniões internacionais sobre população e desenvolvimento.

Acordo RMS nº19/2004. Acordo sobre contas nacionais.

Acordo RMS nº08/2003. Utilização de páginas web específica por parte do subgrupo de trabalho nº 11 “saúde” e criação de fórum virtual de harmonização do MERCOSUL.

Acordo RMS nº10/2003. Núcleo de articulação nº 1 - sistemas de informação e comunicação em saúde do MERCOSUL, como fórum permanente de análises e discussões de sistemas de informação de saúde do MERCOSUL e Chile.

Acordo RMS nº06/1999. Prioridad concedida al documento “coloquio internacional: el proceso de reforma del sector salud en los países del Mercosur”.

Acordo RMS nº 03/2000. Metodología de armonización de las cuentas nacionales de salud de los estados partes y asociados del Mercosur.

Fonte: a autora com base em: <http://legis-pt.mercosul.homolog.bvsalud.org/leisref/public/home.php> e http://www.mercosulsaudedevsite.com.br/index.php?option=com_docman&talk=cay-. acesso em junho de 2009.

6.4.1 Observatório MERCOSUL de Sistemas de Saúde e a Comunicação em Saúde no MERCOSUL

O Observatório MERCOSUL de Sistemas de Saúde, criado em 2008 pelo ACORDO Nº 18/2008, tem especial importância no processo de integração regional da saúde, pois visa o “fortalecimento dos Sistemas de Saúde dos Estados Partes e Associados do MERCOSUL para garantir o acesso à atenção à saúde de qualidade para a população” (ACORDO Nº 18/2008). Além de fortalecer o arcabouço institucional, a organização do trabalho, a estrutura física e tecnológica das redes de serviços por meio de sistemas de informações e comunicações em saúde, é de responsabilidade do Observatório a solicitação de financiamento ao CMC para suas ações e análise da gestão orçamentária, atividades de planejamento e Recursos Humanos nos níveis estratégico, tático e operacional e o incentivo às instâncias de participação e controle social. O Observatório MERCOSUL de Serviços de Saúde é coordenado por um Comitê Gestor constituído por um representante titular e um suplente indicado pela Coordenação da RMS de cada Estado Parte e Associados. A coordenação do Comitê Gestor fica sob responsabilidade a cada Estado Parte e Associados, rotativamente, a cada dois anos. Como muitas das diretrizes do MERCOSUL Saúde, o Observatório também está em processo de construção. Sabe-se, até o momento, que ele visa à qualificação dos Sistemas de Saúde pelas diretrizes de monitoramento e avaliação, que disponibilizem a sistematização e análise de informações relativas às dimensões acima mencionadas e a troca de experiências entre os países do Bloco: “Sempre respeitando as políticas nacionais de cada um”, as melhorias dos Sistemas de Saúde “e, em alguns casos, de suas reformas, colocam desafios que podem ser atenuados pelo compartilhamento de experiências e pela cooperação entre os Estados Partes e Associados do

MERCOSUL” (ACORDO N° 18/2008). O Observatório MERCOSUL de Sistemas de Saúde, vinculado ao Comitê Coordenador da RMS, possui as seguintes finalidades:

- Conceber e operacionalizar um instrumento para a disseminação de informações sobre os Sistemas de Saúde e para intercâmbio de experiências entre os Estados Partes e Associados do MERCOSUL, a partir da análise das práticas de organização, financiamento e participação social no âmbito destes sistemas.
- Analisar as concepções institucionais, princípios orientadores, mecanismos e processos de implementação no caso de países que estiverem realizando reformas de seus sistemas de saúde.
- Identificar e analisar o papel dos principais atores sociais na conformação e gestão dos Sistemas de Saúde.
- Identificar, a partir destas análises, aspectos que condicionam a qualificação dos Sistemas de Saúde e que requerem estudos em profundidade. (MERCOSUL, ACORDO N° 18/2008, p. 1).

Sobre os avanços na área da Comunicação destaca-se a criação e a utilização de páginas da *web* (<www.mercosulsaude.org> e <www.mercosursalud.org.uy>) em forma oficial pelo SGT N° 11 “Saúde”, para o acesso de informações em saúde entre os países do bloco e também a disponibilidade de documentos para análise da população do MERCOSUL. Nesse quesito, foram implementados softwares que viabilizaram Fóruns Virtuais de Harmonização (FVH) nas páginas da *web*, organizando os dados entre os países e criando um mecanismo de divulgação não só de documentos, mas de reuniões de todos os setores envolvidos na saúde do MERCOSUL, permitindo o intercâmbio de ideias e de propostas entre os Estados Partes e Associados nos diversos Grupos de Trabalhos e atividades do MERCOSUL. A realização de reuniões virtuais vêm agilizando a construção dos documentos e das ações em saúde, além de diminuir o custo das reuniões presenciais. Segundo a Ata n° 02/2009, o Núcleo de Operacionalização e Articulação de Sistemas de Informação e Comunicação em Saúde (NUSICS) destaca as novas diretrizes para 2010: divulgação do novo *site* – <www.mercosur.int/salud>; apoio ao grupo SGT N°11 sobre o Sistema de Informação Regional de Registro de Profissionais de Saúde; instrumentação dos sistemas de informação para a construção efetiva de indicadores de saúde na região; organização de um sistema único de informação e cadastro sobre os doadores de medula óssea e seus componentes, avaliação do trabalho do biênio

2008-2009 e cooperações internacionais para o trabalho 2009-2010 com a Agência Espanhola de Cooperação Internacional (AECI).

6.4.2 A Harmonização das contas entre os Estados do MERCOSUL

Vásquez (2008, p. 141-145) salienta os limites do controle social que se pode exercer no âmbito do MERCOSUL pela falta de clareza nos gastos das ações do MERCOSUL e na forma em que se executa o financiamento. Esses limites são dados por fatores como a falta de harmonização das contas do MERCOSUL, já que cada país possui uma determinada metodologia de coletar e analisar dados, o que resultaria em dados não confiáveis. Esse processo seria ainda dificultado pela enorme estrutura institucional do bloco, levando a uma ausência de legitimidade técnica, social e política, que estaria tendo um importante *deficit* no nível de efetividade e eficácia nas decisões tomadas. A harmonização das contas é colocada como um ponto central e de urgência nas ações do MERCOSUL porque está relacionada ao planejamento e as regulamentações das ações e aos procedimentos de consultas sobre o financiamento aplicado. Essa falta de transparência, segundo a autora, se daria nas dinâmicas internas dos países do bloco e nas dinâmicas externas que compõem a estrutura do MERCOSUL, incluindo a sociedade civil e governos subnacionais que participam do MERCOSUL. Por último, a autora destaca que o MERCOSUL carece de uma visão regional, potencializado por um desenho institucional e metodológico predominantemente intergovernamental. A harmonização não somente das contas e das responsabilidades é dificultada pela lógica de intergovernamentalismo, que cria incentivos institucionais predominantemente com uma visão nacional de integração. Na ideia de passar para o regional os interesses nacionais, criam-se dificuldades políticas de estabelecer e promover o reconhecimento de uma agenda regional de trabalho e ainda destaca: “Cada uno de los déficits señalados favorece la elitización y la reducción de los interlocutores del bloque”⁴⁶. (VÁSQUEZ, 2008, p. 141-145).

⁴⁶ Cada um dos déficits assinalados colabora na elitização e na redução dos interlocutores do bloco. (VÁSQUEZ, 2008, p. 141-145).

O próprio MERCOSUL no Acordo nº 19 de 2004 observa que dificuldades como a “fragmentação e dispersão existente nos dados sobre as atividades do setor saúde na maioria dos países [...] dificulta o acesso aos dados sobre gasto e financiamento dentro de cada país” e a “existência de diferentes metodologias entre países e órgãos (USHCFA, OCDE, ONU/OMS etc.) que são utilizadas para coletar e analisar os dados [...] redundam em um obstáculo para a obtenção de dados confiáveis. Mesmo ressaltando a importância de se obterem dados “precisos e confiáveis sobre gasto e financiamento do setor saúde” para “conhecer melhor a estrutura e seu financiamento, podendo assim planejar com mais precisão as políticas e os recursos financeiros”, o MERCOSUL ainda carece de maior transparência nas definições dos gastos e na garantia de acesso ao controle social. Como o próprio MERCOSUL afirma, há carências sobre dados no nível e composição do gasto, nas fontes de financiamento de todas as atividades do setor, nos fluxos dos fundos e tipo de serviços que se adquirem com os mesmos, no setor público e em todos os subsetores, nos prestadores de serviços privados, nas compras de medicamentos, nos gastos diretos do usuário na atenção em saúde, entre outros (MERCOSUL, ACORDO Nº 19/2004, p.1).

6.4.3 A Atenção Primária em Saúde no MERCOSUL

Outro acordo importante é sobre a reforma proposta para o setor saúde na região baseado no Colóquio Internacional: El proceso de Reforma del Sector Salud en los países del MERCOSUR, realizado em Santiago, no Chile, em dezembro de 1998. Com forte apelo à focalização da atenção básica em saúde, uma análise já bastante discutida por Soares (2001) e Rizzotto (2000), o documento do MERCOSUL cita, em seu artigo primeiro, a necessidade de “Tomar nota del Documento ‘Coloquio Internacional: El proceso de Reforma del Sector Salud en los países del MERCOSUR’ y que el mismo pueda servir como aporte para las discusiones sobre el tema en cuestión”⁴⁷ e prossegue, em seu artigo segundo, que, para além da incorporação nas diretrizes do Colóquio, há a necessidade de

⁴⁷ Tomar nota do Documento ‘Colóquio Internacional: O Processo de Reforma do Setor Saúde nos países do MERCOSUL’ e que o mesmo possa servir como aporte para as discussões sobre o tema em questão. (MERCOSUL, ACORDO Nº 06/1999, p.01-02).

“Proseguir con el apoyo y fortalecimiento a los procesos de Reforma en nuestros países y buscar consensuar dentro de dichos procesos mecanismos que permitan el interrelacionamiento de nuestros sistemas de Salud en el contexto sub-regional”⁴⁸, ou seja, efetuar as reformas nos países da região e promover a articulação entre elas (MERCOSUL, ACORDO N° 06/1999, p.01-02).

A Atenção em Saúde é colocada no âmbito da Atenção Primária. O Acordo n° 03 de 2008, em comemoração aos 30 anos da Conferência Internacional de Atenção Primária realizada em Alma Ata (1978), destaca, em seu artigo 1°, a necessidade de que “reafirmar a saúde como um direito humano e social é imprescindível para o desenvolvimento e cujo acesso deve ser garantido pelo Estado, com participação de todos”. E o artigo 2° destaca que a “estratégia de Atenção Primária da Saúde seja à base da construção de propostas de reformulação dos sistemas de saúde que inclua adequados modelos de gestão, financiamento e atenção à saúde, em busca da universalidade e integralidade”. Esses adequados modelos de gestão não são classificados em públicos ou privados. (MERCOSUL, ACORDO N°03/2008, p.1-2).

Nesse mesmo documento é citado que o enfoque de atenção primária de saúde proposto por Alma Ata continua sendo uma “oportunidade única de contribuir no estabelecimento de sociedades mais justas, guiadas por valores fundamentais do direito ao grau mais alto possível de saúde, consolidado mediante a equidade e a solidariedade”. Assim, o MERCOSUL compreende que:

[...] usufruir do melhor nível de saúde que se possa alcançar é um dos direitos fundamentais de todo ser humano sem diferença de raça, religião, ideologia política ou condição econômica ou social, sendo responsabilidade e dever do Estado conjuntamente com a participação do cidadão; 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 e que a saúde é uma causa e um fator gerador de desenvolvimento e crescimento de uma nação e que por este motivo é que a consideramos como um investimento e não como um gasto e também como uma responsabilidade do Estado e a sociedade no seu conjunto. (MERCOSUL, ACORDO N°10/2007, p.1).

⁴⁸ Prosseguir com o apoio e o fortalecimento dos processos de reforma em nossos países e buscar consenso dentro destes mecanismos que permitam o inter-relacionamento de nossos sistemas de saúde em contexto sub-regional. (MERCOSUL, ACORDO N° 06/1999, p.01-02).

No Acordo nº 04/2008 há a preocupação dos Ministros da Saúde em “Fortalecer o desenvolvimento de uma estratégia nos Estados Partes e Associados do MERCOSUL sobre a Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual e em particular no Plano de Ação que garanta que o direito à saúde anteceda os interesses comerciais”.

No Acordo nº 10/2007, que trata sobre a priorização de projetos de cooperação técnica em matéria de saúde, destaca-se a necessidade da priorização e “consideração especial dos projetos de saúde pelo seu potencial impacto no desenvolvimento para contribuir na diminuição das desigualdades existentes entre os Sistemas e as prestações relativo à saúde, no acesso e qualidade tanto entre Estados Partes e Associados e em cada país” e a solicitação ao Conselho Mercado Comum (CMC) que favoreça a destinação de Fundos para a Convergência Estrutural do MERCOSUL (FOCEM) aos projetos de cooperação em matéria de saúde, já que somente em 2009 o FOCEM destinou financiamento para a saúde.

6.4.4 A questão dos determinantes sociais em saúde

A definição de saúde no MERCOSUL, conforme discutido anteriormente, é compreendida como um “direito humano que deve ser considerado, desde uma perspectiva integral, bem como relacionada com um conjunto de direitos que geram qualidade de vida a qual vai mais além dos aspectos biológicos e que depende de determinantes de ordem social, cultural, ambiental, econômico e político” (ACORDO Nº 12/2006). A saúde no MERCOSUL está definida a partir dos determinantes sociais de saúde. Esse conceito advém do trabalho da Comissão Mundial de Determinantes Sociais da Saúde da OMS (CDSS), lançada em março de 2005 com o “propósito de gerar recomendações baseadas na evidência a fim de promover políticas que melhorem a saúde e diminuam os problemas de infra-estrutura; atuando sobre as causas sociais e ambientais das diferenças sanitárias” (ACORDO Nº 14/2007, p. 1). Esta Comissão Mundial culminou com a criação da Comissão Intergovernamental de Determinantes Sociais no MERCOSUL com início de suas discussões em 2007 e início dos trabalhos em 2009.

Apesar de ser definida como um “direito humano que deve ser garantido para todos, sendo responsabilidade e dever do Estado” (ACORDO N° 14/2007, p. 1) e aparentemente agrandar, o discurso dos determinantes sociais da saúde se baseia fundamentalmente na sociologia fundamentalista e, de acordo com ela, na estratificação socioeconômica derivada da escolaridade, da ocupação e do trabalho (ALAMES, 2009, p. 7). Segundo a Associação Latino-Americana de Medicina Social (ALAMES),

Así, para ellos, uno de los puntos centrales de lo que definiría la justicia o injusticia social es el hecho de que la sociedad brinde por igual una buena educación que les garantice mejores y por tanto mayores ingresos, que a su vez permitan contar con mejores condiciones materiales y por tanto mejor salud. Así, las transformaciones que logran verse esta óptica, son las mejores posibles dentro de una sociedad inherentemente inequitativa, a la que se le han limado sus aristas más agresivas y letales (como por ejemplo el trabajo forzado, el trabajo infantil, el trabajo peligroso, etc.). (ALAMES, 2009, p.07)⁴⁹.

A concepção dos determinantes sociais de saúde está baseada na forma de compreender a desigualdade social em uma perspectiva ética. Essa discussão está nos valores que os diferentes grupos sociais produzem em relação às condições de vida e de saúde. “Desde la óptica de la ética, la desigualdad social puede ser vista como un factor que limita el goce pleno de los derechos humanos de vários sectores de una sociedad”⁵⁰ (ALAMES, 2009, p. 8). A saúde é um direito social e uma necessidade básica do ser humano e, por isso, é contextualizada pela concepção de determinantes sociais em saúde como um requisito fundamental para que “los sujetos puedan alcanzar las metas que consideran válidas así como para tener una participación exitosa en la vida social, por ende, la desigualdad social en salud implica un acto inmoral e injusto ya que varios sectores de la sociedad no pueden cubrir esa necesidad básica”⁵¹ (ALAMES, 2009, p. 8).

⁴⁹ Assim, para eles, um dos pontos centrais que definiria a justiça ou a injustiça social é o direito que a sociedade possui por igual, por uma boa educação que lhes garanta melhores e, portanto maiores acesso e permitam contar com melhores condições materiais e, portanto melhor saúde. Assim, as transformações que ganham sob esta óptica, são as melhores possíveis dentro de uma sociedade inerentemente inequitativa, em que se pesem suas arestas mais agressivas e letais (como por exemplo, o trabalho forçado, o trabalho infantil, o trabalho perigoso, etc.). (ALAMES, 2009, p.07).

⁵⁰ Na óptica da ética, a desigualdade social pode ser vista como um fator que limita o gozo pleno dos direitos humanos de vários setores de uma sociedade. (ALAMES, 2009, p. 8).

⁵¹ Os sujeitos podem alcançar metas que consideram válidas assim como para ter uma participação exitosa na vida social, por onde a desigualdade social em saúde implica em um ato imoral e injusto e que vários setores da sociedade não podem cumprir essa necessidade básica. (ALAMES, 2009, p. 8).

O que se observa é uma distorção entre o que se pode fazer no momento imediato pelas milhares de vidas que se perdem em decorrência da sociedade capitalista e pela urgência de ações quando se fala em saúde da população e o que se construirá de sólido em um futuro próximo. Nos acordos do MERCOSUL, quando se afirma que “as pessoas excluídas socialmente têm acesso limitado aos serviços sanitários básicos e ao sistema de saúde no seu conjunto, o qual traz paralelo que a morbi-mortalidade seja maior nos grupos menos privilegiados”, dado que

[...] a maior parte dos problemas da saúde podem atribuir-se às condições sócio-econômicas das pessoas enquanto que na formulação das políticas de saúde têm priorizado o tratamento da enfermidade, sem incorporar, adequadamente, as intervenções sobre as “causas das causas”, tais como, por exemplo, as ações sobre o meio social; e Que os esforços da sociedade e as políticas públicas devem ser orientadas em direção ao desenvolvimento humano, ao melhoramento da qualidade de vida dos povos, redução da pobreza e das iniquidades, assegurando a igualdade de oportunidades e o desenvolvimento das capacidades das pessoas e suas comunidades. (MERCOSUL, ACORDO N° 14/2007, p. 1).

Também se apresenta de forma equivocada discutir a causa das causas dos problemas sociais de saúde e, ao mesmo tempo, assegurar igualdade de oportunidades para o desenvolvimento humano. A causa das causas dos problemas sociais em saúde é a sociedade capitalista e a divisão de classes sociais que dela deriva, tendo como resultado a desigualdade socioeconômica pelas relações de exploração no processo de produção capitalista. Nessa sociedade não há igualdade de oportunidades, já que os indivíduos não pertencem à mesma classe social e, portanto, não possuem oportunidades e liberdades semelhantes, ou seja, “a relação que os indivíduos mantêm com os meios de produção deriva da sua posição nas relações de domínio e exploração” (ALAMES, 2009, p. 8). Assim, o MERCOSUL compreende que:

[...] para levar em consideração os determinantes sociais da saúde, as políticas e programas sanitárias deveriam incorporar enfoques encaminhados a melhorar a equidade, considerando fatores tais como a pobreza, o gênero, a inter-culturalidade e os fundamentos bioéticos em questão. Que em relação aos determinantes da saúde, têm-se identificado quatro categorias de abordagem, a saber: comportamento e estilo de vida das pessoas, influências dentro das comunidades que possam reforçar a saúde o que seja prejudicial, condições de vida e de trabalho e acesso aos serviços de infraestrutura sanitários e as condições gerais do tipo sócio-econômico, cultural e meio ambiente. (MERCOSUL, ACORDO N° 14/2007, p. 1).

De forma resumida, a ALAMES (2009, p. 10) cita como deveria ser uma abordagem da Medicina Social (MS) e da Saúde Coletiva (SCL) em uma perspectiva marxista. O primeiro critério de diferenciação com os conceitos de determinantes sociais em saúde é a ideia que se tem sobre iniquidades e desigualdades em saúde. Para a ALAMES (2009), não basta compreender a iniquidade em saúde como uma desigualdade na distribuição de riqueza entre os grupos de indivíduos da sociedade, mas entender que as sociedades que promovem iniquidades são aquelas com distribuição desigual de poder. “No solo del poder que controla la propiedad y el uso de las riquezas materiales, sino del poder que se requiere para definir y expandir la identidad, los proyectos y las aspiraciones de utopias”⁵²(ALAMES, 2009, p. 10). A iniquidade não pode ser apenas compreendida como uma injustiça na repartição e no acesso aos bens materiais, e sim ao processo intrínseco que a gera. E, por fim,

La inequidad alude al carácter y modo de ser de una sociedad que determina el reparto y acceso desiguales (desigualdad social) que es su consecuencia. La desigualdad es una injusticia en el acceso, una exclusión producida frente al disfrute, una disparidad en la calidad de vida, mientras que la inequidad es la falta de equidad, es decir la característica inherente una sociedad que impide el bien común. La inequidad es la injusticia produciendo desigualdades. (ALAMES, 2009, p. 10)⁵³.

A segunda diferenciação entre os determinantes sociais e a medicina social e a saúde coletiva, enquanto perspectiva marxista, é o combate às desigualdades sociais para o fortalecimento da contra-hegemonia dos oprimidos por essas desigualdades e iniquidades (ALAMES, 2009, p. 13).

La MS y SCL no ponen en el centro que los gobiernos de los de ‘arriba’ tomen tales o cuales políticas, ni se conciben como sus posibles asesores. Demandas tales como el aumento al presupuesto destinado a la salud, la creación de un sistema universal de salud, más escuelas o trabajos más seguros, deberán entonces ubicarse dentro del proceso de lucha entre la hegemonía de las clases dominantes y de creación de contra-hegemonía por las clases

⁵² Não é somente o poder que controla a propriedade e o uso das riquezas materiais, como também o poder que se requiere para definir e expandir a identidade, os projetos e as aspirações de utopias. (ALAMES, 2009, p. 10).

⁵³ A iniquidade alude ao caráter e o modo de ser de uma sociedade determina a forma de distribuição e acesso desiguais (desigualdade social) que é sua consequência. A desigualdade é uma injustiça no acesso, uma exclusão produzida frente ao desfrute, uma disparidade na qualidade de vida, enquanto que a iniquidade é a falta de equidade, característica inerente uma sociedade que impede o bem comum. A iniquidade é a injustiça produzindo desigualdades. (ALAMES, 2009, p. 10).

subalternas. En contraparte a los enfoques que ven a las personas como sujetos contractuales representados por el Estado, la MS y la SCL ven a sujetos sociales colectivos en lucha contra aquellas formas de opresión que les han sido y son impuestas cotidianamente⁵⁴. (ALAMES, 2009, p. 13).

A CDSS não questiona a hegemonia do capital, mesmo afirmando que a falta de saúde no mundo está na raiz da distribuição da riqueza. A perspectiva que advém após a década de 1990, de políticas expressivamente neoliberais, transformou a saúde em uma boa mercadoria para o capital e o abandono da concepção original de atenção primária em saúde para um enfoque de atenção básica focalizada em grupos vulneráveis. A referida comissão tem como objetivo resgatar essa concepção original de atenção primária e saúde universal presente nas diretrizes de Alma Ata, em 1978, mas sem romper com a lógica capitalista. Para cumprir seus objetivos, tanto a CDSS da OMS como a CDSS do MERCOSUL, se organizam em duas vertentes: a primeira relacionada aos condicionantes estruturais, como financiamento adequado e orientado para o aumento dos gastos em saúde; responsabilidade do mercado pelo “justo” equilíbrio entre o setor público e privado, compartilhamento das responsabilidades em saúde dos Estados Nação e boa cooperação entre os organismos multilaterais, destacando o enfoque dos determinantes sociais. A segunda vertente seriam as ações referentes às condições de vida das populações:

[...] equidad desde el inicio de la vida (“el desarrollo temprano del niño y la educación son grandes niveladores de salud”); empleo justo y trabajo decente (“el trabajo pagado tiene el potencial de erradicar la pobreza y proveer seguridad material, inclusión social y empoderamiento político”, por lo que hay que combatir el trabajo precario, el desempleo y las condiciones de trabajo deficientes); lugares (de vivienda) saludables (con acceso a bienes y diseñado para promover la salud física y mental); atención médica universal (promoviendo sistemas universales y gratuitos, fundados en la

⁵⁴ A MS e a SCL não colocam no centro dos governos de ‘cima’ que estes tomem tal ou qual políticas, nem se concebem como seus possíveis assessores. Demandas tais como o aumento ao pressuposto destinado a saúde, a criação de um sistema universal de saúde, mais escolas ou trabalhos mais seguros, deverão então realizar-se dentro de um processo de luta entre a hegemonia das classes dominantes e a criação de contra-hegemonia pelas classes subalternas. A contrapartida dos enfoques que vem das pessoas como sujeitos representados pelo Estado, a MS e a SCL vem a sujeitos sociais coletivos em luta contra àquelas formas de opressão que lhes tem sido e são impostas cotidianamente⁵⁴. (ALAMES, 2009, p. 13).

APS⁵⁵, y que garanticen acceso equitativo en cada país); y finalmente, protección social universal⁵⁶. (ALAMES, 2009, p. 12).

Essas distorções levam a preocupações em relação à forma de integração que se está construindo. Logicamente que se espera um melhor financiamento para os sistemas de saúde, assim como trabalho decente e acesso a uma rede de proteção social universal. O que se coloca em questão pela ALAMES e pelos autores que vêm discutindo a integração no MERCOSUL e na América Latina (RIZZOTTO, 2008; OURIQUES, 2008; PAIVA, 2009) é o seguinte: -- A forma como estamos construindo a integração no MERCOSUL irá nos levar a uma diminuição das desigualdades sociais superando quais iniquidades? Ou seja, as preocupações com as iniquidades em saúde e a resolução de qualquer iniquidade que seja são benéficas em um primeiro momento para a população, dado que, mesmo uma redução pequena nos indicadores de mortalidade infantil, representa vidas de crianças que foram salvas. Ocorre que essas pequenas transformações na saúde, descoladas de uma análise na estrutura capitalista responsável pela desigualdade social no mundo e geradora de milhões de mortes de crianças, mostra o limite das ações focalizadas. Conforme citamos anteriormente, não será possível diminuir mais a mortalidade infantil e materna, as epidemias, em especial a de HIV/AIDS, o trabalho precário, a atenção da saúde focalizada e a ampliação do setor privado acoplada a este processo, nem a pobreza e outros determinantes sociais de saúde, caso não haja uma transformação na forma de produção da vida humana, uma ruptura real da sociedade capitalista, a real iniquidade.

⁵⁵ Atenção Primária em Saúde.

⁵⁶ [...] equidade desde o início da vida ("o desenvolvimento inicial da criança e a educação são grandes niveladores de saúde"); emprego justo e trabalho decente ("o trabalho pago tem o potencial de erradicar a pobreza e prover seguridade material, inclusão social e empedramento político", pelo que há que combater o trabalho precário, o desemprego e as condições de trabalho deficientes); lugares (de se viver) saudáveis (com acesso a bens para promover a saúde física e mental); atenção médica universal (promovendo sistemas universais e gratuitos, fundados na APS, e que garantissem acesso equitativo em cada país); e finalmente, proteção social universal⁵⁶. (ALAMES, 2009, p. 12).

CONDIDERAÇÕES FINAIS

Nos documentos analisados, pôde-se observar que de fato há uma preocupação do MERCOSUL com a integração na área da saúde, há uma nova esperança, mesmo que não se possa classificar o MERCOSUL como um movimento de integração contra-hegemônico como a ALBA, e a UNASUL, ele vem de forma inovadora atualizando a bibliografia da década de 1990. Na sistematização dos resultados identificou-se que a saúde é um importante setor para o processo de integração. Compreendida como um direito social conquistado, a saúde integrada, ou a construção do sistema integrado de saúde no MERCOSUL se apresenta como uma possibilidade de organização do bloco no sentido de melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, ao controle das doenças na região pela referência e pela contra-referência dos serviços e das informações em saúde e pela padronização e harmonização de políticas de saúde entre os Estados Partes. Como exemplo destes avanços pode-se citar a ampliação das ações de vigilância sanitária nos produtos fabricados dos Estados Partes a respeito de substâncias tóxicas ao corpo humano; o maior controle da vigilância epidemiológica sobre indicadores de saúde da região que apontam dados sobre as principais doenças presentes e os riscos de epidemias; bem como o controle destes indicadores sobre a mortalidade da população geral e em especial os casos de mortalidade infantil e mortalidade materna. Destaca-se também os avanços no controle das epidemias de HIV/AIDS e dengue; a contenção do uso do tabaco em todo o MERCOSUL; a criação e aprimoramento do Banco de Preços de Medicamentos e os mecanismos de negociação regional com os grandes laboratórios privados, onde os países agem em conjunto, pressionando estes laboratórios a reduzirem os valores dos medicamentos, em grande medida elevados pelo regime de patentes e por fim, as iniciativas na organização dos serviços de saúde nas regiões de fronteira.

Na atenção a saúde da população, o projeto SIS-MERCOSUL é a primeira tentativa de integrar os serviços de saúde no bloco, já que as regiões de fronteira são consideradas pelos estudiosos uma região de abandono em se tratando de serviços de saúde que deveriam oferecer universalidade do acesso e integralidade da assistência. A padronização de normas técnicas para serviços de saúde de

diálise, transfusão sanguínea, maternidade, Unidades de Terapia Intensiva (UTI), Carteirinha de Vacinação, entre outros e a criação da Matriz Mínima dos profissionais de saúde de enfermagem, farmácia, medicina, nutrição e odontologia são partes relevantes no processo de harmonizar as políticas regionais de saúde e integrar as atividades profissionais no atendimento a população do MERCOSUL.

Mesmo que não colocada de forma tão clara a participação do setor privado, o MERCOSUL vem em suas resoluções regulamentando tanto o setor público como a participação do setor privado. Toda padronização da assistência seja nos serviços oferecidos à população seja na fabricação de produtos de saúde, na harmonização dos currículos entre os profissionais de saúde ou na incorporação de tecnologias, implicará em diretrizes para ambos os setores. Esta primeira fase de regulamentação dos setores público e privados é importante quando diretrizes sobre a contaminação de vacinas, medicamentos e outros produtos produzidos no setor privado tem implicação direta na saúde da população. Mas em um segundo momento, ultrapassado esta primeira fase de harmonização de normas, regulamentos e diretrizes entre os Estados Partes, ou seja, quando as liberdades básicas não apenas de livre acesso a produtos, mas o uso de serviços localizados entre outros países for plenamente possível, o que implicará a proximidade construída com o setor privado todos estes anos? Dada a concepção de saúde do MERCOSUL ser por meio de determinantes sociais, que nada mais é do que a estratificação de cuidados e a focalização das ações nos grupos vulneráveis, a preocupação de que se construa uma integração público-privada na saúde em âmbito regional é também legítima já que em nenhum momento da leitura e análise dos 340 documentos analisados há a clareza dos limites da participação do setor privado e se este contribuirá apenas no âmbito da comercialização de produtos.

O chamado Complexo Industrial de Saúde envolve as ações de Atenção em Saúde, Vigilância em Saúde e Produção em Saúde e tem como base segmentos industriais e comerciais; os segmentos de serviços são responsáveis pelas atividades de promoção, prevenção e assistência em saúde e por fim as questões de saúde relacionadas ao setor formador dos trabalhadores em saúde e a pesquisa e desenvolvimento em saúde. Localizada no mundo da produção e compreendida como um produto histórico, a saúde segundo Gallo (2008, p.65) na perspectiva do

Complexo Industrial de saúde, apresenta-se de duas formas no processo de integração: de caráter estritamente público favorece minimamente a integração econômica, já que “assim como o setor bélico, apresenta altíssimo grau de inovação, lucratividade e empregabilidade” para ser mantida apenas no setor público (GALLO, 2008, p.65). De caráter público e privado, seria um potente instrumento dinamizador do desenvolvimento econômico, e isto envolveria a participação do complexo industrial de saúde, sendo este um dos “principais motores da integração regional em função de sua importância econômica e tecnológica”. Assim, a saúde no MERCOSUL seria organizada na sua dimensão mais ampla para favorecer a integração, como a dimensão industrial (tecnologias eletro-eletrônicos, imunobiológicos, fármacos, sangue e hemoderivados e material técnico-hospitalar); a dimensão da força de trabalho, envolvendo a formação e o mercado de trabalho; a dimensão de pesquisa e desenvolvimento e tecnológico, com a participação do trabalho de universidades, centros de pesquisas, organizações não-governamentais e organismos multilaterais, a dimensão comercial, “que faz a mediação entre as três primeiras e o usuário (indivíduo, empresa ou instituição) e que, junto com a dimensão dos serviços – que envolve a assistência pública e privada – são os espaços onde se realiza o valor de troca e de uso do capital, inclusive intelectual”. (GALLO, 2008, p.64).

Estas vertentes estão vinculadas em maior ou menor medida nos países da região por meio de instituições de saúde públicas, privadas e filantrópicas e inclui parte importante do setor informal do mercado de trabalho. Enquanto o setor de serviços em saúde é responsável pelas ações de saúde de Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, constituindo a principal via de acesso da população a saúde e também o setor mais sensível as políticas de ajustes e reformas nos serviços de saúde, sendo avaliado diretamente pelos indicadores de saúde da população, o setor industrial-comercial é mais sentido na autonomia dos países estando diretamente relacionado com o nível de desenvolvimento de tecnologias, a competitividade e sustentabilidade econômica, o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) e o reflexo destas diretrizes no poder de consumo da população e na geração de empregos.

As dificuldades de integração da saúde estariam relacionadas segundo Médici; Barros (2006 apud MERCOSUL, 2008, p.03), a esta lógica de racionalizar as políticas sociais no âmbito do capital. As políticas de saúde, em especial a relacionada à Atenção em Saúde não possuem uma “comerciabilidade (marketability) ou a qualidade que um bem possui de ser comprado/vendido no mercado em função do comportamento de seus custos para o produtor e de sua utilidade para o consumidor”. (MERCOSUL, 2008, p.03). Assim, para as ações de vigilância sanitária e epidemiológica não existiriam um mercado privado consolidado e seriam, portanto, ações exclusivamente públicas e de benefícios de todos ao reduzir o risco de transmissão de doenças de caráter epidêmico. Isto não seria aplicável a medicamentos, insumos, equipamentos médicos e recursos humanos que possuem alto nível de competitividade e relação direta com o sistema privado de saúde, formando o complexo industrial de saúde em âmbito regional (MERCOSUL, 2008, p.02-04).

De acordo com as orientações da CEPAL, o MERCOSUL compreende que o desenvolvimento da região se alcançará por meio de um Estado com regulação do mercado, políticas econômicas e políticas sociais trabalhando de forma conjunta e complementando-se com participação do setor privado nas ações dos Estados Nacionais e no Bloco econômico com vista à diminuição da dependência dos países da região em relação aos países centrais. Este fortalecimento dos laços entre os Estados Nacionais deve ser alcançado há um custo muitas vezes de perdas de poderes internos para o fortalecimento do bloco, dado que a estratégia da integração econômica, política e social do MERCOSUL são de unidos os Estados-Nação ter maiores meios de poder para o embate no comércio internacional e por resumo, o não rompimento com a lógica do capital. A integração da saúde no âmbito de MERCOSUL não difere da idéia central da integração da instituição onde o MERCOSUL é considerado, acima de tudo, um acordo político. “É um fator de estabilidade na região, pois gera uma trama de interesses e relações que tornam mais profundas as ligações, tanto econômicas quanto políticas, e neutraliza as tendências à fragmentação” (MERCOSUL, 2009h).

Das análises realizadas é possível afirmar que o MERCOSUL visa à regulamentação do setor privado e o ‘justo’ equilíbrio entre os setores públicos e

privados. Quando analisado na perspectiva do controle dos medicamentos vendidos por laboratórios privados, as diretrizes do MERCOSUL serão de fato importantes para o acesso da população aos medicamentos, inclusive aqueles classificados de caráter emergencial como os medicamentos para o HIV/AIDS ainda em estágio patentário. Sobre a participação do setor privado neste âmbito não há nos acordos referência específica, que explique como seria a assistência a população até porque o serviço de saúde no MERCOSUL se limita as ações dos sistemas de saúde das fronteiras. A preocupação neste campo da saúde advém da compreensão que o MERCOSUL tem sobre saúde. Nos acordos das Reuniões de Ministros da Saúde, a assistência a saúde para a região é colocada no âmbito da atenção primária, diretrizes estas em conformidade com a OPAS e a OMS, tendo como pano de fundo o Banco Mundial que desde a década de 1970 vem insistindo nas ações de atenção primária em saúde e educação básica públicos com atuação do setor privado para os outros níveis. Amplamente discutida por diversos autores como Rizzotto (2000) e Soares (2001), a atenção primária na saúde leva a focalização de serviços de assistência básicos para as populações vulneráveis e abre espaço para a atuação do setor privado nas ações orientadas para serviços de maior complexidade, isso sem mencionar o favorecimento do já consolidado mercado privado de insumos e medicamentos.

Além disso, é possível afirmar que as ações de atenção em saúde no MERCOSUL e mesmo as ações em vigilância em saúde, são colocadas em segundo plano em relação às diretrizes sobre os produtos para a saúde. Mesmo que para a integração dos serviços de saúde seja necessário uma padronização e harmonização de políticas, mesmo assim o número de diretrizes sobre os serviços de saúde e sobre os aspectos comerciais é bem distante. Se a atenção em saúde tivesse maior proximidade com as leis do capital como tem os produtos para a saúde, o número de acordos e resoluções talvez fossem mais expressivos. Exemplo disso são as resoluções do SGT nº10 criado já em 1991 e responsável por assuntos laborais, emprego e seguridade social, sendo o primeiro tema social tratado no âmbito do MERCOSUL por estar diretamente relacionado aos impactos da liberalização comercial e aos problemas das relações sociais de produção capitalistas.

Na análise dos documentos pode-se observar com bastante clareza, a voz predominante do Brasil nas diretrizes da saúde. Este fato está relacionado a dois aspectos: o primeiro pelo SUS ser o maior serviço de saúde universalizado do mundo e ser na América Latina o que melhor garante acesso à população. Outro fato é o poder econômico que o Brasil exerce na região, sendo o país mais rico do MERCOSUL. As diretrizes em que se destacam as ações do Brasil são o controle do HIV/AIDS e da dengue, as iniciativas no controle do tabaco, o processo de informatização e interligação dos sistemas de saúde pelo Núcleo de Operacionalização e Articulação de Sistemas de informação e comunicação em Saúde (NUSICS), as iniciativas de Web Conferências na região e a assistência técnica brasileira ao processo de informatização e o próprio modelo de assistência brasileiro como base de ampliação para a rede de saúde regional bem como as diretrizes gerais de organização e operacionalização do SUS. Nas ações sobre o controle da epidemia do HIV/AIDS, o modelo brasileiro é referência não apenas na América Latina, mas para outros países do mundo, em especial do continente africano. Com um setor privado muito bem estruturado, que ganhou apoio nos anos de 1990 com as reformas liberais, onde cresceu mais de 400% e se consolidou como um sistema de saúde que atende mais de 40 milhões de brasileiros, é um setor de investimento nada desprezível para o capital. Ampliado em escala regional e em associação a outras burguesias de outros países, o setor privado no MERCOSUL poderá realizar grandes monopólios de assistência a saúde.

Obviamente a integração que queremos nos leva a olhar com certa desconfiança para este tão aclamado sucesso das relações público-privadas. Tendo como exemplo o Brasil, onde há uma verdadeira promiscuidade das relações público-privadas, as mediações realizadas entre o indivíduo, as empresas privadas de seguros de saúde e o Estado vem provocando um emaranhado de relações, onde os usuários são os menos beneficiados. A integração da saúde no âmbito do MERCOSUL tem de ser compreendida como um direito social plenamente alcançável, com atendimento de qualidade e gratuito a toda a população. O Brasil atuando como um subimpério na região não poderá transportar para o âmbito regional o crescente negócio de seguros privados de saúde associado ao financiamento público do Estado. Caso isto aconteça, os usuários continuarão pagando consultas no setor privado, utilizando Autorizações de Internamento

Hospitales (AIH) públicas, pagando pequenas cirurgias pelo setor privado, voltando para o público quando precisarem de Unidades de Terapias Intensivas (UTI) e sobrevivendo, o cumprimento dos contratos com os seguros privados de saúde, acreditando estar a salvo da falta de leitos hospitalares públicos em relação ao resto da população. Não podemos construir em âmbito regional o que pior desenvolvemos no SUS, os limites obscuros da relação público-privada no Brasil. Segundo Sodré (2007, p.234), a difusão do modelo industrial se dá primeiramente pela produção de medicamentos, tecnologias e equipamentos, mas é na esfera da produção ampliada, mais precisamente, através das políticas públicas, que esse ideal é veiculado. “São nos órgãos de atendimento à população, na prestação de serviços, que se estabelecem as dinâmicas da propagação do exercício profissional associado à tecnologia; assim como; também é neste âmbito que surgem as inovações – tanto entre os serviços públicos, quanto privados”.

Desta forma, pensar a saúde no MERCOSUL é compreender a totalidade das relações que perpassam as políticas de saúde e não perder de vista a integração de políticas de saúde que visam o acesso da população as ações de saúde e a integralidade da assistência, assim, do ponto de vista dos trabalhadores, desta população que carece de serviços que garantam a universalidade do acesso, a integralidade do atendimento em saúde, ou seja, a garantia de ter atendimento de saúde onde quer que se vá nos países da região e em todos os níveis de assistência, a integração é bem mais complexa.

Se até o momento houve a padronização e harmonização dos serviços e o início da integração nas cidades fronteiriças, as próximas etapas serão de aprofundamento das diretrizes elaboradas e integração dos serviços de saúde entre os Estados Partes, como os próprios documentos afirmam a necessidade de se expandir a atenção em saúde para a consolidação da integração entre os países. Do ponto de vista econômico sabe-se que o MERCOSUL vem ganhando projeções importantes no mundo, ampliando suas negociações não apenas na América Latina como também com a África e Ásia. A América Latina procurando um lugar ao sol se encontra imbricada em relações tão complexas que ao mesmo tempo em que se processa a fragmentação dos sistemas produtivos se organiza concomitantemente os processos de integração. A reorganização das novas periferias, compreendidas

como partes dependentes regionais de um poder central vêm sendo construídas nas mudanças que se deram na configuração da economia mundial e na divisão internacional do trabalho, “sintetizadas na nova mudança da função histórica do subdesenvolvimento”. (VALENCIA, 2009, p.121). Há um fortalecimento das periferias mundiais ao mesmo tempo em que se produz um povoamento das novas periferias com “contingentes humanos de força de trabalho provenientes da África, da Ásia e da América Latina”.

O MERCOSUL atualmente não aponta para uma ruptura, mas para a diminuição das desigualdades sociais no bloco econômico. Ainda que avanços venham sendo conquistados, os limites que as políticas sociais podem alcançar está dado nas desigualdades sociais produzidas nas relações capitalistas de produção e acumulação de capital. A integração que defendemos não pode privilegiar o aspecto econômico em detrimento da saúde dos trabalhadores. A integração no setor saúde tem de ser construída com base nas peculiaridades da região, nos indicadores de saúde e de doença produzidos aqui. É compreender a saúde como um direito irrevogável e garantir o seu acesso onde quer que adultos, jovens, idosos e crianças andem na região. Para isso os Estados Nacionais precisam ampliar para além das ações nacionais no sentido de adaptá-las na região, para uma forma de pensar e agir em saúde em âmbito regional. Isto perpassa uma consciência de pensarmos e sentirmos a América Latina e nos “virarmos para frente”, enxergando-se latino-americanos. Qualquer proposta que não rompa com a lógica do capital, por mais ampla e abrangente que seja, ou por mais democrática que possa parecer, é uma proposta limitada, sobretudo para a classe trabalhadora. A ruptura com o capital é necessária e fundamental dado os limites da diminuição das iniquidades em políticas sociais compensatórias aos estragos das reformas neoliberais. Portanto, refletir em uma integração que queremos, é pensar na possibilidade socialista como perspectiva de luta, é compreender que para além de políticas de Estado, queremos políticas consolidadas por movimentos sociais. Trabalhadores da Saúde, uni-vos em prol de uma integração do e para o povo latino-americano.

REFERÊNCIAS

ACORDO DE CARTAGENA. Disponível em: <[http:// www.aladi.org](http://www.aladi.org) >. Acesso em 13/07/2009.

ACORDO ENTRE BRASIL E ÁFRICA PERMITE ABERTURA DE FÁBRICA DE MEDICAMENTOS CONTRA AIDS. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/educacao/noticias/40499/acordo-entre-brasil-e-africa-permite-abertura-de-fabrica-de-medicamentos-contr-aids/>>. Acesso dia 11 de janeiro de 2010.

AGÊNCIA BRASIL. MERCOSUL defenderá campanha para flexibilizar patentes de remédios contra gripe suína. Artigo publicado em 23 de julho de 2009. Disponível em: <<http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2009/07/23/materia.2009-07-23.2206421598/view> >. Acesso em 14 de Janeiro de 2010.

ALAMES, 2009. **Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud – Documento para la disusión.** Disponível em: <<http://www.alamesgeneral.es.tl/>>. Acesso dia 20 de novembro de 2009.

A UM PASSO DA INTEGRAÇÃO – VENEZUELA: O SENADO BRASILEIRO APROVA A ENTRADA DO PAÍS NO MERCOSUL. FALTA O PARAGUAI. Revista Carta Capital de 23 de dezembro de 2009. Ano XV, nº577.

BANCO MUNDIAL. **La crisis financiera podría sumir en la pobreza a otros 53 millones de personas.** Disponível em: <<http://www.worldbank.org/>>. Acesso dia 12 de fevereiro de 2009.

BARBOZA, M. J. **Política Educacional no Mercosul: integração regional a partir de uma educação produtora do desenvolvimento Latino-Americano** [dissertação de mestrado]. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2009.

BARBOZA, R.A. **América Latina em perspectiva: a integração regional da retórica à realidade.** São Paulo: Aduaneiras, 1991.

BATTAGLINI, E.; SARTI, F.; FURTADO, J; VEIGA, J.P.C.; PEREIRA, L.V.; PRESSER, M.F.; SALADINI, M.; MALUF, R. **Mercosul – Integração na América Latina e relações com a Comunidade Européia.** São Paulo: Cajá, 1993.

BEÇAK, P. **Mercosul: uma experiência de Integração Regional.** São Paulo: Contexto, 2000.

BLOCOS ECONÔMICOS. Disponível em: <<http://www.mundogeografico.uol.sites.com.br> >. Acesso em 26 de Janeiro de 2010.

BLOCOS ECONÔMICOS. Disponível em: <http://www.ftaa-alca.org/busfac/clist_p.asp >. Acesso em 26 de Janeiro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. **Encerramento da XXX Cúpula dos Chefes de Estado do MERCOSUL**. Resenha de Política Externa Brasil, a. 33, n.99, 1º semestre de 2006b, p. 49-53.

BRASIL. **Cerimônia de assinatura do Protocolo de Adesão da Venezuela como Membro Pleno do MERCOSUL**. Resenha de Política Externa Brasil, a. 33, n.99, 1º semestre de 2006c, p. 27-30.

BRASIL. **Ministério das Relações Exteriores**. Disponível em: <<http://www.mre.gov.br>>. Acesso em: 17 de maio de 2009a.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. **América do Sul sim, Alca não**. Disponível em: <<http://www.mre.gov.br>>. Acesso em: 04/04/2009b.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 03 de março de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Saúde no MERCOSUL**. 2º ed. Revista e ampliada. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

BRYAN, Newton Antonio Paciulli. Concepções de desenvolvimento, Estado e Política Educacional – do desenvolvimento econômico ao desenvolvimento sustentável. In: DEITOS, R.A.; RODRIGUES, R.M [org.]. **Estado, desenvolvimento, democracia & Políticas Sociais** – Cascavel: EDUNIOESTE, 2006.

CARNEIRO, F.G.; ROCHA, C.H. **Reforma do setor público na América Latina: uma perspectiva comparada**. Disponível em: <<http://www.bnds.com.br/>>. Acesso em: 30 out.2005.

CEPAL; UNESCO. **Equidad y transformacion productiva: un enfoque integrado**. Chile, 1992. Disponível em: <<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/3/4373/lcq1701e.htm>>. Acesso em: 14 de outubro de 2009.

CEPAL; OPS. **Salud, equidad y tranformación productiva en América Latina y el Caribe**. Santiago, Chile. Cuaderno Técnico N.º 45, 1997.

CHESNAIS, F. **A Mundialização do Capital**. Tradução de Silvana Finzi Foá. São Paulo: Xamã, 1996.

COHN, Amélia.; ELIAS, P.E.; **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**, 5. ed. São Paulo: Cortez, 2003. 133p.
CONILL, E. M. Sistemas Comparados de Saúde. In: **Tratado de Saúde Coletiva**; SOUZA CAMPOS et al.; São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2007.

CUPULA SOCIAL DO MERCOSUL. **Declaração Final**. Brasília, 13 e 14 de Dezembro de 2006. Disponível em: http://www.mercosursocialsolidario.org/images/stories/pmss/foros/declaracao_cumbr e_brasilia.pdf >. Acesso em 15 de janeiro de 2010.

DAL PRÁ, Keli Regina; MENDES, Jussara Maria Rosa; MIOTO, Regina Célia Tamaso. **O desafio da Integração Social no Mercosul: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23 Sup. 2:S164-S173, 2007.

DANTAS, C.J. Aspectos Filosóficos de los espacios transfronteras. In: SOUZA, M.L.; FERREIRA, L.A.P.; REZENDE, V.M.; BRANCO, M.L. **A Saúde e a Inclusão social nas fronteiras**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2008.

DEMOCRACIA & POLITICA. **Direito de Patentes acima da Salvação do Planeta**. Artigo publicado em 22 de maio de 2009a. Disponível em: < <http://democraciapolitica.blogspot.com/2009/05/direito-de-patente-acima-da-salvacao-do.html/>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2010.

DEMOCRACIA & POLITICA. **Um Retrato Honesto da Experiência Venezuelana**. Artigo publicado em 29 de maio de 2009b. Disponível em: < <http://democraciapolitica.blogspot.com/2009/05/direito-de-patente-acima-da-salvacao-do.html/>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2010.

Di PIERRO, M. C.; **Descentralização, focalização e parceria: uma análise das tendências nas políticas públicas de educação de jovens e adultos**. Revista Educação e Pesquisa, São Paulo, vol. 27, n.2, p.321-337, jul./dez.2001.

ENGELS, F. A Origem da Família, da Propriedade e do Estado. In: MARX, K. e ENGELS, F. **Obras Escolhidas**. São Paulo: Editora Alfa-Omega s/d.

EIBENSCHUTZ, C. (org.). **Política de Saúde: O público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. 362p.

FIER, Florisvaldo. **Mercosul – um a, b,c...**Parlamento do Mercosul, deputado federal Dr. Rosinha (PT-PR) – Publicação do Mandato, 2008.

FIER, Florisvaldo; Acordos e tratados de livre comércio: implicações para a saúde e o desenvolvimento. In: NOGUEIRA, F.M.G.; RIZZOTTO, M.L.F. [org.]. **Políticas Sociais e Desenvolvimento: América Latina e Brasil**. São Paulo: Xamã, 2007.

FIORI, J. L. **O Poder Americano**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

FIORI, J.L. Os Moedeiros Falsos. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1997. In: SODRÉ, F. **Políticas globais de saúde coletiva: a constituição de novas lutas sociais no campo da saúde coletiva** [tese de doutorado]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

FOSTER, J.B. Prefácio. In: MÉSZÁROS, I. **O Desafio e o Fardo do Tempo Histórico: o Capitalismo no Século XXI**. São Paulo: Boitempo, 2007.

FOLHA DE LONDRINA. **G8 está morto e não representa mais nada**. Londrina, 14 de junho de 2009.

GALLO, E.; COSTA, L.; MORAES, A.; A integração dos Sistemas de Saúde que atendem a população fronteiriça dos países do MERCOSUL - SIS – MERCOSUL. In: GALLO, E.; COSTA, L. **SIS – MERCOSUL – uma agenda para a integração**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2004.

GAJARDO, M. **Reformas educativas na América Latina - balanço de uma década**. Santiago, Chile: PREAL - Programa de Promoção da Reforma Educativa na América Latina e Caribe, nº 15, 1999.

GOBBO, E. **O Mercosul e a livre circulação de mercadorias**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2003.

GUIMARAES, L.; GIOVANELLA, L. **Integração Européia e Política de Saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(9): 1795-1807, set., 2006.

GUIMARAES, L.; GIOVANELLA, L. **Integração econômica regional e políticas de saúde: União Européia e Mercosul**. [Tese de doutorado]. Fundação Oswaldo Cruz: Escola Nacional de Saúde Pública, 2007.

IBGE. **Fecundidade, Natalidade e Mortalidade**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=494&id_pagina=1>. Acesso em: 11 de janeiro de 2010.

INESC. **REBRIP apóia quebra de patentes do medicamento Efavirenz**. Artigo publicado no dia 04 de maio de 2007. Disponível em: <<http://www.inesc.org.br/biblioteca/textos-e-manifestos/rebrip-apoia-quebra-de-patente-de-medicamento-efavirenz>>. Acesso em 14 de janeiro de 2010.

LAFOZ, S. E. **O Mercosul com Saúde – documento referência para o seminário “Mercosul – Avanços e desafios”**. MERCOSUL. Ministério da saúde, coordenação Nacional de Saúde no Mercosul. Abril, 2008.

LUCKAS, G. Questões metodológicas preliminares. In: _____. **Ontologia do ser Social – Os princípios ontológicos de Marx**. Tradução: Carlos Nelson Coutinho. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1979.

MARIANO MORENO. **A História de Mariano Moreno**. Disponível em: <<http://www.wikipedia.org/wiki/marianomoreno>>. Acesso em 13/07/2009.

MARINI, R.M. **Dialética da Dependência**. Petrópolis: Vozes, 2000.

MARINI, Ruy Mauro. **Acerca del Estado en América Latina**. Archivo de Ruy Mauro Marini, com la anotación “Intervenção no Congresso de ALAS, Havana, 1991. Versão definitiva, publicada en Memória del Congreso, N. Sociedad”. [También aparece em el archivo como: *Três observaciones sobre el Estado en América Latina*].

MARQUES, R.M.; MENDES, A.; **A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 18, p.163-171, 2002.

MARTINEZ. A saúde na Venezuela. 2009.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto do Partido Comunista**. Prólogo de José Paulo Neto. São Paulo: Cortez, 1998.

MELLO, A.F. Concepção Política da Globalização. In: SOUZA, M.L.; FERREIRA, L.A.P.; REZENDE, V.M.; BRANCO, M.L. **A Saúde e a Inclusão social nas fronteiras**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2008.

MERCADANTE, A. **Saudável Direito**. Artigo publicado na Gazeta Mercantil em 17 de maio de 2007. Disponível em: <<http://mercadante.com.br/em-debate/artigos/saudavel-direito>>. Acesso em 14 de janeiro de 2010.

MERCOSUL. **Tratado de Assunção de 26 de março de 1991**. Disponível em: <http://www.mercosulsaudevsite.com.br/index.php?option=com_docman&talk=cay>. Acesso em 15/07/2009a.

MERCOSUL. **Protocolo de Ushuaia**. Disponível em: <http://www.mercosulsaudevsite.com.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=56&Itemid=35>. Acesso em 12/12/2009b.

MERCOSUL. **Protocolo de Brasília**. Disponível em: <http://www.mercosulsaudevsite.com.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=56&Itemid=35>. Acesso em 12/12/2009c.

MERCOSUL. **Protocolo de Ouro Preto**. Disponível em: <http://www.mercosulsaudevsite.com.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=56&Itemid=35>. Acesso em 12/12/2009d.

MERCOSUL. **Protocolo de Olivos**. Disponível em: <http://www.mercosulsaudevsite.com.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=56&Itemid=35>. Acesso em 12/12/2009e.

MERCOSUL. **Protocolo de Adesão da República Bolivariana da Venezuela ao Mercosul**. Caracas, Venezuela, 2006. Disponível em: <<http://www.mercosul.gov.br/tratados-e-protocolos/protocolo-de-adesao-da-republica-bolivariana-da-venezuela-ao-mercosul/protocolo-de-adesao-da-republica-bolivariana-da-venezuela/>>. Acesso em 25/02/2009f.

MERCOSUL. **Quiene Somos**. Disponível em: <<http://www.mercosul.gov.br/>>. Acesso em 12 de junho de 2009g.

MERCOSUL. **Quem Somos**. Disponível em: <<http://www.mercosulsaudevsite.com.br/>>. Acesso em 14 de outubro de 2009h.

MERCOSUL. **COMUNICADO CONJUNTO DOS PRESIDENTES DOS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL**. Montevideu, Uruguai, dezembro de 2009i.

MERCOSUL. **Controle do Tabaco no MERCOSUL – Relatório Evolutivo 2004-2008**. Rio de Janeiro, 2008.

MERCOSUL. **MERCOSUL Social e Participativo: Construindo o MERCOSUL dos povos com democracia e cidadania**. Brasília: Ibraes, 2007.

MERCOSUL, 2002. **Sistema de Informação em Saúde – áreas prioritárias em DST/HIV/AIDS**. Disponível em: <http://200.214.130.44/mercosulsaude/portugues/reuniao/atas/CN_1_02/ANEXOIX.htm/>. Acesso em 14/01/2010.

MENDES, E.V.; **Uma Agenda para a Saúde - O Sistema único de Saúde um Processo em Construção**. São Paulo: Hucitec, 1996, 300p.

MINTO, L.W. Estado e produção capitalista: o público e o privado em perspectiva histórica. In:_____. **As reformas do ensino superior no Brasil: o público e o privado em questão**. Campinas, SP: Autores Associados, 2006.

MORAIS JUNIOR, D.; SOUZA, R.F.. **Comércio Internacional: blocos econômicos**. Curitiba: Ibpex, 2005.

NOGUEIRA, F.M.G.; RIZZOTTO, M.L.F.; **A “Questão Social” na América Latina após as reformas neoliberais das décadas de 1980 e 1990**. 2009. Submetido para publicação.

O QUE É O METODO AD HOC? Disponível em: <http://br.answers.yahoo.com/question/index?qid=20061126062755AACuQGM>. Acesso em 21/07/2009.

ORSO, P.J. **Liberalismo, Neoliberalismo e Educação. Roque Spencer Maciel de Barros, Um Ideólogo da Burguesia Brasileira [tese de doutorado]**. Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP – 2003.

OURIQUES, N.D. Globalização e os aspectos econômicos. In: SOUZA, M. L.; FERREIRA, L.A.P.; REZENDE, V.M.; BRANCO, M.L.; **A Saúde e a Inclusão Social nas Fronteiras**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2008. 400p

PAIVA, B.A.; OURIQUES, N.D. Uma perspectiva latino-americana para as políticas sociais: quão distante está o horizonte? In: BORGES, L.F.P; MAZZUCO, N,G. (organizadoras). **Democracia e política sociais na América Latina**. São Paulo: Xamã, 2009.

PINOTTI, J.A.; **A ANS e a Saúde das Operadoras**. Jornal da Unicamp, São Paulo, maio 2006. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp-hoje/jornalPDF/ju323pg3.pdf/>>acesso em: 21 out.2006.

PNUD, 2005. **Desigualdade trava América Latina nos ODM**. Disponível em: http://www.pnud.org.br/pobreza_desigualdade/reportagens/index.php?id01=1256&lay=pde > Acesso em: 11 de janeiro de 2010.

PNUD, 2010. **Brasil amplia ajuda com doação de remédios anti-Aids**. Disponível em: <http://www.pnud.org.br> > Acesso em: 11 de janeiro de 2010.

REIS, G.A.; DAIN, S.; FERLA, A.A.; CASTRO, J.D.; PELEGRINI, M.L. Uma agenda para viabilizar o SIS-MERCOSUL. In: GALLO, E.; COSTA, L. **SIS – MERCOSUL – uma agenda para a integração**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2004.

REZENDE, V.M.; BRANCO, M.L.; ARAUJO, A.S. Projeto SIS-Fronteira. In: SOUZA, M. L.; FERREIRA, L.A.P.; REZENDE, V.M.; BRANCO, M.L.; **A Saúde e a Inclusão Social nas Fronteiras**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2008. 400p.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon.; **Políticas Sociais e Desenvolvimento após a era Neoliberal: A saúde na proposta de reestruturação produtiva com Equidade da Cepal**. [trabalho de defesa para professor associado]. UNIOESTE, 2008. Mimeo.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon; NOGUEIRA, F.M.G. **Compreendendo o capitalismo dos países dependentes iluminado pela teoria de Ruy Mauro Marini: pressuposto para a análise de políticas sociais**. 2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil, 13 a 15 de outubro de 2005.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon ; **O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP: [s.n.], 2000. 265p.

SADER, E. Ruy Mauro, intelectual revolucionário. In: SADER, E.; SANTOS, T.[coord.]. **América Latina e os desafios da globalização – ensaios dedicados a Ruy Mauro Marini**. Rio de Janeiro: Ed.PUC – Rio; São Paulo: Boitempo Editorial, 2009.

SANT'ANNA, D.M. **Cúpula Social do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) – breves informações**. Trabalhos técnicos, divisão jurídica. Brasil: Janeiro de 2009.

SECRETARIA DO MERCOSUL, 2009. **A Respeito do MERCOSUL**. Disponível em: <http://www.mercosur.org.uy/t_generic.jsp?contentid=661&version=1&channel=secretaria&seccion=2#social>. Acesso em 19 de junho de 2009.

SHIROMA, E. O.; CAMPOS, Roselane Fátima; GARCIA, Rosalba Maria Cardoso. **Decifrar textos para compreender a política: subsídios teórico-metodológicos para análise de documentos**. Disponível em: <<http://www.gepeto.ced.ufsc.br> />. Acesso em 10/07/2009.

SCHILLING, P.R. **Mercosul: Integração ou dominação**. São Paulo: Ed. CEDI, 1992.

SOARES, Laura Tavares Ribeiro.; **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

SODRÉ, F. **Políticas Globais de Saúde. A constituição de novas lutas sociais no campo da saúde coletiva**. Tese [doutorado]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, 2007. 274p.

SOUZA, Maria de Lourdes; FERREIRA, Luiz Alberto Peregrino; REZENDE, Vanessa Murta; BRANCO, Marisa Lucena; **A Saúde e a Inclusão Social nas Fronteiras**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2008. 400p.

VÁSQUEZ, M. Los escenarios de la Participación Social em El Mercosur. In: JARAMILLO, G. **Los nuevos enfoques de la integración: más allá del regionalismo**. FLASCO, Ministério de Cultura del Equador: Quito, Equador, 2008.

VERMELHO. **Viagens de Lula e Chávez fortalecem integração**. Disponível em: <<http://www.vermelho.org.br>. Acesso em 10 de agosto de 2009. [Coluna de 11 de agosto de 2007, Por Ronaldo Carmona](#).

VIEIRA, Evaldo; **Os Direitos e a Política Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007, 224p.

VIGNA, Edélcio. **Parlamento do MERCOSUL: o desafio da Participação Social**. Revista Comunicação & política, v. 25, nº 3, p. 219-225.

APÊNDICE A
RELAÇÃO DOS ACORDOS E RESOLUÇÕES ANALISADOS DA RMS
E DO SGT N°11

QUADRO 1 - RELAÇÃO DOS ACORDOS DAS REUNIÕES DE MINISTROS DA SAÚDE DO MERCOSUL. DADOS DE 2000 a 2009.

Ano	EMENTA
2009	Acordo RMS nº 01/2009. PUBLICIDADE, PROMOÇÃO E PATROCÍNIO DOS PRODUTOS DO TABACO NOS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº 02/2009. PROMOVER A EQUIDADE EM SAÚDE ATUANDO SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE.
	Acordo RMS nº 03/2009. ESTRATÉGIA DE GESTÃO INTEGRADA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE NOS ESTADOS PARTES E ASSOCIADOS DO MERCOSUL EGI-DENGUE-MERCOSUL-EA.
	Acordo RMS nº 04/2009. REGULAMENTAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DOS BANCOS DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOIÉTICAS E OUTRAS NOS ESTADOS PARTES E ASSOCIADOS DO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº 05/2009. COMBATE AO TRÁFICO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS E AO TURISMO DE TRASPLANTES NOS ESTADOS PARTES E ASSOCIADOS DO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº 06/2009. CRIAÇÃO DA COMISSÃO INTERGOVERNAMENTAL DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E SISTEMAS DE SAÚDE.
2008	Acordo RMS nº 01/2008. ACORDO PARA O FORTALECIMENTO DA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL NO MARCO DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO.
	Acordo RMS nº 02/2008. ABORDAGENS INTERSETORIAIS.
	Acordo RMS nº 03/2008. 30 ANOS DE ALMA ATA.
	Acordo RMS nº 04/2008. ACORDO DOS ESTADOS PARTES E ASSOCIADOS DO MERCOSUL EM RELAÇÃO À SAÚDE PÚBLICA, INOVAÇÃO E PROPRIEDADE INTELECTUAL
	Acordo RMS nº 05/2008. ACORDO SOBRE INTENSIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA FEBRE AMARELA.
	Acordo RMS nº 06/2008. ACORDO SOBRE PROMOÇÃO DA DOAÇÃO VOLUNTÁRIA DE SANGUE NOS ESTADOS PARTES E ASSOCIADOS DO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº 07/2008, de 13 de junho de 2008. ESTRATÉGIAS CONJUNTAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE SEGUIMENTO DE DOADORES VIVOS DE ÓRGÃOS DOS ESTADOS PARTES E ASSOCIADOS DO MERCOSUL
	Acordo RMS nº 08/2008. ESTRATÉGIA RELATIVA À VIGILÂNCIA E COMBATE À FALSIFICAÇÃO E ADULTERAÇÃO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS MÉDICOS.
	Acordo RMS nº 09/2008. ESTRATÉGIAS CONJUNTAS PARA A PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº 10/2008. ACESSO A MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO.
	Acordo RMS nº 11/2008. PLANO DE TRABALHO DAS PRIORIDADES DEFINIDAS PARA A POLÍTICA DE MEDICAMENTOS DO MERCOSUL, BOLÍVIA E CHILE ATUALIZAÇÃO DO ACORDO Nº 12/05.
	Acordo RMS nº 12/2008. REORIENTAÇÃO DAS ATIVIDADES DA COMISSÃO INTERGOVERNAMENTAL "SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.
	Acordo RMS nº 13/2008. FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO, DETECÇÃO PRECOZE, TRATAMENTO E REABILITAÇÃO DO PACIENTE COM CÂNCER DO COLO DE ÚTERO NO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº 14/2008. ACORDO MERCOSUL PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL.
	Acordo RMS nº 15/2008. PLANO INTEGRADO DE PREPARAÇÃO PARA PANDEMIA DE INFLUENZA NO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº 16/2008. ESTRATEGIAS PARA INTENSIFICAR AS INTERVENÇÕES DE ACESSO UNIVERSAL EM DST/AIDS EM POPULAÇÕES EM CONDIÇÕES DE MAIOR VULNERABILIDADE NO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº 17/2008, de 28 de novembro de 2008. ESTRATÉGIA MERCOSUL DE NUTRIÇÃO PARA SAÚDE E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL
	Acordo RMS nº 18/2008. OBSERVATÓRIO MERCOSUL DE SISTEMA DE SAÚDE.
2007	Acordo RMS nº 01/2007. ESTRATEGIAS CONJUNTAS PARA A CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS DE DOAÇÃO E TRANSPLANTE, INSTRUMENTAÇÃO DO MARCO JURIDICO E ELABORAÇÃO DE PROJETOS PARA INTEGRACÃO DE REGISTROS PARA OS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº 02/2007. ESTRATEGIAS CONJUNTAS PARA A CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS DE DOAÇÃO E TRANSPLANTE, INSTRUMENTAÇÃO DO MARCO JURIDICO E ELABORAÇÃO DE PROJETOS PARA INTEGRACÃO DE REGISTROS PARA OS ESTADOS

	PARTES E ASSOCIADOS DO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº03/2007. ESTRATÉGIA DE GESTÃO INTEGRADA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE NOS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL: EGI –DENGUE – MERCOSUL.
	Acordo RMS nº04/2007. ESTRATÉGIA DE GESTÃO INTEGRADA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE NOS ESTADOS PARTES E ASSOCIADOS DO MERCOSUL: EGI – DENGUE –MERCOSUR – EA.
	Acordo RMS nº05/2007. RECOMENDAÇÕES PARA AS POLÍTICAS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NOS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº06/2007. RECOMENDAÇÕES PARA AS POLÍTICAS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NOS ESTADOS PARTES E ASSOCIADOS DO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº07/2007. ADESÃO DOS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL À CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE PARA O DESENVOLVIMENTO: “DIREITOS, FEITOS E REALIDADES” – BUENOS AIRES 30/15: DE ALMA ATA À DECLARAÇÃO DO MILÊNIO.
	Acordo RMS nº08/2007. ADESÃO DOS ESTADOS PARTES E ASSOCIADOS DO MERCOSUL À CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE PARA O DESENVOLVIMENTO: “DIREITOS, FEITOS E REALIDADES” – BUENOS AIRES 30/15: DE ALMA ATA À DECLARAÇÃO DO MILÊNIO.
	Acordo RMS nº 09/2007. AVANÇANDO EM UMA AGENDA DE INTEGRAÇÃO SUL-AMERICANA EM SAÚDE.
	Acordo RMS nº 10/2007. PEDIDO DE PRIORIZAÇÃO DE PROJETOS DE COOPERAÇÃO TÉCNICA EM MATÉRIA DE SAÚDE.
	Acordo RMS nº 11/2007. FORTALECIMENTO POLÍTICO PARA O CONTROLE DA PROMOÇÃO E PROPAGANDA DE PRODUTOS DE USO E CONSUMO HUMANO COM IMPACTO NA SAÚDE NO MERCOSUL E ESTADOS ASSOCIADOS
	Acordo RMS nº 12/2007. RECOMENDAÇÕES SOBRE MEDIDAS DE COMBATE À FALSIFICAÇÃO E FRAUDE NOS ESTADOS PARTE DO MERCOSUL E ESTADOS ASSOCIADOS.
	Acordo RMS nº 13/2007. ESTRATÉGIAS CONJUNTAS PARA O FUNCIONAMENTO DO BANCO DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS DO MERCOSUL E ESTADOS ASSOCIADOS.
	Acordo RMS nº 14/2007. INCORPORAÇÃO E PROMOÇÃO DO ENFOQUE DE DETERMINANTES DA SAÚDE NO ÂMBITO DO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº 15/2007. PARTICIPAÇÃO DOS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL E ESTADOS ASSOCIADOS NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL (2005).
2006	Acordo RMS nº01/2006. ESTRUTURA INSTITUCIONAL DA REUNIÃO DE MINISTROS DA SAÚDE.
	Acordo RMS nº 02/2006. APOIO ÀS INICIATIVAS DA INCOSUL-CHAGAS.
	Acordo RMS nº 03/2006. CRIAÇÃO DA COMISSÃO INTERGOVERNAMENTAL DE DOAÇÃO E TRANSPLANTES (CIDT) NO ÂMBITO DO MERCOSUL E ESTADOS ASSOCIADOS.
	Acordo RMS nº 04/2006. INCORPORAÇÃO DO ENFOQUE DE CONTAS NACIONAIS AOS MINISTÉRIOS DA SAÚDE.
	Acordo RMS nº 05/2006. ENTENDIMENTO DOS MINISTROS DA SAÚDE PARA IMPULSAR A COOPERAÇÃO NA LUTA CONTRA O HIV-AIDS NA REGIÃO.
	Acordo RMS nº 06/2006. HARMONIZAÇÃO DE METAS PARA O CONTROLE DO TABACO NO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº 07/2006. HARMONIZAÇÃO DE METAS PARA O CONTROLE DO TABACO NO MERCOSUL E ESTADOS ASSOCIADOS.
	Acordo RMS nº 08/2006. SOLICITAÇÃO DE STATUS DE OBSERVADOR PARA O MERCOSUL NAS REUNIÕES DA CONFERÊNCIA DAS PARTES DA CONVENÇÃO QUADRO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA O CONTROLE DO TABACO.
	Acordo RMS nº 09/2006. SOLICITAÇÃO DE STATUS DE OBSERVADOR PARA O MERCOSUL E ESTADOS ASSOCIADOS NAS REUNIÕES DA CONFERÊNCIA DAS PARTES DA CONVENÇÃO QUADRO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA O CONTROLE DO TABACO.
	Acordo RMS nº 10/2006. RECOMENDAÇÕES PARA A HARMONIZAÇÃO DE UMA POLÍTICA DE DOAÇÃO E TRANSPLANTES PARA OS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº 14/2006, de 29 de novembro de 2006. ACORDO SOBRE DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E FATORES DE RISCO NOS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº 15/2006, de 29 de novembro de 2006. ACORDO SOBRE DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E FATORES DE RISCO NOS ESTADOS PARTES E ASSOCIADOS DO MERCOSUL.
2005	Acordo RMS nº 01/2005. TRANSFERÊNCIA DAS ATIVIDADES DO PROGRAMA DO BANCO DE DADOS DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS DO MERCOSUL PARA O GRUPO AD HOC DA POLÍTICA DE MEDICAMENTOS DO MERCOSUL E ESTADOS ASSOCIADOS.

	Acordo RMS nº 02/2005. APROVAÇÃO DO DOCUMENTO DE TRABALHO DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE HOMENS E MULHERES NOS PAÍSES DO MERCOSUL E ESTADOS ASSOCIADOS.
	Acordo RMS nº 03/2005. DIRETRIZES PARA A HARMONIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR PARA O MERCOSUL E ESTADOS ASSOCIADOS.
	Acordo RMS nº04/2005. PLANO DE AÇÃO DA COMISSÃO INTERGOVERNAMENTAL DE GESTÃO DE RISCOS E REDUÇÃO DA VULNERABILIDADE NO MERCOSUL E ESTADOS ASSOCIADOS.
	Acordo RMS nº05/2005. AÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA PARA O CONTROLE DO TABACO NO MERCOSUL E ESTADOS ASSOCIADOS.
	Acordo RMS nº06/2005. APROVAÇÃO DAS DIRETRIZES PARA O ACESSO AO FÓRUM VIRTUAL DE ARTICULAÇÃO E O REGULAMENTO OPERACIONAL DO FÓRUM VIRTUAL.
	Acordo RMS nº07/2005. PARTICIPAÇÃO DOS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL E ESTADOS ASSOCIADOS NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL (2005).
	Acordo RMS nº08/2005. ESTRATÉGIA REGIONAL PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO REGIONAL DE DENGUE NO MERCOSUL E ESTADOS ASSOCIADOS.
	Acordo RMS nº 09/2005. PLANO DE TRABALHO DO GRUPO TÉCNICO ASSESSOR DE ANÁLISE, AVALIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO RSI (2005) NOS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL E ESTADOS ASSOCIADOS.
	Acordo RMS nº10/2005. AÇÕES DE FORTALECIMENTO POLÍTICO E VIABILIZAÇÃO DE RECURSOS PARA O CONTROLE DO TABACO NO MERCOSUL E ESTADOS ASSOCIADOS.
	Acordo RMS nº 11/2005. PLANO DE AÇÃO CONJUNTA PARA ENFRENTAR OS RISCOS E IMPACTOS DE UMA EVENTUAL PANDEMIA DE INFLUENZA E GRIPE AVIÁRIA.
	Acordo RMS nº 12/2005. PLANO DE AÇÃO PARA A POLÍTICA DE MEDICAMENTOS DO MERCOSUL, BOLÍVIA E CHILE ATUALIZAÇÃO DO ACORDO Nº 4/03.
2004	Acordo RMS nº01/2004. RATIFICAÇÃO DA CONVENÇÃO QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO NOS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº02/2004. RATIFICAÇÃO DA CONVENÇÃO QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO NOS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL, DA REPÚBLICA DA BOLÍVIA E DA REPÚBLICA DO CHILE.
	Acordo RMS nº04/2004. ACORDO SOBRE A PARTICIPAÇÃO DOS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL, DA REPÚBLICA DA BOLÍVIA E DA REPÚBLICA DO CHILE PARA A ELABORAÇÃO DE UMA POSIÇÃO COMUM NAS REUNIÕES INTERNACIONAIS SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO.
	Acordo RMS nº05/2004. COMISSÃO INTERGUBERNAMENTAL DE GESTAO DE RISCOS E REDUÇÃO DE VULNERABILIDADES NO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº06/2004. COMISSÃO INTERGUBERNAMENTAL DE GESTAO DE RISCOS E REDUÇÃO DE VULNERABILIDADES NO MERCOSUL, DA REPÚBLICA DA BOLÍVIA E DA REPÚBLICA DO CHILE.
	Acordo RMS nº07/2004. ACORDO SOBRE A CRIAÇÃO DA COMISSÃO INTERGOVERNAMENTAL DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO PARA O MERCOSUL.
	Acordo RMS nº08/2004. ACORDO SOBRE A CRIAÇÃO DA COMISSÃO INTERGOVERNAMENTAL DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO PARA O MERCOSUL, DA REPÚBLICA DA BOLÍVIA E DA REPÚBLICA DO CHILE.
	Acordo RMS nº 09/2004. ESTRATÉGIAS DE ACESSO AOS MEDICAMENTOS ANTI-RETROVIRAIS NA REGIÃO DO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº 10/2004. ESTRATÉGIAS DE ACESSO AOS MEDICAMENTOS ANTI-RETROVIRAIS NA REGIÃO DO MERCOSUL, DA REPÚBLICA DA BOLÍVIA E DA REPÚBLICA DO CHILE.
	Acordo RMS nº 11/2004. PARTICIPAÇÃO DO MERCOSUL E ESTADOS ASSOCIADOS NO PROCESSO DE REVISÃO DO REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL.
	Acordo RMS nº12/2004. PARTICIPAÇÃO DO MERCOSUL E ESTADOS ASSOCIADOS NO PROCESSO DE REVISÃO DO REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL.
	Acordo RMS nº13/2004. PLANO REGIONAL DE INTENSIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DENGUE NO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº14/2004. PLANO REGIONAL DE INTENSIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA DENGUE NO MERCOSUL E ESTADOS ASSOCIADOS.
	Acordo RMS nº15/2004. ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO MATERNO-INFANTIL DO HIV E SIFILIS CONGÊNITA NA REGIÃO DO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº16/2004. ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO MATERNO-INFANTIL DO HIV E SIFILIS CONGÊNITA NA REGIÃO DO MERCOSUL E ESTADOS

	ASSOCIADOS.
	Acordo RMS nº17/2004. POLÍTICA PARA O CONTROLE DO TABACO NO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº18/2004. POLÍTICA PARA O CONTROLE DO TABACO NO MERCOSUL E ESTADOS ASSOCIADOS.
	Acordo RMS nº19/2004. ACORDO SOBRE CONTAS NACIONAIS.
	Acordo RMS nº20/2004. ACUERDO SOBRE CUENTAS NACIONALES.
	Acordo RMS nº21/2004. APROVAÇÃO DO DOCUMENTO DE TRABALHO DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE HOMENS E MULHERES NA REGIÃO DO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº 22/2004, de 03 de dezembro de 2004. COMISSÃO INTERGOVERNAMENTAL DE GESTÃO DE RISCOS E REDUÇÃO DA VULNERABILIDADE NO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº 23/2004. COMISSÃO INTERGOVERNAMENTAL DE GESTÃO DE RISCOS E REDUÇÃO DA VULNERABILIDADE NO MERCOSUL E ESTADOS ASSOCIADOS.
	Acordo RMS nº 24/2004. CRIAÇÃO DA COMISSÃO INTERGOVERNAMENTAL DE SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR DO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº 25/2004. CRIAÇÃO DA COMISSÃO INTERGOVERNAMENTAL DE SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR DO MERCOSUL E ESTADOS ASSOCIADOS.
	Acordo RMS nº26/2004. RECOMENDAÇÕES SOBRE OS REGIMES DE PATENTES E O ACESSO AOS MEDICAMENTOS PARA OS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº27/2004. RECOMENDAÇÕES SOBRE OS REGIMES DE PATENTES E O ACESSO AOS MEDICAMENTOS PARA OS ESTADOS PARTES E ASSOCIADOS DO MERCOSUL.
2003	Acordo RMS nº 01/2003. "CONTROLE E ERRADICAÇÃO DE ENFERMIDADES PREVENÍVEIS POR VACINAÇÃO".
	Acordo RMS nº 02/2003. ACORDO SOBRE POLÍTICAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE NO MERCOSUL, BOLÍVIA E CHILE.
	Acordo RMS nº 03/2003. "PLANO DE CAPACITAÇÃO CONJUNTA PARA O PESSOAL DAS ÁREAS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA".
	Acordo RMS nº 04/2003. PLANO DE AÇÃO PARA POLÍTICA DE MEDICAMENTOS DO MERCOSUL, BOLÍVIA E CHILE.
	Acordo RMS nº 05/2003. ÁREAS PRIORITÁRIAS EM HIV/AIDS E PLANO DE TRABALHO DA COMISSÃO INTERGOVERNAMENTAL DE HIV/AIDS DO MERCOSUL, BOLÍVIA E CHILE.
	Acordo RMS nº 06/2003. ESTRATÉGIA REGIONAL PARA O CONTROLE DO TABACO NO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº 07/2003. ESTRATÉGIA REGIONAL PARA O CONTROLE DO TABACO NO MERCOSUL, E NA REPÚBLICA DO CHILE.
	Acordo RMS nº 08/2003. UTILIZAÇÃO DE PÁGINAS WEB ESPECÍFICAS POR PARTE DO SUBGRUPO DE TRABALHO Nº 11 "SAÚDE" E CRIAÇÃO DE FÓRUM VIRTUAL DE HARMONIZAÇÃO DO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº 09/2003. NÚCLEO DE ARTICULAÇÃO Nº 1 - SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE DO MERCOSUL, COMO FÓRUM PERMANENTE DE ANÁLISES E DISCUSSÕES DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE DO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº 10/2003. NÚCLEO DE ARTICULAÇÃO Nº 1 - SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE DO MERCOSUL, COMO FÓRUM PERMANENTE DE ANÁLISES E DISCUSSÕES DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE DO MERCOSUL E CHILE.
	Acordo RMS nº 11/2003. POLÍTICAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE NO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº 12/2003. POLÍTICAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE NO MERCOSUL E CHILE.
	Acordo RMS nº 13/2003. ACORDO SOBRE A CREAÇÃO DE UMA COMISSÃO INTERGOVERNAMENTAL PARA PROMOVER UMA POLÍTICA INTEGRADA DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA REGIÃO DO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº 14/2003. ACORDO SOBRE A CREAÇÃO DE UMA COMISSÃO INTERGOVERNAMENTAL PARA PROMOVER UMA POLÍTICA INTEGRADA DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA REGIÃO DO MERCOSUL E CHILE.
	Acordo RMS nº 15/2003. UTILIZAÇÃO DE PÁGINAS WEB ESPECÍFICAS POR PARTE DO SUBGRUPO DE TRABALHO Nº 11 "SAÚDE" E CRIAÇÃO DE FÓRUM VIRTUAL DE HARMONIZAÇÃO DO MERCOSUL E CHILE.

2002	Acordo RMS nº 01/2002. ACUERDO SOBRE POLÍTICAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL DENGUE EN EL MERCOSUR, BOLIVIA Y CHILE".
	Acordo RMS nº 02/2002. ACUERDO SOBRE LA CREACIÓN DE LA COMISIÓN INTERGUBERNAMENTAL PARA PROMOVER UNA POLÍTICA INTEGRADA DE LUCHA CONTRA LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA EN LA REGIÓN DEL MERCOSUR, BOLIVIA Y CHILE.
2001	Acordo RMS nº 01/2001. ACORDO SOBRE A CRIAÇÃO DA COMISSÃO INTERGOVERNAMENTAL DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DA INFESTAÇÃO PRO AEDES AEGYPTI E DA TRANSMISSÃO DO VÍRUS DENGUE PARA OS PAISES DO MERCOSUL, BOLIVIA E CHILE.
	Acordo RMS nº 02/2001. POLÍTICA DE MEDICAMENTOS PARA O MERCOSUL, BOLÍVIA E CHILE.
	Acordo RMS nº 03/2001. ACORDO SOBRE A PARTICIPAÇÃO DOS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL, BOLIVIA E CHILE NO PROCESSO DE REVISÃO DO REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL.
2000	Acordo RMS nº 01/2000. POLÍTICA DE MEDICAMENTO NO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº 02/2000. BANCO DE DATOS DE PRECIOS EN EL ÁMBITO DEL MERCOSUR, BOLIVIA Y CHILE, QUE TENDRÁ COMO BASE LAS COMPRAS GUBERNAMENTALES, SERVICIOS DE SALUD Y AL CONSUMIDOR, A SER DEFINIDO POR EL GRUPO AD-HOC CREADO POR EL ACUERDO Nº1/00.
	Acordo RMS nº 03/2000. METODOLOGÍA DE ARMONIZACIÓN DE LAS CUENTAS NACIONALES DE SALUD DE LOS ESTADOS PARTES Y ASOCIADOS DEL MERCOSUR.
	Acordo RMS nº 04/2000. GRUPO DE TRABAJO AD HOC CON REPRESENTANTES DE LOS ESTADOS PARTES Y ASOCIADOS QUE ESTUDIE LAS DIRECTRICES DE LAS POLÍTICAS A IMPLEMENTAR A NIVEL DE LAS ZONAS FRONTERIZAS PARA LA REALIZACIÓN DE UN DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE LOS DESPLAZAMIENTOS POR MOTIVOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD.
	Acordo RMS nº 05/2000. APROVAÇÃO DA POLÍTICA DE MEDICAMENTOS PARA O MERCOSUL, BOLÍVIA E CHILE.
	Acordo RMS nº 05/2000. BANCO DE DADOS DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS.
	Acordo RMS nº 08/2000. COMITÊ REGIONAL DE CONTROLE DO AEDES AEGYPTI E DA DENGUE DO MERCOSUL, BOLÍVIA E CHILE.
1999	Acordo RMS nº01/1999. COMBATE DA DOENÇA DE CHAGAS NO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº02/1999. AÇÕES INTEGRADAS NO COMBATE À DENGUE NA REGIAO DO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº03/1999. AÇÕES INTEGRADAS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA CÓLERA NO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº04/1999. METAS DE ELIMINAÇÃO DE SARAMPO NO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº05/1999. ESTRATÉGIAS COMUNS PARA A REDUÇÃO DE CARENCIAS DE MICRONUTRIENTES NA REGIAO DO MERCOSUL.
	Acordo RMS nº06/1999. PRIORIDAD CONCEDIDA AO DOCUMENTO "COLOQUIO INTERNACIONAL: EL PROCESO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD EN LOS PAÍSES DEL MERCOSUR".
	Acordo RMS nº07/1999. TRABAJOS RELATIVOS AL DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO DE LA SUB-REGIÓN EN SU CONJUNTO.
	Acordo RMS nº08/1999. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA REALIZADO EN LA REUNIÓN TÉCNICA PREPARATORIA DESARROLLADA EN LA CIUDAD DE MONTEVIDEO, LOS DÍAS 25 Y 26 DE OCTUBRE DE 1999, EN LO REFERENTE AL SARAMPION EN LA REGIÓN.
	Acordo RMS nº 09/1999. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA REALIZADO EN LA REUNIÓN TÉCNICA PREPARATORIA DESARROLLADA EN LA CIUDAD DE MONTEVIDEO, LOS DÍAS 25 Y 26 DE OCTUBRE DE 1999, EN LO REFERENTE AL DENGUE EN LA REGIÓN.
	Acordo RMS nº 10/1999. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA REALIZADO EN LA REUNIÓN TÉCNICA PREPARATORIA DESARROLLADA EN LA CIUDAD DE MONTEVIDEO, LOS DÍAS 25 Y 26 DE OCTUBRE DE 1999, EN LO REFERENTE AL CÓLERA EN LA REGIÓN.
	Acordo RMS nº 11/1999. LOS ACUERDOS YA VIGENTES EN EL ÁMBITO DEL MERCOSUR SOBRE SISTEMAS DE INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y DISPONIBILIDAD DE

	INFORMACIÓN.
1998	APENAS UM. NÃO BAIXA DA INTERNET.

Fonte: A autora com base em: <http://legis-pt.mercosul.homolog.bvsalud.org/leisref/public/home.php> e http://www.mercosulsaudedevsite.com.br/index.php?option=com_docman&talk=cay-. Acesso em junho de 2009.

QUADRO 2 - RELAÇÃO DAS RESOLUÇÕES PROPOSTAS PELO GMC MERCOSUL – SAÚDE. DADOS DE 1992 a 2009.

	EMENTA
2009	Resolução GMC nº 15/2009. BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO DE PRODUTOS FARMACEUTICOS E MECANISMOS DE IMPLEMENTAÇÃO NO AMBITO DO MERCOSUL (REVOGAÇÃO DA RES. GMC 14/96 E 61/00). Capacitação conjunta e adoção de regulação comum para a gestão de riscos. Relatório nº37 da OMS.
	Resolução GMC nº 16/2009. PROCEDIMENTO COMUNS PARA AS INSPEÇÕES NOS ESTABELECIMENTOS FARMACEUTICOS NOS ESTADOS PARTES (REVOGAÇÃO DA RES. GMC 23/96 E 34/99).
	Resolução GMC nº 17/2009. CRITERIOS PARA ESTABELECIMENTO DE TAXAS POR EMISSAO DE CERTIFICADOS DE LIVRE PRATICA, DE CONTROLE SANITARIO DE BORDO E DE ISENÇÃO DO CONTROLE DO CONTROLE SANITARIO DE BORDO. (REVOGAÇÃO DA RES. GMC 49/06).
	Resolução GMC nº 18/2009. REVOGAÇÃO DA RES. GMC 17/03. Toda normativa relativo a sangue esta sendo revisada no MERCOSUL. Não incorporar ao ordenamento jurídico.
	Resolução GMC nº 24/2009. REVOGAÇÃO DA RES. GMC 26/95 e 07/99.
2008	Resolução GMC nº 09/2008. PROCEDIMENTOS MÍNIMOS DE INSPEÇÃO SANITÁRIA EM EMBARCAÇÕES QUE NAVEGAM PELOS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL (REVOGAÇÃO DA RES. GMC Nº 06/03).
	Resolução GMC nº 10/2008. REGULAMENTO TÉCNICO MERCOSUL PARA PRESERVATIVOS MASCULINOS DE LÁTEX DE BORRACHA NATURAL (REVOGAÇÃO DA RES. GMC Nº 75/00).
	Resolução GMC nº 11/2008. DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE DIÁLISE (REVOGAÇÃO DA RES. GMC Nº 28/00).
	Resolução GMC nº 12/2008. FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE.
	Resolução GMC nº 13/2008. DIRETRIZES SOBRE COMBATE À FALSIFICAÇÃO E FRAUDE DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS MÉDICOS NO MERCOSUL.
	Resolução GMC nº 21/2008. “DECLARAÇÃO DE SAÚDE DO VIAJANTE NO MERCOSUL” (REVOGAÇÃO DA RES. GMC Nº 09/03).
	Resolução GMC nº 22/2008. VIGILÂNCIA EPIDEMIOMOLÓGICA E CONTROLE DE ENFERMIDADES PRIORIZADAS E SURTOS ENTRE OS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL (REVOGAÇÃO DAS RES. GMC Nº 50/99, 08/00, 04/01, 31/02 e 17/05).
	Resolução GMC nº 23/2008. RECOMENDAÇÕES PARA A SAÚDE DOS VIAJANTES.
	Resolução GMC nº 46/2008. DIRETRIZES PARA O MECANISMO DE INTERCÂMBIO DE AVISO DE ALERTA SOBRE EVENTOS ADVERSOS CAUSADOS POR PRODUTOS MÉDICOS UTILIZADOS NO MERCOSUL.
	Resolução GMC nº 47/2008. REQUISITOS PARA A CONCESSÃO DE LIVRE PRÁTICA EM EMBARCAÇÕES NO MERCOSUL (REVOGAÇÃO DA RES. GMC Nº 27/02).
	Resolução GMC nº 48/2008. REGULAMENTO TÉCNICO MERCOSUL SOBRE BOAS PRÁTICAS SANITÁRIAS DE TRANSPORTE DE INSUMOS E PRODUTOS FARMACÊUTICOS.
	Resolução GMC nº 49/2008. CRITÉRIOS PARA A ASSINATURA DE ACORDOS DE SIMPLIFICAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE CONTROLE SANITÁRIO DE PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL, COSMÉTICOS E PERFUMES GRAU 1 FABRICADOS NO MERCOSUL.
	Resolução GMC nº 50/2008, de 28 de novembro de 2008. REGULAMENTO TÉCNICO MERCOSUL PARA TRANSPORTE DE SUBSTÂNCIAS INFECCIOSAS E AMOSTRAS BIOLÓGICAS ENTRE OS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL (REVOGAÇÃO DA RES. GMC Nº 25/00).
	Resolução GMC nº 51/2008, de 28 de novembro de 2008. CRITÉRIOS E MECANISMO PARA A ATUALIZAÇÃO DAS LISTAS MERCOSUL DE SUBSTÂNCIAS EM PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL, COSMÉTICOS E PERFUMES (Revogação da Res. GMC Nº 54/99).
	Resolução GMC nº 52/2008, de 28 de novembro de 2008. GUIA PARA ELABORAÇÃO DE INFORMES DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE.
	Resolução GMC nº 54/2008, de 28 de novembro de 2008. DIRETRIZES SOBRE PROMOÇÃO,

	PROPAGANDA E PUBLICIDADE DE MEDICAMENTOS NO MERCOSUL.
2007	Resolução GMC nº 12/2007. DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE SERVIÇO DE URGENCIA E EMERGENCIA.
	Resolução GMC nº 13/2007. PAUTA NEGOCIADORA SGT-11 "SAÚDE" (REVOGAÇÃO DA RES. GMC Nº 06/95).
	Resolução GMC nº 45/2007. DIRETRIZES SOBRE FARMACOVIGILÂNCIA NO MERCOSUL.
	Resolução GMC nº 47/2007. REGULAMENTO TÉCNICO MERCOSUL PARA PRODUTOS DE LIMPEZA E AFINS (REVOGAÇÃO DA RES. GMC Nº 10/04).
	Resolução GMC nº 48/2007. DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE MATERNIDADE.
	Resolução GMC nº 51/2007. DIRETRIZES PARA O MANEJO SANITÁRIO DE DEJETOS LÍQUIDOS E ÁGUAS SERVIDAS EM PORTOS, AEROPORTOS, TERMINAIS INTERNACIONAIS DE CARGAS E PASSAGEIROS E PASSOS DE FRONTEIRA TERRESTRES NO MERCOSUL.
	Resolução GMC nº 52/2007. REVOGAÇÃO DA RES. GMC Nº 30/02.
	Resolução GMC nº 53/2007. DIRETRIZES PARA O MANEJO SANITÁRIO DE RESÍDUOS SÓLIDOS EM PORTOS, AEROPORTOS, TERMINAIS INTERNACIONAIS DE CARGA E PASSAGEIROS E PASSOS DE FRONTEIRA TERRESTRE NO MERCOSUL.
2006	Resolução GMC nº 25/2006. REGULAMENTO TÉCNICO MERCOSUL PARA PRODUTOS SANEANTES À BASE DE BACTÉRIAS.
	Resolução GMC nº 26/2006. CONTRATAÇÃO DE TERCEIRIZAÇÃO PARA PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL, COSMÉTICOS E PERFUMES.
	Resolução GMC nº 49/2006. CRITÉRIOS PARA ESTABELECIMENTO DE TAXAS POR EMISSÃO DE CERTIFICADO DE LIVRE PRÁTICA E DOS CERTIFICADOS DE CONTROLE SANITÁRIO DE BORDO E DE ISENÇÃO DO CONTROLE SANITÁRIO DE BORDO (REVOGAÇÃO DA RES. GMC Nº 44/02).
	Resolução GMC nº 50/2006. REGULAMENTO TÉCNICO MERCOSUL PARA PRODUTOS COM AÇÃO ANTIMICROBIANA (REVOGAÇÃO DA RES. GMC Nº 28/02).
	Resolução GMC nº 51/2006. REGULAMENTO TÉCNICO MERCOSUL SOBRE CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, EXCLUSÃO E ATUALIZAÇÃO DE PRODUTOS SANEANTES DE MENOR RISCO POTENCIAL FABRICADOS NO ÂMBITO DO MERCOSUL.
	Resolução GMC nº 65/2006. DIRETRIZES PARA HABILITAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO, PEDIÁTRICA E NEONATAL.
	Resolução GMC nº 66/2006. PROFISSÕES DE SAÚDE DO MERCOSUL.
	Resolução GMC nº 69/2006. REVOGAÇÃO DA RES. GMC Nº 55/00.
2005	Resolução GMC nº 04/2005. INFORMAÇÃO BÁSICA COMUM PARA A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA.
	Resolução GMC nº 05/2005. REGULAMENTO TÉCNICO MERCOSUL "AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO/ HABILITAÇÃO DE EMPRESAS DE PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL, COSMÉTICOS E PERFUMES, SUAS ALTERAÇÕES E CANCELAMENTO" (COMPLEMENTAÇÃO DA RES. GMC Nº 24/95).
	Resolução GMC nº 06/2005. PAUTA NEGOCIADORA DO SGT Nº 11 "SAÚDE" (REVOGAÇÃO DA RES. GMC Nº 21/01).
	Resolução GMC nº 07/2005. REGULAMENTO TÉCNICO MERCOSUL "CLASSIFICAÇÃO DE PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL, COSMÉTICOS E PERFUMES".
	Resolução GMC nº 13/2005, de 09 de junho de 2005. PAUTAS NEGOCIADORAS DO GRUPO AD HOC DE BIOTECNOLOGIA AGROPECUÁRIA.
	Resolução GMC nº 17/2005. NORMAS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, DIAGNÓSTICO DE LABORATÓRIO, MEDIDAS DE CONTROLE E ESQUEMAS TERAPÊUTICOS DE DOENÇAS PRIORIZADAS ENTRE OS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL.
	Resolução GMC nº 18/2005, de 09 de junho de 2005. DIRETRIZES PARA METODOLOGIAS DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE.
	Resolução GMC nº 19/2005. PROGRAMA DE COSMETOVIGILÂNCIA NA ÁREA DE PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL, COSMÉTICOS E PERFUMES.
	Resolução GMC nº 20/2005. OBRIGATORIEDADE DE COMUNICAÇÃO ENTRE OS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL REFERENTE A PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL, COSMÉTICOS E PERFUMES.
	Resolução GMC nº 24/2005. REGULAMENTO TÉCNICO MERCOSUL "DETERMINAÇÃO DE BIODEGRADABILIDADE DE TENSIOATIVOS ANIÔNICOS" (COMPLEMENTAÇÃO DA RES. GMC Nº 25/96).
	Resolução GMC nº 25/2005. ATUALIZAÇÃO DA RES. GMC Nº 71/00 REGULAMENTO TÉCNICO MERCOSUL "LISTA DE FILTROS ULTRAVIOLETAS PERMITIDOS PARA PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL, COSMÉTICOS E PERFUMES".
	Resolução GMC nº 26/2005. REGULAMENTO TÉCNICO MERCOSUL SOBRE LISTAS DE

	SUBSTÂNCIAS QUE OS PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL, COSMÉTICOS E PERFUMES NÃO DEVEM CONTER EXCETO NAS CONDIÇÕES E COM AS RESTRIÇÕES ESTABELECIDAS (REVOGAÇÃO DA RES. GMC Nº 48/02).
	Resolução GMC nº 29/2005. LISTA DE SUBSTÂNCIAS QUE NÃO PODEM SER UTILIZADAS EM PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL, COSMÉTICOS E PERFUMES (REVOGAÇÃO DA RES. GMC Nº 06/99).
	Resolução GMC nº 30/2005. REVOGAÇÃO DA RESOLUÇÃO GMC Nº 07/03 INCLUSÃO DA SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SARS) NA LISTA E DEFINIÇÃO DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA ENTRE OS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL.
	Resolução GMC nº 31/2005. REVOGAÇÃO DA RESOLUÇÃO GMC Nº 42/03 ATUALIZAÇÃO NAS DEFINIÇÕES DE CASOS DA SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SARS) ENTRE OS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL.
	Resolução GMC nº 32/2005. MEDIDAS DE VIGILÂNCIA E CONTROLE PARA A PREVENÇÃO DE FEBRE AMARELA (REVOGAÇÃO DA RESOLUÇÃO GMC Nº 26/00).
	Resolução GMC nº 33/2005. GLOSSÁRIO DE TERMINOLOGIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA – MERCOSUL (REVOGAÇÃO DAS RESOLUÇÕES GMC Nº 53/99 e 06/00).
	Resolução GMC nº 34/2005. GLOSSÁRIO DE CONTROLE SANITÁRIO DE PORTOS, AEROPORTOS, TERMINAIS E PONTOS DE FRONTEIRA (REVOGAÇÃO DA RESOLUÇÃO GMC Nº 27/00).
	Resolução GMC nº 35/2005. AUTO INSPEÇÕES PARA VERIFICAR O CUMPRIMENTO DAS BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO E CONTROLE NA ÁREA DE PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL, COSMÉTICOS E PERFUMES.
2004	Resolução GMC nº 02/2004. PONTOS DE ENTRADA/SAÍDA DE ENTORPECENTES E SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS (REVOGAÇÃO DA RES. GMC Nº 24/98).
	Resolução GMC nº 09/2004. DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO PARA PRODUTOS DOMISSANITÁRIOS (COMPLEMENTAÇÃO DA RES. GMC Nº 23/01).
	Resolução GMC nº 10/2004. REGULAMENTO TÉCNICO MERCOSUL PARA PRODUTOS DE LIMPEZA E AFINS.
	Resolução GMC nº 25/2004. REQUISITOS COMUNS PARA HABILITAÇÃO DE UNIDADES MÓVEIS TERRESTRES DE ATENÇÃO MÉDICA DE EMERGÊNCIA.
	Resolução GMC nº 26/2004. REQUISITOS TÉCNICOS ESPECÍFICOS PARA PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL, COSMÉTICOS E PERFUMES (COMPLEMENTAÇÃO DA RES. GMC Nº 24/95).
	Resolução GMC nº 27/2004. MATRIZ MÍNIMA DE REGISTRO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO MERCOSUL.
	Resolução GMC nº 28/2004. REQUISITOS COMUNS PARA AS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS.
	Resolução GMC nº 36/2004. REGULAMENTO TÉCNICO MERCOSUL SOBRE ROTULAGEM OBRIGATÓRIA GERAL PARA PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL, COSMÉTICOS E PERFUMES.
2003	Resolução GMC nº 06/2003. PROCEDIMENTOS MÍNIMOS DE INSPEÇÃO SANITÁRIA EM EMBARCAÇÕES QUE NAVEGAM PELOS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL.
	Resolução GMC nº 07/2003. INCLUSÃO DA SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SARS) NA LISTA E DEFINIÇÃO DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA ENTRE OS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL.
	Resolução GMC nº 08/2003. PROCEDIMENTOS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E SANITÁRIA EM MEIOS DE TRANSPORTE E ÁREAS DE PORTOS, AEROPORTOS, TERMINAIS E PONTOS DE FRONTEIRAS NO MERCOSUL COM RELAÇÃO À SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE.
	Resolução GMC nº 09/2003. DECLARAÇÃO DE SAÚDE DO VIAJANTE NO MERCOSUL.
	Resolução GMC nº 17/2003. PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO DE INSPETORES PARA VERIFICAÇÃO DO CUMPRIMENTO DO REGULAMENTO TÉCNICO MERCOSUL DE MEDICINA TRANSFUSIONAL.
	Resolução GMC nº 17/2003. ATUALIZAÇÃO NAS DEFINIÇÕES DE CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SARS) ENTRE OS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL.
2002	Resolução GMC nº 26/2002. REGULAMENTO TÉCNICO MERCOSUL SOBRE PROTETORES SOLARES EM COSMÉTICOS.
	Resolução GMC nº 27/2002. EXIGÊNCIA PARA A SOLICITAÇÃO E CONCESSÃO DE LIVRE PRÁTICA EM EMBARCAÇÕES NO MERCOSUL.
	Resolução GMC nº 28/2002. REGULAMENTO TÉCNICO MERCOSUL PARA PRODUTOS COM AÇÃO ANTIMICROBIANA.
	Resolução GMC nº 29/2002. REGULAMENTO TÉCNICO MERCOSUL SOBRE OS DOCUMENTOS COMUNS NECESSÁRIOS PARA A IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO DE

	ENTORPECENTES E SUBSTANCIAS PSICOTRÓPICAS.
	Resolução GMC nº 29/2002. CRITÉRIOS PARA A GESTÃO SANITÁRIA DE RESÍDUOS SÓLIDOS EM PORTOS, AEROPORTO, TERMINAIS INTERNACIONAIS DE CARGA E PASSAGEIROS E PONTOS DE FRONTEIRA NO MERCOSUL.
	Resolução GMC nº 31/2002. ATUALIZAÇÃO DOS INSTRUTIVOS DAS PLANILHAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA DE DOENÇAS ENTRE OS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL REFERENTES À SURTOS (Complementação da Resolução 04/01).
	Resolução GMC nº 44/2002. CRITÉRIOS PARA O ESTABELECIMENTO DE TAXAS POR EMISSÃO DE CERTIFICADO LIVRE PRÁTICA E DESRATIZAÇÃO / ISENÇÃO DA DESRATIZAÇÃO.
	Resolução GMC nº 48/2002. REGULAMENTO TÉCNICO MERCOSUL SOBRE LISTA DE SUBSTÂNCIAS QUE OS PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL, COSMÉTICOS E PERFUMES NÃO DEVEM CONTER, EXETO NAS CONDIÇÕES E COM AS RESTRIÇÕES ESTABELECIDAS (REVOGAM-SE AS RES. GMC Nº 26/95 e 07/99).
	Resolução GMC nº 49/2002. REGULAMENTO TÉCNICO MERCOSUL SOBRE BOAS PRÁTICAS DE DISTRIBUIÇÃO DE PRODUTOS FARMACEUTICOS.
	Resolução GMC nº 48/2002. CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE TERCEIRIZAÇÃO PARA PRODUTOS FARMACEUTICOS NO AMBITO DO MERCOSUL.
	Resolução GMC nº 54/2002. REGULAMENTO TÉCNICO MERCOSUL PARA EMPRESAS ESPECIALIZADAS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE DESINFESTAÇÃO, DESINFECÇÃO, HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA.
2001	Resolução GMC nº 49/2001, de 05 de dezembro de 2001. RELAÇÃO DE PONTOS DE FRONTEIRA DE CONTROLES INTEGRADOS ENTRE OS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL (REVOGAÇÃO DA RES. GMC Nº 43/97)
	Resolução GMC nº 04/2001. LISTA E DEFINIÇÃO DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA ENTRE OS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL.
	Resolução GMC nº 09/2001. REGIME DE INSPEÇÃO PARA A INDÚSTRIA INTRAZONA DE PRODUTOS PARA DIAGNÓSTICO DE USO IN VITRO.
	Resolução GMC nº 10/2001. REGULAMENTO TÉCNICO MERCOSUL DE TERMOS COMUNS PARA ENTORPECENTES, PSICOTRÓPICOS E PRECURSORES. (COMPLEMENTAÇÃO DA RES. GMC 70/00).
	Resolução GMC nº 21/2001. PAUTA NEGOCIADORA DO SGT 11 – SAÚDE. (REVOGAÇÃO DA RESOLUÇÃO GMC Nº 04/98).
	Resolução GMC nº 23/2001. REGULAMENTO TÉCNICO MERCOSUL DAS BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO E CONTROLE PARA INDÚSTRIAS DE PRODUTOS DOMISSANITÁRIOS. (REVOGAÇÃO DA RESOLUÇÃO GMC Nº 30/97).
	Resolução GMC nº 34/2001. CRITÉRIOS PARA A ADMINISTRAÇÃO SANITÁRIA DE DEJETOS LÍQUIDOS E ÁGUAS SERVIDAS EM PORTOS, AEROPORTOS, TERMINAIS, E PONTOS DE FRONTEIRA, NO MERCOSUL.
	Resolução GMC nº 58/2001. PRINCÍPIOS ÉTICOS MÉDICOS NO MERCOSUL.
2000	Resolução GMC nº 06/2000. GLOSSÁRIO DE TERMOLOGIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA-MERCOSUL (FÉ DE ERRATA DA RES. GMC Nº53/99).
	Resolução GMC nº 08/2000. PLANILHA DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA DE DOENÇAS ENTRE OS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL (FÉ DE ERRATA DA RES. GMC Nº50/99).
	Resolução GMC nº 21/2000. GLOSSÁRIO DE TERMOS COMUNS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MERCOSUL.
	Resolução GMC nº 22/2000. CONTROLE DAS CONCENTRAÇÕES DE ENTORPECENTES E SUBSTANCIAS PSICOTRÓPICAS EM FORMULAÇÕES MAGISTRAIS E ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS.
	Resolução GMC nº 23/2000. CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DAS SEMENTES DE DORMIDEIRA (<i>Papaver Somniferum</i>).
	Resolução GMC nº 24/2000. CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DA ORIGEM DOS ENTORPECENTES.
	Resolução GMC nº 25/2000. REGULAMENTO TÉCNICO MERCOSUL PARA TRANSPORTES NO MERCOSUL DE SUBSTANCIAS INFECCIOSAS E AMOSTRAS PARA DIAGNÓSTICOS.
	Resolução GMC nº 26/2000. MEDIDAS DE VIGILANCIA E CONTROLE PARA PREVENÇÃO DE FEBRE AMARELA.
	Resolução GMC nº 27/2000. GLOSSÁRIO DE CONTROLE SANITÁRIO DE PORTOS, AEROPORTOS E TERMINAIS E PASSAGEM DE FRONTEIRA.
	Resolução GMC nº 28/2000. "REQUISITOS BÁSICOS PARA A HABILITAÇÃO NOS SERVIÇOS DE DIÁLISE".
	Resolução GMC nº 40/2000. REGULAMENTO TÉCNICO MERCOSUL DE REGISTROS DE PRODUTOS MÉDICOS (Revogação da RES. GMC Nº 37/96).

	Resolução GMC nº 41/2000. REGULAMENTO TÉCNICO MERCOSUL DOS NÍVEIS DE COMPLEXIDADES DOS SERVIÇOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL OU UNIDADES HEMOTERÁPICAS.
	Resolução GMC nº 55/2000. REGULAMENTO TÉCNICO MERCOSUL DE MEDICINA TRASFUSIONAL.
	Resolução GMC nº 42/2000. INTERCAMBIO DE INFORMAÇÃO TRIMESTRAL DE ENTORPECENTES E SUBSTANCIAS PSCICOTRÓPICAS.
	Resolução GMC nº 56/2000. COMPLEMENTAÇÃO DA RESOLUÇÃO GMC Nº 25/96 REGISTROS DE PRODUTOS DOMISSANITÁRIOS.
	Resolução GMC nº 57/2000. REGULAMENTO TÉCNICO MERCOSUL SOBRE ASSOCIAÇÕES DE DROGAS EM MEDICAMENTOS E PREPARAÇÕES MAGISTRAIS QUE CONTENHAM ANSIOLÍTICOS.
	Resolução GMC nº 61/2000. BOAS PRATICAS DE FABRICAÇÃO E CONTROLE DE MEDICAMENTOS.
	Resolução GMC nº 62/2000. AUTORIZAÇÃO PARA A ENTRADA E SAÍDA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENHAM ENTORPECENTES E SUBSTANCIAS PSCICOTRÓPICAS PARA PACIENTES EM TRÂNSITO.
	Resolução GMC nº 66/2000. CONTROLE DE ENTRADA E SAÍDA DE ENTORPECENTES E SUBSTANCIAS PSCICOTRÓPICAS PARA USO EM CASO ESPECIAIS/USO COMPASSIVO DE MEDICAMENTOS, EM PACIENTES.
	Resolução GMC nº 70/2000. GLOSSARIO DE TERMOS COMUNS PARA ENTORPECENTES, SUBSTANCIAS PSCICOTRÓPICAS E PRECURSORES.
	Resolução GMC nº 71/2000. "LISTA DE FILTROS ULTRAVIOLETA PERMITIDOS PARA PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL, COSMÉTICOS E PERFUMES" (ATUALIZAÇÃO RES. GMC Nº 08/99).
	Resolução GMC nº 72/2000. "LISTA DE SUBSTANCIAS DE AÇÃO CONSERVANTE PERMITIDAS PARA PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL, COSMÉTICOS E PERFUMES" (ATUALIZAÇÃO RES. GMC Nº 05/99).
	Resolução GMC nº 73/2000. LISTA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS COMUNS NO MERCOSUL.
	Resolução GMC nº 74/2000. AUTORIZAÇÃO PARA A ENTRADA E SAÍDA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENHAM ENTORPECENTES E SUBSTANCIAS PSCICOTRÓPICAS PARA PACIENTES EM TRÂNSITO (REVOGAÇÃO DA RES. GMC Nº 62/00).
	Resolução GMC nº 75/2000. REGULAMENTO TÉCNICO MERCOSUL PARA PRESERVATIVOS MASCULINOS DE LÁTEX DE BORRACHA NATURAL (REVOGAÇÃO DA RES. GMC Nº 36/96).
1999	Resolução GMC nº 03/1999. REGISTRO DE EMPRESAS DOMISSANITÁRIOS (Complementar a resolução GMC Nº 24/96).
	Resolução GMC nº 04/1999. "LISTA DE SUBSTANCIAS CORANTES PERMITIDAS PARA PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL, COSMÉTICOS E PERFUMES"(ATUALIZAÇÃO RES. GMC Nº 16/95).
	Resolução GMC nº 05/1999. "LISTA DE SUBSTANCIAS DE AÇÃO CONSERVANTE PERMITIDAS PARA PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL, COSMÉTICOS E PERFUMES" (ATUALIZAÇÃO RES. GMC Nº 27/95).
	Resolução GMC nº 06/1999. "LISTA DE SUBSTANCIAS QUE NAO PODEM SER UTILIZADAS EM PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL, COSMÉTICOS E PERFUMES" (ATUALIZAÇÃO RES. GMC Nº 28/95).
	Resolução GMC nº 07/1999. "LISTA DE SUBSTANCIAS QUE OS PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL, COSMÉTICOS E PERFUMES NÃO DEVEM CONTER, EXCETO NAS CONDIÇÕES E COM AS RESTRIÇÕES ESTABELECIDAS" (ATUALIZAÇÃO RES. GMC Nº 26/95).
	Resolução GMC nº 08/1999. "LISTA DE FILTROS ULTRAVIOLETA PERMITIDOS PARA PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL, COSMÉTICOS E PERFUMES" (ATUALIZAÇÃO RES. GMC Nº 25/95).
	Resolução GMC nº 33/1999. REGULAMENTO TÉCNICO PARA A PRODUÇÃO E CONTROLE DE QUALIDADE DE HEMODERIVADOS DE ORIGEM PLASMÁTICA.
	Resolução GMC nº 34/1999. REINSPEÇÕES CONJUNTAS NO AMBITO DO MERCOSUL.
	Resolução GMC nº 35/1999. REGISTRO DE PRODUTOS DOMISSANITÁRIOS (Complementação da resolução GMC Nº 25/96).
	Resolução GMC nº 36/1999. REGULAMENTO TÉCNICO SOBRE ROTULAGEM ESPECÍFICA PARA PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL, COSMÉTICOS E PERFUMES.
	Resolução GMC nº 37/1999. REGULAMENTO TÉCNICO SOBRE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DE ENTORPECENTES E PSCICOTRÓPICOS A REALIZAR EM ZONAS FRANCAS E NAS ÁREAS ADUANEIRAS ESPECIAIS.
	Resolução GMC nº 38/1999. REGULAMENTO TÉCNICO SOBRE AS LISTAS DE SUBSTANCIAS ENTORPECENTES E PSCICOTRÓPICOS SUJEITAS A CONTROLE.

	Resolução GMC nº 39/1999. REGULAMENTO TÉCNICO SOBRE ASSOCIAÇÕES DE DROGAS EM MEDICAMENTOS E PREPARAÇÕES MAGISTRAIS QUE CONTENHAM ANOREXÍGENOS.
	Resolução GMC nº 46/1999. UTILIZAÇÃO DE SISTEMAS DE REEMBOLSO PARA A COMPRA/VENDA DE SUBSTÂNCIAS ENTORPECENTES E SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS.
	Resolução GMC nº 47/1999. PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO DE INSPETORES EM BOA PRÁTICA DE FABRICAÇÃO E CONTROLE PARA A INDÚSTRIA DE PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL, COSMÉTICOS E PERFUMES.
	Resolução GMC nº 48/1999. PROGRAMA PARA A CAPACITAÇÃO DE INSPETORES PARA A VERIFICAÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO E CONTROLE DE PRODUTOS DE USO IN VITRO.
	Resolução GMC nº 49/1999. REGULAMENTO TÉCNICO MERCOSUL PARA PRODUTOS DESINFESTANTES (PRAGUICIDAS) DOMISSANITÁRIOS.
	Resolução GMC nº 50/1999. PLANILHA DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA DE DOENÇAS ENTRE OS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL.
	Resolução GMC nº 53/1999. GLOSSÁRIO DE TERMOLOGIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA-MERCOSUL.
	Resolução GMC nº 54/1999. MECANISMOS DE PERIODICIDADE PARA ATUALIZAÇÃO DAS LISTAS DO MERCOSUL DE SUBSTÂNCIAS UTILIZADAS EM PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL, COSMÉTICOS E PERFUMES.
	Resolução GMC nº 57/1999. DISTRIBUIÇÃO DE AMOSTRAS PARA PROFISSIONAIS E PROPAGANDAS DE MEDICAMENTOS QUE CONTENHAM ENTORPECENTES OU SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS.
	Resolução GMC nº 78/1999. OBRIGATORIEDADE DE COMUNICAÇÃO ENTRE OS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL SOBRE A RETIRADA DE MEDICAMENTOS DO MERCADO.
	Resolução GMC nº 78/1999. AUTO-INSPEÇÕES OBRIGATÓRIAS SOBRE AS BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO E CONTROLE.
	Resolução GMC nº 80/1999. DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA ENTRE OS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL.
1998	Resolução GMC nº 04/1998. PAUTA NEGOCIADORA DO SGT-11.
	Resolução GMC nº 21/1998. REGULAMENTO TÉCNICO RELATIVO À AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DA EMPRESA FABRICANTE E/OU IMPORTADORA DE PRODUTOS MÉDICOS.
	Resolução GMC nº 24/1998. PONTOS DE ENTRADA/SAÍDA DE ENTORPECENTES E SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS.
	Resolução GMC nº 25/1998. PROGRAMA PARA CAPACITAÇÃO DE INSPETORES PARA A VERIFICAÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO DE PRODUTOS MÉDICOS.
	Resolução GMC nº 27/1998. FORMULÁRIOS E PRAZOS DE VALIDADE DAS AUTORIZAÇÕES DE IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO E CERTIFICADO DE NÃO OBJEÇÃO DE ENTORPECENTES E SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS (REVOGA RES GMC nº 49/97).
	Resolução GMC nº 50/1998. REGULAMENTO TÉCNICO SOBRE SERINGAS HIPODÉRMICAS ESTÉREIS DE USO ÚNICO.
	Resolução GMC nº 51/1998. PARÂMETROS DE CONTROLE MICROBIOLÓGICO PARA PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL, COSMÉTICOS E PERFUMES.
	Resolução GMC nº 57/1998. REGULAMENTO TÉCNICO PARA PRODUTOS DOMISSANITÁRIOS A BASE DE HIPOCLORITOS ADITIVADOS (ÁGUA LAVANDINA ADITIVADA/ALVEJANTE/ÁGUA CLORADA ADITIVADA) (REVOGA RES. GMC nº 46/97).
	Resolução GMC nº 72/1998. REGULAMENTO TÉCNICO "REQUISITOS ESSENCIAIS DE SEGURANÇA E EFICÁCIA DOS PRODUTOS MÉDICOS".
1997	Resolução GMC nº 12/1997. REGULAMENTO TÉCNICO MERCOSUL DE NÍVEIS DE COMPLEXIDADES DOS SERVIÇOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL.
	Resolução GMC nº 28/1997. PRÓRROGA DE LA VIGENCIA DE LAS RESOLUCIONES GMC Nº 16/95, 25/95, 26/95 Y 27/95.
	Resolução GMC nº 30/1997. BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y CONTROL PARA LAS INDUSTRIAS DE PRODUCTOS DOMISSANITÁRIOS.
	Resolução GMC nº 31/1997. RÉGIMEN DE INSPECCIÓN PARA FABRICANTES O IMPORTADORES DE PRODUCTOS MÉDICOS.
	Resolução GMC nº 39/1997. REGLAMENTO TÉCNICO MERCOSUR RELACIÓN CONTRACTUAL ENTRE EL TITULAR DE REGISTRO EN EL ESTADO PARTE PRODUCTOR Y SU REPRESENTANTE EN EL ESTADO PARTE RECEPTOR DEL MERCOSUR, EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN GMC Nº 23/95.
	Resolução GMC nº 46/1997. REGLAMENTO TÉCNICO MERCOSUR PARA PRODUCTOS DOMISSANITÁRIOS A BASE DE HIPOCLORITO.

	Resolução GMC nº 49/1997. FORMULARIOS Y PLAZOS DE VALIDEZ DE LAS AUTORIZACIONES DE IMPORTACION Y EXPORTACION Y CERTIFICADO DE NO OBJECCION DE ESTUPEFACIENTES Y SUSTANCIAS SICOTROPICAS.
	Resolução GMC nº 61/1997. NUEVAS PAUTAS NEGOCIADORAS DEL SUBGRUPO DE TRABAJO Nº 3 "REGLAMENTOS TECNICOS".
1996	Resolução GMC nº 12/1996. LISTA DE FILTROS ULTRAVIOLETAS PERMITIDOS (REVOGAÇÃO DA RES. GMC Nº 15/95).
	Resolução GMC nº 13/1996. GUIA DE BUENAS PRACTICAS DE FABRICACION PARA PRODUCTOS FARMOQUIMICOS.
	Resolução GMC nº 14/1996. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS BUENAS PRACTICAS DE FABRICACIÓN Y CONTROL EN ESTABLECIMIENTOS DE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA
	Resolução GMC nº 21/1996. PROGRAMA DE CAPACITACION PARA INSPECTORES EN BUENAS PRACTICAS DE FABRICACION PARA LA INDUSTRIA FARMACEUTICA.
	Resolução GMC nº 22/1996. SISTEMA DE EVALUACION DE PROCEDIMIENTOS PARA LA INSPECCION DE INDUSTRIAS FARMOQUIMICAS.
	Resolução GMC nº 23/1996. REGIMEN DE INSPECCIONES Y PROCEDIMIENTO DE INSPECCION PARA INDUSTRIA FARMOQUIMICA.
	Resolução GMC nº 24/1996. REGISTROS DE EMPRESAS DOMISSANITÁRIOS.
	Resolução GMC nº 26/1996. DEFINICIONES E GLOSÁRIO.
	Resolução GMC nº 27/1996. TEXTO DE RÓTULOS PARA PRODUCTOS DOMISANITÁRIOS.
	Resolução GMC nº 36/1996. PRESERVATIVO MASCULINO DE LATEX - REQUISITOS ESENCIALES.
	Resolução GMC nº 37/1996. REGISTRO ARMONIZADO DE PRODUCTOS MEDICOS.
	Resolução GMC nº 38/1996. VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE LAS BUENAS PRACTICAS DE FABRICACION Y CONTROL EN ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCTOS PARA DIAGNOSTICO USO "IN VITRO".
	Resolução GMC nº 41/1996. NOMENCLATURA PARA INGREDIENTES UTILIZADOS EN PRODUCTOS DE HIGIENE PERSONAL, COSMETICOS Y PERFUMES DE ORIGEN MERCOSUR Y EXTRAZONA PARA USO EN REGISTRO ENTRE LOS ESTADOS PARTES.
	Resolução GMC nº 51/1996. "Empresas y titularidad de registros: requisitos que deben reunir las empresas para ser autorizadas como titulares, en el Estado Parte Receptor, de registros de productos farmacéuticos elaborados en otro Estado Parte del MERCOSUR".
	Resolução GMC nº 52/1996. "Listado de Informaciones y Documentación Requerida para el Registro de Productos Farmacéuticos Similares – Resolución GMC Nº 23/95"
	Resolução GMC nº 53/1996. " Estabilidad de productos farmacéuticos".
	Resolução GMC nº 54/1996. "VIGENCIA, MODIFICACION, RENOVACION Y CANCELACION DEL REGISTRO DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS".
	Resolução GMC nº 55/1996. "Glosario para la aplicación de la Resolución GMC 23/95".
	Resolução GMC nº 56/1996. REGLAMENTO PARA LA VERIFICACION DE LAS BUENAS PRACTICAS DE FABRICACION Y CONTROL (BPF y C) PARA INDUSTRIAS DE PRODUCTOS DOMISANITARIOS.
	Resolução GMC nº 57/1996. BUENAS PRACTICAS DE FABRICACION SOLUCIONES PARENTERALES DE GRAN VOLUMEN.
	Resolução GMC nº 65/1996. GUIA DE BUENAS PRACTICAS DE FABRICACION Y CONTROL PARA REACTIVOS DE DIAGNOSTICO DE USO "IN VITRO".
	Resolução GMC nº 66/1996. MANUAL DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA PARA PRODUCTOS COSMETICOS.
	Resolução GMC nº 79/1996. REGISTRO INTRAZONA DE PRODUTOS DIAGNÓSTICOS DE USO IN-VITRO.
	Resolução GMC nº 129/1996. REGULAMENTO TÉCNICO SOBRE A VERIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS DE PESQUISA CLINICA.
	Resolução GMC nº 130/1996. REGULAMENTO TÉCNICO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL.
	Resolução GMC nº 131/1996. REGULAMENTO TÉCNICO SOBRE A VERIFICAÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO DE PRODUTOS MÉDICOS.
	Resolução GMC nº 132/1996. ALTERAÇÕES DA AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DAS EMPRESAS SOLICITANTES DE REGISTROS DE PRODUTO FARMACEUTICO NO ESTADO-PARTE RECEPTOR.
	Resolução GMC nº 133/1996. CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO, EXCLUSÃO E ALTERAÇÃO DE CONCENTRAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS.
1995	Resolução GMC nº 04/1995. BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO DE PRODUTOS MÉDICOS.
	Resolução GMC nº 15/1995. LISTA DE FILTROS ULTRAROXOS PERMITIDOS.

	Resolução GMC nº 16/1995. LISTA DE AGENTES COLORANTES PERMITIDOS.
	Resolução GMC nº 23/1995. REQUISITOS PARA O REGISTRO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS REGISTRADOS E FABRICADOS EM UM ESTADO PARTE PRODUTOR, SIMILARES A PRODUTOS REGISTRADOS NO ESTADO PARTE RECEPTOR.
	Resolução GMC nº 24/1995. REQUISITOS PARA O REGISTRO DE PRODUTOS COSMÉTICOS MERCOSUL E EXTRAZONA E PARA A HABILITAÇÃO DE EMPRESAS REPRESENTANTES TITULARES DO REGISTRO NO ESTADO PARTE RECEPTOR E IMPORTADORES.
	Resolução GMC nº 25/1995. LISTA DE FILTROS ULTRAVIOLETA PERMITIDOS PARA O USO EM PRODUTOS DE HIGIENE, PERFUMES E COSMÉTICOS.
	Resolução GMC nº 26/1995. LISTA DE SUBSTÂNCIAS QUE OS PRODUTOS COSMÉTICOS PODEM CONTER, SUJEITOS A RESTRIÇÕES E CONDIÇÕES ESTABELECIDAS.
	Resolução GMC nº 27/1995. LISTA DE AGENTES CONSERVANTES PERMITIDOS PARA O USO EM PRODUTOS DE HIGIENE, PERFUMES E COSMÉTICOS.
	Resolução GMC nº 28/1995. LISTA DAS SUBSTÂNCIAS QUE NÃO PODEM SER UTILIZADAS NA FORMULAÇÃO DE PRODUTOS COSMÉTICOS.
	Resolução GMC nº 29/1995. PRESERVATIVOS - REQUISITOS ESSENCIAIS.
1994	Resolução GMC nº 92/1994. VERIFICAÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO E CONTROLE. CLASSIFICAÇÃO, CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO E SANÇÕES (COSMÉTICOS).
	Resolução GMC nº 96/1994. REGULAMENTO TÉCNICO PARA A PRODUÇÃO E CONTROLE DE QUALIDADE DE HEMODERIVADOS DE ORIGEM PLASMÁTICA.
	Resolução GMC nº 97/1994. ESTRATÉGIA DE ADEQUAÇÃO SOBRE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.
	Resolução GMC nº 110/1994. DEFINIÇÃO DE PRODUTO COSMÉTICO.
	Resolução GMC nº 121/1994. REGISTRO DE ESTABELECIMENTOS – DOMISANITARIOS.
	Resolução GMC nº 122/1994. REGISTRO DE PRODUTOS – DOMISANITARIOS.
1993	Resolução GMC nº 06/1993. REVOGA A RES. Nº 66/92.
	Resolução GMC nº 88/1993. AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE INDÚSTRIAS QUÍMICO-FARMACÊUTICAS.
	Resolução GMC nº 92/1993. GUIA DE INSPECCION PARA INDUSTRIAS FARMOQUIMICAS.
1992	Resolução GMC nº 04/1992. PRACTICAS ADECUADAS PARA LA FABRICACIÓN Y LA INSPECCIÓN DE CALIDAD DE MEDICAMENTOS.
	Resolução GMC nº 59/1992. GUIA PARA INSPEÇÕES DE ESTABELECIMENTOS DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA.
	Resolução GMC nº 66/1992. GUIA PARA INSPEÇÕES DE ESTABELECIMENTOS DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA.

Fonte: A autora com base em: <http://legis-pt.mercosul.homolog.bvsalud.org/leisref/public/home.php> e http://www.mercosulsaudevsite.com.br/index.php?option=com_docman&talk=cay-. Acesso em junho de 2009.

APÊNDICE B

QUADRO SOBRE OS INVESTIMENTOS PRODUTIVOS E O
DESENVOLVIMENTO SOCIAL SEGUNDO DADOS DO MERCOSUL.

FINANCIAMENTO	PAÍS	PROJETO	OBJETIVOS
Fundo para a Convergência Estrutural do MERCOSUL - FOCEM	URUGUAI	<p>Intervenções Múltiplas em Assentamentos localizados em territórios de fronteira com situações de Extrema Pobreza.</p>	<p>Contribuir para o desenvolvimento social, propiciando a melhoria da qualidade da vida da comunidade e atuando em questões relativas à redução de pobreza, desemprego, informalidade, meio ambiente e gênero. O projeto contribui para o desenvolvimento de ações específicas orientadas para a melhoria das condições de vida de populações vulneráveis que habitam assentamentos situados em territórios fronteiriços e que apresentam graves problemas ambientais. O projeto também possui enfoque nas ações de saúde sexual e reprodutiva.</p>
		<p>Desenvolvimento de Capacidades e Infra-estrutura para Classificadores Informais de Resíduos Urbanos.</p>	<p>Visa a contribuir para o aprimoramento de processos de formalização e dignificação do trabalho do classificador de resíduos urbanos em departamentos do interior do Uruguai, com ênfase especial aos localizados na fronteira do país. Tem também o objetivo de contribuir para a redução de impactos ambientais e riscos sanitários derivados da coleta e da eliminação informal de dejetos (aterros de lixo, contaminação de cursos de água, aparecimento de vetores e roedores) e da disposição final de resíduos (período de vida de depósitos e aterros sanitários).</p>
		<p>Economia Social de Fronteira.</p>	<p>Apóia as comunidades em seus esforços de redução da pobreza e inclusão social, a partir da geração de empregos dignos que forneçam rendas estáveis para os quatrocentos domicílios participantes. Os benefícios do projeto, que envolvem cerca de 1.700 pessoas, materializam-se na criação e na consolidação de cem unidades produtivas nos departamentos de fronteira do país, com vistas a mitigar a pobreza por meio da geração de renda das famílias atendidas pelo Plano de Atenção Nacional de Emergência Social (PAES). O projeto também propicia a realização de estudos de mercado com vistas a identificar as potencialidades regionais para o desenvolvimento local.</p>
	PARAGUAI	<p>Programa de Apoio Integral às Microempresas.</p>	<p>Melhorar a capacidade de gestão das microempresas por meio de estímulo à produtividade e ao aumento dos salários dos trabalhadores. O programa possui três componentes: qualificação e assistência técnica, desenvolvimento do associativismo administrativo e centro de informação da microempresa. Abrange dez departamentos da região oriental do Paraguai e beneficiará cerca de 3 mil microempresas.</p>
		<p>MERCOSUL – Habitat: Promoção Social, Fortalecimento Humano e Capital Social em Assentamentos em Condições de Pobreza.</p>	<p>Melhora das condições de vida nos domicílios dos assentamentos urbanos de periferias pobres do Paraguai. O projeto visa à aquisição da casa própria, ao melhoramento dos serviços básicos (água, saneamento, energia elétrica) e ao fortalecimento do capital humano e social. Até 2007, a meta do projeto era construir e/ou melhorar 1.300 residências, situadas em seis assentamentos selecionados,</p>

		<p>Aumento da Produtividade de Algodão e Milho através de Práticas Conservacionistas de Produção.</p> <p>Mercosul-Yporá – Promoção de Acesso à Água Potável e Saneamento Básico em Comunidades Pobres e Extremamente Pobres.</p> <p>Construção e Melhoramento do Sistema da Água Potável e Saneamento Básico em Pequenas Comunidades Rurais e Indígenas.</p> <p>Saúde nas Fronteiras – Amplificação do Acesso para os Serviços de Saúde nas Regiões Fronteiriças.</p> <p>Mercosul Aborígine – Segurança e Soberania Alimentar Indígena.</p>	<p>instalar e colocar em funcionamento 22 microempresas, realizar cursos para o melhoramento do capital humano e realizar oficinas de promoção do programa.</p> <p>O projeto adota práticas conservacionistas de manejo do solo e das florestas, tanto na lavoura de subsistência, quanto na produção destinada ao mercado, para melhorar a qualidade de vida dos produtores agrícolas. Por meio do projeto, os agricultores familiares adquirem conhecimentos e meios suficientes para iniciar o processo de mudança do modelo tradicional de produção (com arado) para um sistema sustentável, utilizando adubos verdes, insumos agrícolas, implementos de tração humana e animal para recuperar os solos degradados e aumentar a produtividade dos cultivos.</p> <p>Almeja a redução do índice de mortalidade devido a doenças parasitárias e gastrintestinais de origem hídrica e relacionadas à carência de serviços de saneamento nas comunidades pobres. A ação, que pretende atingir 32.400 beneficiários diretos em 45 comunidades, consiste em melhorar o acesso à água potável e ao saneamento básico, na manutenção do saneamento básico e no fortalecimento do capital social comunitário.</p> <p>Aumentar a expectativa de vida e erradicar enfermidades epidemiológicas e endêmicas, provocadas pela precariedade das condições de vida da população, melhorar a qualidade dos serviços existentes, aumentar a cobertura e o uso sustentável dos serviços de água e saneamento em áreas indígenas, rurais e pequenas cidades, com a adoção de melhores práticas de higiene.</p> <p>Busca ampliar o acesso aos serviços de saúde por meio da implantação de brigadas móveis e da compra de ambulâncias para os principais serviços de saúde nas regiões fronteiriças. O projeto visa à implantação de unidades de serviços e à atenção primária à saúde com o objetivo de aumentar a esperança de vida, diminuir a taxa de mortalidade, fortalecer a capacidade dos hospitais e erradicar doenças endêmicas provocadas pela precariedade das condições de vida.</p> <p>Deverá contribuir para o desenvolvimento social, cultural e econômico das comunidades indígenas situadas na fronteira com Brasil e Argentina. O projeto visa a garantir a segurança e a soberania alimentar indígena por meio do aumento de capacidades produtivas e organizacionais de indígenas que vivem em áreas rurais e urbanas. Pretende ainda melhorar o ensino básico de jovens indígenas, a capacitação laboral, a promoção do artesanato indígena e a reinserção de crianças e</p>
--	--	---	--

	TRÍPLICE FRONTEIRA	<p>Inclusão Digital na Educação Média.</p> <p>A Infância Incluída no Mercosul – Implementação de Centros de Desenvolvimento de Capacidades para a Inclusão Social de Crianças e Adolescentes de Rua e de suas Famílias nas Áreas Fronteiriças.</p>	<p>de suas famílias que vivem nas ruas das principais cidades do país. Tem por finalidade diminuir as taxas de analfabetismo e abandono escolar, aumentar a cobertura do sistema educacional formal e promover a educação especializada. O projeto contribui para a diminuição das disparidades no acesso à educação, por meio da adequação de espaços físicos e do estabelecimento de normas de segurança e estratégias de manutenção, aquisição e provisão de insumos e implementos técnicos. A capacitação de atores educacionais locais pretende contribuir para o desenvolvimento de projetos tecnológicos com impacto pedagógico. Cerca de quinhentas instituições de educação do Paraguai, com prioridade para as zonas fronteiriças, serão diretamente beneficiadas pelo projeto.</p> <p>O projeto tem a finalidade de reduzir a exclusão social de crianças e adolescentes de rua, fortalecer suas famílias e oferecer opções para o acesso a sistemas formais de proteção nas áreas de saúde, nutrição e educação.</p>
Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social do Brasil (BNDES)	ARGENTINA	Financiamento do gasoduto da Argentina.	Mais de US\$ 210 milhões para a ampliação do gasoduto no país, representando as expansões 13,5% de toda a capacidade de transporte de gás argentino.
	URUGUAI	Abastecimento de água na Província de Maldonado – Uruguai.	Financiamento no valor de US\$ 26 milhões. As obras de saneamento envolveram ampliação e melhoria da Usina Laguna del Sauce, ampliação da capacidade de adução e de reservatório de água potável do Sistema Laguna del Sauce/Sierra, melhorias operacionais no Sistema de Maldonado/Punta del Este/Punta Ballena/Punta Fría e melhorias do sistema de abastecimento de água da cidade de Pan de Azúcar.
	PARAGUAI	Construção da Ruta 10.	Além de ter gerado cerca de oitocentos empregos, a construção da rodovia terá forte impacto econômico para os pequenos e grandes produtores. A rodovia facilitou a ligação entre Salto del Guairá e Ciudad del Este, beneficiando um vasto território de produção agrícola e permitindo o transporte dos bens até os portos de exportação.
	VENEZUELA	Transporte urbano de passageiros.	O metrô de Caracas recebeu US\$ 180 milhões em financiamento do Banco Brasileiro.
Companhia de Petróleo do Brasil - PETROBRÁS	ARGENTINA	Educar para Trabajar	Oferece cursos com reconhecimento oficial para jovens de 18 a 24 anos, a fim de favorecer sua inserção ao mercado de trabalho.

	COLÔMBIA	Educación Vial	Prevenção de acidentes e o correto uso de medidas de segurança no trânsito. É destinado a jovens de escolas públicas do país e que ainda não possuem licença para dirigir.
		Educación Básica Primária para Adultos	Contribui para redução dos índices regionais de analfabetismo e a continuidade dos estudos no ensino fundamental e médio.
		Apoio a Cooperativa Agrovida.	A Petrobrás oferece capacitação em economia solidária, empreendedorismo, elaboração de projetos e cultura orgânica para consolidar a cooperativa como empresa auto-sustentável. O projeto consiste na produção e na comercialização de produtos agrícolas e atende a famílias com apoio técnico e econômico.
		Asociación Mujeres Artesanas de la Cordillera.	Atualmente, a associação comercializa seus produtos em feiras e exposições locais, regionais e internacionais, com o apoio da Petrobras.
		Vigias Socioambientais	Capacita líderes comunitários com jornadas de sensibilização e formação. A iniciativa inclui o desenvolvimento de oficinas teórico-práticas para a conservação do meio ambiente. Após a capacitação, os vigias implementam, com o auxílio da companhia, projetos de descontaminação da água, saneamento básico, preservação de nascentes, entre outros.
	PERU	Damis Moda.	Inicialmente, a cooperativa era responsável pelo fornecimento de uniformes aos empregados da Petrobras no Peru. Hoje, também confecciona roupas para fornecedores da Petrobras e outras associações da região.
	PARAGUAI	Comitês para a democratização da Informática.	Tem por objetivo capacitar moradores de cinco municípios na região de atuação da Petrobras.
		“Sonidos de la Tierra”.	Visa a potencializar a auto-estima de crianças e jovens e a reafirmar a identidade cultural por meio da formação de escolas de música, agrupamentos musicais e associações culturais, possibilitando acesso direto à educação musical.
	EQUADOR	Inventário Biológico.	Em parceria com a Pontifícia Universidade Católica, o inventário biológico tem por desafio documentar a flora e a fauna da região. Espécies ainda desconhecidas foram encontradas e encaminhadas para estudo aprofundado.
		Esportes para portadores de necessidades especiais	Visa contribuir com programas de capacitação, integração social e treinamentos esportivos para crianças e jovens portadores de necessidades especiais no Equador.

Quadro III. Dados sobre os Investimentos Produtivos e o Desenvolvimento Social do MERCOSUL. Dados de 2007.
Fonte: MERCOSUL, 2007.

"Quando alimentei aos pobres me chamaram santo; mas quando perguntei por que há gente pobre me chamaram comunista".

Dom Hélder Câmara.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.