



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Saúde da mulher no Brasil: avanços a partir da integração no Mercosul

Marcel Oliveira Ferreira

Salvador (Bahia)
Novembro, 2015

FICHA CATALOGRÁFICA

(elaborada pela Bibl. **SONIA ABREU**, da Bibliotheca Gonçalo Moniz : Memória da Saúde Brasileira/SIBI-UFBA/FMB-UFBA)

Ferreira, Marcel Oliveira

F383 Saúde da mulher no Brasil: avanços a partir da integração no Mercosul / Marcel Oliveira Ferreira. Salvador: MO Ferreira, 2015.

viii, 73 fls.

Professor orientador: Ana Angélica Martins da Trindade.

Monografia como exigência parcial e obrigatória para Conclusão de Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

1. Saúde da mulher - Brasil. 2. Mercosul. 3. Políticas públicas. I. Trindade, Ana Angélica Martins da. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.

CDU – 613.99(81)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Saúde da mulher no Brasil: avanços a partir da integração no Mercosul

Marcel Oliveira Ferreira

Professor orientador: **Ana Angélica Martins da Trindade**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2015.1, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Novembro, 2015

Monografia: *Saúde da mulher no Brasil: avanços a partir da integração no Mercosul*, de **Marcel Oliveira Ferreira**.

Professor orientador: **Ana Angélica Martins da Trindade**

COMISSÃO REVISORA:

- **Ana Angélica Martins da Trindade** (Presidente, Professor orientador), Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Maria de Fátima Diz Fernandez da Cunha**, Professor do Departamento de Patologia e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Lene Silvano Rodrigues Lima Santos**, Doutorando do Curso de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde (PPgMS) da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:

Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no IX Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2015.

*O correr da vida embrulha tudo.
A vida é assim: esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem*
(Guimarães Rosa)

Aos meus pais, **Jefferson
Ferreira e Marivalda
Ferreira**; à minha segunda
mãe, **Maria José Oliveira**; ao
meu irmão, **Jefferson
Ferreira**

EQUIPE

- Marcel Oliveira Ferreira, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: marcel_olfe@hotmail.com;
- Ana Angélica Martins da Trindade, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA;

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

FONTES DE FINANCIAMENTO

1. Recursos próprios.

AGRADECIMENTOS

- ◆ Ao meu Professor orientador, Doutora **Ana Angélica Martins da Trindade**, pela paciência e disponibilidade fundamentais para a realização desse trabalho e por me ensinar a importância da elaboração do trabalho científico.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE TABELAS E QUADROS	2
ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS	3
I. RESUMO	4
II. INTRODUÇÃO	5
III. A INTERNACIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: AVANÇOS LEGAIS E INSTITUCIONAIS EM TERMOS DE QUALIDADE DE VIDA	9
III.1 A ampliação do conceito de saúde e sua relação com a conjuntura social, econômica e política mundial	9
III.2 A trajetória histórica das políticas mundiais de saúde através de acordos de cooperação	12
III.3 Os determinantes sociais da saúde, a atenção às mulheres e o advento das doenças crônicas não transmissíveis	15
IV. AS POLÍTICAS DE COOPERAÇÃO EM SAÚDE NA AMÉRICA DO SUL: O ENFRENTAMENTO DAS INIQUIDADES SOCIAIS	21
IV.1 As relações entre os países da América do Sul e as alternativas a partir da integração Sul-Sul	21
IV.2 O Mercosul social e o lento avanço das questões humanitárias: a difusão da imagem antiMercosul	28
IV.3 As assimetrias do Mercosul como um obstáculo à integração e os mecanismos para o seu enfrentamento	34
V. O MERCOSUL SOCIAL E AS CONTRIBUIÇÕES À PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER NO BRASIL	41
V.1 Os espaços regionais de discussão da saúde da mulher: o enfrentamento da violência de gênero e a prevenção de doenças crônicas	41
V.2 As repercussões para a política de saúde da mulher no Brasil	51
VI. CONCLUSÕES	64
VII. SUMMARY	65
VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

ÍNDICE DE TABELAS E QUADROS

TABELAS

Tabela 1. Mercosul: população, PIB e PIB per capita - 2012	35
Tabela 2. Mercosul: IDH e Ranking IDH - 2013	36
Tabela 3. Distribuição proporcional do total de mortes por câncer, segundo localização primária do tumor, em mulheres, no Brasil, para os períodos entre 1994-1998 e 2006-2010	61

QUADROS

Quadro 1. Principais projetos e parágrafos aprovados pela RMAAM	42
Quadro 2. Cumprimento do plano de trabalho 2010 do Grupo Ad Hoc de Vigilância de Enfermidades Não Transmissíveis	46
Quadro 3. Cumprimento do plano de trabalho 2012 do Grupo Ad Hoc de Vigilância de Enfermidades Não Transmissíveis	47
Quadro 4. Principais acordos e propostas da Comissão Intergovernamental de Doenças Não Transmissíveis	49
Quadro 5. Principais avanços nacionais no combate à violência de gênero	52
Quadro 6. Principais avanços nacionais no combate aos cânceres de colo do útero e de mama	57

ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Ação Declaratória de Constitucionalidade nº 19 - ADC 19
Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4424 - ADI 4424
Associação Latino-americana de Integração - ALADI
Associação Latino-americana de Livre Comércio - ALALC
Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS
Comunidade Andina de Nações - CAN
Comunidade Sul-Americana de Nações - CASA
Foro Consultivo Econômico e Social - FOCEM
Grupo Mercado Comum - GMC
Índice de desenvolvimento humano - IDH
Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde - ISAGS
Mercado Comum do Sul - Mercosul
Organização Mundial da Saúde - OMS
Organização das Nações Unidas -ONU
Parlamento do Mercosul - Parlasul
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM
Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM
Projeto da Iniciativa para a Integração da Infra-estrutura Regional Sul-americana - IIRSA
Rede para a atenção às mulheres em situação de tráfico com fins de exploração sexual nos países do Mercosul - Rede Mercosul
Reunião de Ministras e Altas Autoridades da Mulher do Mercosul - RMAAM
Reunião de Ministros de Saúde do Mercosul – RMS
Sistema de Informação de Câncer - SISCAN
Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO
Sistema de Informação do Câncer de Mama – SISMAMA
Sistema Único de Saúde - SUS
Subgrupo de Trabalho 11 Saúde - SGT 11 Saúde
União de Nações Sul-Americanas - UNASUL

I. RESUMO

SAÚDE DA MULHER NO BRASIL: AVANÇOS A PARTIR DA INTEGRAÇÃO NO MERCOSUL. **Introdução:** Com o avanço da globalização, a economia internacionalizou-se e os blocos de países foram formados para integrar interesses regionais. O Mercado Comum do Sul (Mercosul) destaca-se por se constituir como um bloco econômico regional que procura relacionar questões globais a demandas locais, dentre elas a da saúde. Para o Brasil, a saúde passou, também, a ser tratada a partir da integração regional e da prática da cooperação Sul-Sul, renovando-se recursos institucionais, com propostas de normatizações regionais e avanços na saúde das nações. **Objetivo:** Análise e discussão das possibilidades de melhorias em termos de formulação de políticas de saúde trazidas pela integração regional com suas negociações e acordos internacionais no âmbito do Mercosul, no período de 2011 a 2013, capazes de repercutir na política de saúde da mulher no Brasil. **Materiais e métodos:** Revisão sistemática da literatura em meio eletrônico, utilizando o método hipotético-dedutivo, que requer a construção de hipóteses, através de leituras específicas sobre o tema como artigos, documentos oficiais, atas e livros, submetidas a testes. **Resultados:** Percebem-se medidas como o Ligue 180, o SISCAN e a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco que promoveram o intercâmbio de informações e o enfrentamento de problemas de saúde pública, fortalecendo a questão social no Brasil. **Conclusões:** aceita-se como válida a hipótese avaliada nesse trabalho, diante dos evidentes avanços e das possibilidades de melhores condições de vida para as mulheres, que são consequências da integração no Mercosul.

Palavras chaves: 1. Saúde da mulher - Brasil; 2. Mercosul; 3. Políticas públicas.

II. INTRODUÇÃO

Tornam-se evidentes as novas formas encontradas pelos países para se relacionarem e fortalecerem sua presença no âmbito internacional. Os blocos regionais surgem como estratégias utilizadas pelos países para a criação de alianças, permitindo o enfrentamento de dificuldades e, inclusive, a redução de disparidades, geradas por processos históricos como a dominação exercida pelos países Norte em relação aos países Sul.

Os blocos regionais não representam uma ameaça à soberania nacional: correspondem a estratégias políticas de aproximação de países para garantir desenvolvimento humano. Observa-se que a decisão de atuar em bloco fortalece a presença e a influência dos países no meio internacional, o que não ocorreria caso agissem individualmente. A cooperação internacional passou a ser dinamizada para construir espaços destinados ao debate de diversos assuntos tais como gênero; saúde; cidadania; emprego; educação e violência.

Os blocos regionais intensificaram as discussões sobre questões sociais, com destaque para a saúde, o que levou a constantes modificações no seu conceito, destacando as interferências recebidas da conjuntura social, política, econômica e cultural. Seu significado se ampliou diante dos fatores que a influenciam: época; local; classe social; valores individuais; concepções filosóficas; religiosas e científicas¹. A saúde se tornou central para a agenda internacional, sendo tema de muitas conferências e acordos internacionais. A internacionalização da saúde estimula mudanças em termos de políticas em prol da defesa da qualidade de vida para a população mundial.

Os blocos regionais também facilitam as decisões e planos, definidos coletivamente e relacionados à política de saúde, enquanto que as condições de vida preocupam os Estados. Tais movimentos atingem também a América do Sul, como pode ser observado com a criação do Mercado Comum do Sul (Mercosul) na região, que favoreceu metas de proteção para as soberanias nacionais. Inicialmente, o Mercosul foi motivado por objetivos predominantemente econômicos, porém, com o tempo e as constantes crises na região, os Países Partes sentiram a necessidade de estabelecer novos projetos e metas para o bloco e valorizar também temas sociais, pois o desenvolvimento econômico depende das condições e qualidade de vida das populações.

Estudar temas relacionados às políticas de saúde revela interesses pessoais de conhecer em profundidade a relação entre a dimensão mundial de saúde e as demandas nacionais. Trata-se de um desejo pessoal de aprofundar a aproximação entre a medicina

e as ciências humanas, além da vontade de elaborar uma monografia, fundamentada em ideias interdisciplinares, o que se contrapõe à visão fechada do modelo biomédico — o qual pouco se associa às outras áreas do conhecimento humano —, que marcou a formação profissional oferecida por muitos cursos médicos brasileiros.

A discussão sobre conceitos de saúde e as constantes mudanças em torno das interpretações sobre o tema ao longo da história acompanharam a trajetória de evolução das sociedades e de seus sistemas políticos, educacionais e sanitários. O conceito biológico de saúde, que se refere apenas ao estado vital de ausência de doença do indivíduo, ampliou-se pelo entendimento centrado na saúde como o conjunto de normas que objetivam a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação do indivíduo. A saúde passa, então, a representar um conjunto complexo de conhecimentos e de técnicas produzidos por instituições sociais com envolvimento de diversos profissionais, que de forma interdisciplinar, defendem melhorias em torno da qualidade de vida das pessoas e das sociedades, o que engloba a saúde como estado vital, mas também como um direito fundamental, assegurado pelo Estado através das políticas públicas.

Ressalta-se que as ciências da saúde não se instituem como uma disciplina e nem como um campo separado das outras instâncias de interpretação da realidade, o que mostra a necessidade de diálogo com outras áreas do conhecimento. Suas inflexões necessitam incorporar os avanços da biologia, da física e de outras disciplinas, relacionando-as às questões socioeconômicas, políticas e ideológicas. A área biomédica, por sua vez, não pode prescindir da problemática social, pois é evidente a influência das condições, das situações e dos estilos de vida sobre o corpo humano².

Os diversos avanços trazidos pelo aprimoramento de entendimentos e tecnologias em saúde e a difusão de informações modificaram a relação entre os países, que, com a formação de blocos regionais, aproximaram-se, gerando perspectivas de trabalhos coletivos em prol da qualidade de vida das populações da região. Essa proteção dos Estados representada pelos blocos regionais pode proporcionar melhorias em termos de recursos sociais, mas, ao mesmo tempo, também podem ser identificados conflitos motivados por diversas questões — políticas, econômicas e religiosas —, uma vez que a união entre os Estados não necessariamente envolve uma aproximação das respectivas populações, pois existem diversos empecilhos para a formação da identidade supranacional.

As divergências observadas entre os Estados dos blocos regionais originam espaços e instituições destinados a resolver essas problemáticas. Valorizam-se a inclusão e a coesão sociais, facilitadas pelo debate de questões como as de gênero,

buscando-se a proteção, em especial, das mulheres, que representam um grupo vulnerável em muitos países: têm seus direitos fundamentais desrespeitados em diversas sociedades; são vítimas de violência física e psicológica e se encontram em situação de submissão ao homem em muitas culturas.

Nesse estudo, a partir da utilização do método hipotético-dedutivo, buscaram-se respostas para a seguinte pergunta central de investigação: a criação e a atuação do Mercosul contribuíram com o enfrentamento nacional da violência de gênero e das doenças crônicas, gerando perspectivas de uma melhor qualidade de vida para as mulheres? A referida pergunta teve como pressuposto (hipótese) a ideia de que a integração regional favoreceu: o usufruto de melhor qualidade de vida pelas mulheres e a consolidação de políticas nacionais concordantes com os avanços legais e institucionais, a partir do destaque dado à questão social pelos países do Mercosul e da posição de liderança assumida pelo Brasil no bloco.

O objetivo geral do trabalho em tela é analisar e discutir as possibilidades de melhorias em termos de formulação de políticas de saúde trazidas pela integração regional com suas negociações e acordos internacionais no âmbito do Mercosul, no período de 2011 a 2013, capazes de repercutir na política de saúde da mulher no Brasil.

O estudo realizado corresponde a uma revisão sistemática da literatura em meio eletrônico, sendo escolhido o método hipotético-dedutivo. As hipóteses construídas são submetidas a testes, utilizando-se leituras específicas sobre o tema tais como artigos; livros; atas; acordos; programas de trabalho; leis; portarias e outros documentos oficiais. Nessa pesquisa, selecionaram-se textos escritos em inglês, português e espanhol para serem analisados. De acordo com Popper, sugere-se o cumprimento das seguintes etapas para trabalhar com o método hipotético-dedutivo: expectativas e teorias existentes; elaboração de problemas em torno de questões teóricas e empíricas; solução proposta, consistindo numa conjectura; dedução de consequências na forma de proposições passíveis de teste sobre fenômenos investigados; teste de falseamento — tentativas de refutação, pela observação e experimentação das hipóteses criadas sobre os problemas investigados³.

Segundo Kaplan¹, no método hipotético-dedutivo: o cientista, a partir de observação minuciosa, hábeis antecipações e intuição científicas, atinge um conjunto de postulados que determinam os fenômenos pelos quais está interessado, daí infere ele as

¹ KAPLAN, Abraham. A conduta na pesquisa: metodologia para as ciências do comportamento. São Paulo: Herder, (1972) *apud*⁴.

consequências por meio de experimentação e, assim, rebate os postulados, substituindo-os, quando necessário por outros e assim prossegue⁴.

Bunge² aponta os seguintes passos para a construção desse método: colocação do problema, que envolve o reconhecimento dos fatos e a descoberta e elaboração do problema; construção de um modelo teórico, que exige a formulação de hipóteses e de suposições; dedução de consequências particulares; teste das hipóteses; adição ou introdução das conclusões na teoria⁵.

Esse estudo foi organizado em três capítulos. O primeiro capítulo procura resgatar e discorrer sobre a trajetória histórica das políticas mundiais de saúde, através da análise de conferências internacionais, bem como os novos instrumentos para a proteção da saúde a nível mundial como a agenda global de saúde e a evolução do conceito de saúde. O segundo capítulo discute a cooperação internacional e pretende averiguar como ocorre a integração Sul-Sul, as dificuldades enfrentadas pelos países-membros e a questão social no Mercosul, diante da imagem antiMercosul. O terceiro capítulo, por sua vez, aponta as possíveis conquistas nos âmbitos regional, através da formação do bloco, e nacional, identificando os principais resultados trazidos pelas práticas de cooperação internacional em relação à saúde da mulher, favorecidos pela união entre países sul-americanos, com enfoque na violência de gênero e nas doenças crônicas.

² BUNGE, Mário. *La ciencia, su método y su filosofía*. Buenos Aires: Siglo Veinte, 1974 *apud*⁵.

III. A INTERNACIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: AVANÇOS LEGAIS E INSTITUCIONAIS EM TERMOS DE QUALIDADE DE VIDA

III.1 A ampliação do conceito de saúde e sua relação com a conjuntura social, econômica e política mundial

As definições de saúde e doença variam a partir de uma determinada conjuntura social, econômica, política e cultural: apresentam significados distintos de acordo com um determinado tempo e lugar. Concepções de saúde e doença, também, podem ser identificadas a partir das histórias de vida individuais, sendo, portanto, permeadas por percepções particulares, influenciadas por suas posições de classe, valores, concepções filosóficas, religiosas e científicas¹.

Na Idade Moderna, destaca-se o período conhecido como “Revolução Científica” no qual merecem destaque as ideias do francês René Descartes (1596-1650). A ênfase dada ao método cartesiano promoveu a fragmentação do pensamento e das disciplinas acadêmicas atuais, o que levou ao reducionismo na ciência e na crença de que os fenômenos podem ser compreendidos a partir de suas partes constituintes⁶.

Ainda nesse período, muitos atores contribuíram para a construção do conceito de saúde e doença. O francês Pascal (1623-1662) relacionava a enfermidade a um caminho para o entendimento da vida e aceitação da morte e de Deus. O francês Pasteur (1822-1895), por sua vez, revelou a existência de microrganismos causadores de doenças, o que levou ao advento de soros e de vacinas. É importante apontar o aparecimento da epidemiologia e da bioestatística, ciências que acreditavam na possibilidade de caracterizar a saúde do corpo social através de indicadores, uma vez que a saúde individual também poderia ser expressa em números: sinais vitais¹.

O filósofo alemão Engels (1820-1895), ao analisar as condições de vida dos trabalhadores na Inglaterra, nos limiões da Revolução Industrial, percebeu que a cidade, o tipo de vida de seus habitantes e os seus ambientes de trabalho estão envolvidos com o estado de saúde de populações⁷. Atribuiu as doenças da pobreza e desordem urbana às condições de trabalho nas fábricas. Afirmou, ainda, que essas condições eram mais resultados da exploração que propriamente causas últimas, o que levou à conclusão de que a interação entre as relações sociais e as condições era responsável pelo aparecimento da doença e que as condições de trabalho unicamente não provocavam o adoecimento⁸. Engels permitiu a aproximação da medicina com as contribuições das ciências sociais, reforçando a inclusão de aspectos sociais às causas das doenças.

Os pensadores da Idade Moderna enunciaram princípios básicos que originaram o Modelo Cartesiano, que defendia a ideia de que o universo era uma máquina que funciona como um relógio, concordante com as leis matemáticas. Nota-se que o modelo biomédico tradicional sofreu influência do modelo cartesiano: a doença é vista como uma avaria temporária ou permanente de um componente ou da interação de componentes, equiparando a cura de uma doença à reparação duma máquina⁹.

A partir do século XVIII, houve mudanças no conceito de medicina que levaram ao surgimento da medicina social³, identificando-se três etapas na sua construção: medicina de Estado, medicina urbana e medicina da força de trabalho¹⁰. Nota-se o surgimento da bacteriologia que introduziu a ideia de que para cada doença havia um agente etiológico específico, possibilitando que a medicina deixasse de ser uma ciência empírica para ser uma ciência experimental, valorizando o corpo, a doença e o estado biológico, o que requer custos elevados e alta tecnologia¹¹.

É importante destacar que foi sendo construída a ideia da multicausalidade: os fatores que provocam doenças estão associados ao agente etiológico, ao hospedeiro e ao meio ambiente. Entretanto tais causas agiam separadamente¹¹. O modelo flexneriano, surgido no século XX, destaca a multicausalidade das doenças e define o processo saúde-doença como um fenômeno coletivo, porém este é determinado pelo nível individual. Porém esse modelo simplifica o processo de causas de doenças que é naturalmente complexo e se percebe que os fatores são analisados de forma isolada, ignorando sua interação⁶.

Ressalta-se que, ainda no século XX, os fatores psíquicos são aceitos como causadores de doenças, levando o homem a ser classificado como ser bio-psico-social¹¹. Um marco da Idade Contemporânea foi o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948 (Dia Mundial da Saúde), que reconhece o direito à saúde e a obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde: “saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de enfermidade”¹.

Percebe-se que, da Antiguidade ao século XXI, houve a superação do conceito sobrenatural de saúde e de enfermidade, e a saúde passa a ser vista como ausência de enfermidade, que envolve doença, deficiência e invalidez. A saúde é conceituada como

³ A primeira etapa da medicina social, a medicina de Estado, desenvolveu-se na Alemanha e é caracterizada por uma administração estatal de saúde que assume o corpo do proletário. Na França, destacou-se a medicina urbana cuja principal meta é a higiene pública. A medicina da força de trabalho, por sua vez, procura um controle médico do pobre em que ele se beneficia de um sistema de assistência e, ao mesmo tempo, submete-se a esse controle¹⁰.

um estado de equilíbrio do organismo, referente a meios interno e externo, representando uma harmonia do indivíduo consigo mesmo e com o meio¹².

Durante o século XX, ocorreu um avanço significativo, pois a concepção de saúde passa a considerar o bem-estar, além de ausência de enfermidade, o que representa, no plano formal, uma proposição positiva e, no plano essencial, a superação das dicotomias entre corpo e mente, natural e social, enfermidade e saúde, promoção e profilaxia, profilaxia e terapêutica, terapêutica e reabilitação. Esse novo conceito também possibilitou o surgimento de políticas sanitárias mais eficientes e situou a saúde como um estado positivo que pode ser cultivado, promovido e aperfeiçoado¹².

Na atualidade, nota-se que os conceitos de saúde e “ser saudável” estão intrinsecamente relacionados e a alteração das circunstâncias de vida promove um novo significado à expressão “ser saudável”, pois a saúde é reconhecida atreladamente às condições sociais e culturais do meio¹³. Segundo Sutherland & Fulton⁴, é possível reunir as várias definições de promoção da saúde em dois grupos¹⁴.

No primeiro grupo, a promoção da saúde busca atuar no seio das famílias e no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram, valorizando os estilos de vida e as atividades relacionadas à transformação do comportamento dos indivíduos. Os programas ou atividades de promoção da saúde ocorrem principalmente em componentes educativos, relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, parcialmente, sob o controle dos indivíduos¹⁴.

O segundo grupo, por sua vez, destaca o papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde. Há o entendimento de que saúde é produto de uma série de fatores envolvidos com a qualidade de vida: padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável e cuidados de saúde adequados. As atividades passam a estar mais vinculadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, entendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural¹⁴.

As definições de saúde, portanto, são construídas e redefinidas conforme os momentos históricos vivenciados por populações, sofrendo significativa influência do conhecimento científico que está em constante mudança, bem como de outros fatores como questões religiosas, ambientais e, principalmente, culturais. Não se pode afirmar que uma teoria supera a outra ou, até mesmo, considerar os pensamentos defasados,

⁴ Sutherland RW & Fulton MJ. Health promotion, pp. 161-181. In Sutherland & Fulton. *Health Care in Canada*. CPHA, Ottawa, 1992 *apud*¹⁴.

uma vez que os conceitos produzidos pelos atores comumente são concordantes com o período da história no qual se situam, o conhecimento científico disponível e as crenças culturais e individuais.

III.2 A trajetória histórica das políticas mundiais de saúde através de acordos de cooperação

A evolução dos conceitos de saúde resultou também no aumento de medidas que objetivam sua promoção. Pode-se compreender a promoção da saúde como uma estratégia para o enfrentamento de diversos problemas de saúde das populações humanas e de seus entornos. Baseando-se no processo saúde-doença e nos seus determinantes, a promoção da saúde articula saberes técnicos e populares e mobiliza recursos institucionais e comunitários, públicos e privados. Observa-se também que esse termo está associado a valores — qualidade de vida; saúde; solidariedade; equidade; democracia; cidadania; desenvolvimento e participação— e a estratégias — políticas públicas saudáveis; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação do sistema de saúde e parcerias intersetoriais. Seu significado atual representa um enfoque político e técnico do processo saúde-doença-cuidado¹⁴.

As políticas públicas são estratégias essenciais para a promoção da saúde e essas, segundo Mead, são um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas. Lynn, por sua vez, entende tais políticas como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters define políticas públicas como a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou por delegação, responsáveis por influenciar a vida dos cidadãos¹⁵.

É importante destacar que a promoção da saúde dependeu de eventos históricos para que pudesse ser internalizada pelos países e se tornar uma prática com diversos objetivos sociais. A questão da saúde ganhou importância cada vez maior no cenário internacional, em razão de acordos e conferências realizados pelos países. Nota-se que, de 1986 a 1991, três Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde foram importantes para o avanço da discussão desse tema a nível mundial.

A Carta de Ottawa, fruto da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, define a promoção da saúde como um processo de capacitação da comunidade para melhorar sua qualidade de vida e que envolve também uma maior participação da mesma nesse processo. A saúde deixa de ser entendida como um objetivo em si e passa a ser reconhecida como recurso fundamental para a vida

cotidiana, pois esse documento a considera necessária para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, bem como para a qualidade de vida¹⁴.

Percebem-se os temas de determinantes múltiplos de saúde e intersetorialidade nessa Carta: afirma que a promoção da saúde transcende o setor saúde, pois o conceito de saúde como bem-estar transcende a ideia de formas sadias de vida¹⁴.

A Conferência de Adelaide, em 1988, permitiu a criação da Declaração de Adelaide, que enfatizou a importância das políticas públicas como pressuposto para vidas saudáveis, destacando a responsabilidade das decisões políticas, principalmente as de caráter econômico para a saúde. As políticas públicas saudáveis, de acordo com esse documento, caracterizam-se pela preocupação em relação à equidade, à saúde e pelos compromissos do impacto dessas políticas sobre a saúde da população, objetivando a criação de um ambiente favorável para a existência de vidas saudáveis¹⁶.

A Declaração de Adelaide traz a importância da intersetorialidade, que tem marcado desde então o discurso da promoção da saúde, assim como a ideia de responsabilização do setor público, não só pelas políticas sociais que elabora e implementa, como também pelas políticas econômicas e seus efeitos sobre a situação de saúde e os sistemas de saúde¹⁴.

A Declaração de Sundsvall, elaborada com a III Conferência sobre Promoção da Saúde, em 1991, considera as determinações da Carta de Ottawa e da Declaração de Adelaide e é o primeiro documento a reconhecer o ambiente nas ações de promoção da saúde, valorizando a interdependência entre saúde e ambiente, trazendo também as questões ambientais para as agendas de saúde¹⁶.

Essa Conferência trouxe o tema do ambiente para a arena da saúde, não restrito apenas à dimensão física ou natural, mas também valorizando as dimensões social, econômica, política e cultural. O ambiente se refere aos espaços em que as pessoas vivem — a comunidade, suas casas, seu trabalho e os espaços de lazer — e envolve as estruturas que determinam o acesso aos recursos para viver e as oportunidades para ter maior poder de decisão, o que engloba as estruturas econômicas e políticas¹⁴.

Observa-se que, de 1997 a 2005, ocorreram mais três Conferências que intensificaram o debate sobre promoção da saúde. A IV Conferência Internacional sobre promoção da saúde ocorreu em Jacarta, em 1997, e apresentou como tema a Promoção da Saúde no Século XXI. Essa Conferência identificou o setor privado como fundamental para a promoção da saúde e buscou analisar o aprendizado sobre a promoção da saúde, os determinantes da saúde e as direções e as estratégias que podem ajudar no enfrentamento dos desafios da promoção da saúde, no século XXI¹⁷.

A Declaração de Jacarta, criada nessa Conferência, destaca-se pela reafirmação da participação popular e do empoderamento das pessoas a partir do acesso a educação e informação, ressaltando outros determinantes da saúde tais como os fatores transnacionais: integração da economia global; os mercados financeiros e o comércio; o acesso aos meios de comunicação de massa e a tecnologia em comunicação e a degradação ambiental, em razão do uso irresponsável dos recursos¹⁶.

A V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorreu no México, em 2000, e foi responsável pela consolidação da promoção da saúde como componente estratégico e fundamental nas políticas e programas públicos, colocando-a como prioridade de políticas e programas em todas as instâncias: local, regional, nacional e internacional¹⁸.

A Declaração do México, criada nessa conferência, reconheceu a saúde como recurso importante para o usufruto da vida e para o desenvolvimento social e econômico. Nesse documento, nota-se também o compromisso dos governos em estabelecer a promoção da saúde como política pública e criar estratégias voltadas para os determinantes da saúde e que reduzissem as iniquidades nos países¹⁶.

Em Bangkok, no ano de 2005, ocorreu a VI Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde cujo tema foi A Promoção da Saúde num Mundo Globalizado. A Carta de Bangkok, elaborada nesse evento, procurou identificar as ações, os compromissos e as promessas necessárias para discutir os determinantes da saúde num mundo globalizado, a partir da promoção da saúde.

Essa Carta se dirigiu a todas as organizações responsáveis pela manutenção dos objetivos de saúde e defendeu como requisito do desenvolvimento global as políticas e alianças capazes de capacitar as comunidades para a melhoria social, além de reafirmar os valores e as estratégias presentes na Carta de Ottawa.

Percebe-se uma nítida evolução das estratégias elaboradas para se alcançar a promoção da saúde, analisando as Conferências Internacionais para debate desse tema. É possível afirmar que essas novas estratégias são decorrentes do amadurecimento de diversos atores — sociedade, Estado e organizações internacionais —, que reconhecem a saúde como um bem que deve ser garantido aos cidadãos, porém sofre interferência de vários fatores. A evolução dos debates sobre esse tema deve ser constante, pois as mudanças das demandas de saúde acompanham os avanços tecnológicos e as mudanças ocorridas no interior da sociedade e nas relações entre os países.

III.3 Os determinantes sociais da saúde, a atenção às mulheres e o advento das doenças crônicas não transmissíveis

A promoção da saúde é incentivada por atores globais, com destaque para a OMS: organismo internacional, do sistema das Nações Unidas, criado em 1948, responsável pela discussão de questões de saúde de forma a garantir que as pessoas alcancem o nível mais elevado de saúde possível, através de atividades próprias e de cooperação entre os Estados¹⁹. Os temas prioritários em saúde gerenciados pela OMS e outros agentes sociais globais formam a agenda de saúde global.

O tema dos determinantes sociais da saúde ganhou importância significativa na agenda global, levando a uma visão mais madura para o enfrentamento das iniquidades de saúde que comprometem a qualidade de vida de diversas populações. Existem diversas definições para esse tema e se observa que a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) afirma que esses determinantes são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais capazes de influenciar a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A Comissão dos Determinantes de Saúde, pertencente à OMS, define esses determinantes como condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Krieger⁵ introduz um elemento de intervenção, apontando-os como fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que podem ser alterados a partir de ações baseadas em informação. Tarlov⁶ traz uma concepção sintética, compreendendo os determinantes como características sociais dentro das quais a vida transcorre²⁰.

Nota-se que a Comissão dos Determinantes de Saúde, aprovada na Assembleia da OMS, em 2004, e instituída em 2005, retomou e impulsionou a produção de conhecimento sobre o tema, contribuindo para a multiplicação de pesquisas e a mobilização de profissionais, gestores e autoridades do campo sanitário. Possui como objetivo principal a redução das desigualdades na saúde no período de uma geração, refletindo a ideologia de que a ação, em nível social, político e econômico, pode levar a uma enorme redução das diferenças nas condições de saúde dentro e entre países²¹.

O relatório dessa Comissão mostrou evidências dos determinantes sociais de saúde na melhoria e garantia de saúde das populações, as disparidades entre os países e no interior deles, indicando a gravidade do problema sanitário em nível global e

⁵ KRIEGER N. A Glossary for social epidemiology. J. Epidemiology Community Health, n. 55, p. 693-700, 2001 *apud*²⁰.

⁶ TARLOV, A. Social Determinants of Health: the sociobiological translation. In: BLANE, D.; BRUNNER, E.; WILKINSON, R. (Eds.). Health and Social Organization. London: Routledge. p. 71-93, 1996 *apud*²⁰.

alertando para a responsabilidade do sistema econômico diante do ocorrido. Seu conteúdo provocou a convocação de uma Conferência Mundial referente ao tema, objetivando sensibilizar a opinião pública internacional, os dirigentes de sistemas de saúde em todos os níveis, assim como autoridades governamentais dos países vinculados à ONU acerca das condições de iniquidades em saúde e da gravidade dos índices de morbimortalidade em determinadas áreas do planeta²².

A Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde ocorreu no Rio de Janeiro, de 19 a 21 de outubro de 2011, e promoveu a criação de um documento conhecido como a Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. A determinação dos Chefes de Governo, Ministros e representantes dos governos em promover a equidade social e em saúde através de ações sobre os determinantes sociais da saúde e do bem-estar a partir da intersectorialidade foi importante para a elaboração desse documento, que, por sua vez, evidencia cinco áreas cruciais para o enfrentamento das iniquidades em saúde: adotar uma melhor governança no campo da saúde e do desenvolvimento; promover a participação na formulação e implementação de políticas; continuar reorientando o setor da saúde para a redução das iniquidades em saúde; fortalecer a governança e a colaboração global e monitorar os avanços e ampliar a prestação de contas²³.

É importante observar que, no Brasil, os conhecimentos e as intervenções sobre os determinantes sociais da saúde receberam impulso com a criação da CNDSS, em 2006, através de Decreto Presidencial, com mandato de dois anos, representando uma resposta ao movimento global em torno desses determinantes, desencadeado pela OMS, com a fundação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde²⁰.

Os pontos mais vulneráveis ao impacto de políticas públicas que buscam combater as iniquidades de saúde podem ser identificados com o monitoramento dessas iniquidades e o estudo sistemático e aprofundado de seus determinantes. É preciso aumentar os conhecimentos sobre determinantes sociais em saúde, suas hierarquias e mediações e facilitar a inserção desses conhecimentos na definição e implantação de políticas. Esses desafios são enfrentados pela CNDSS, objetivando a construção de uma sociedade mais justa, igualitária e humana²⁴.

A análise dos determinantes sociais da saúde incentiva o combate às iniquidades, que podem ser reduzidas através de movimentos sociais. Ressalta-se o processo de luta das mulheres na busca de direitos, que ganhou força com o feminismo: movimento libertário, iniciado nas últimas décadas do século XIX, que busca espaço para a mulher (no trabalho, na vida pública e na educação) e uma nova forma de

relacionamento entre o homem e a mulher na qual esta possua liberdade e autonomia para decidir sobre sua vida. Esse movimento tornou evidente uma outra forma de dominação na sociedade, além da dominação de classe: a dominação do homem sobre a mulher, que se manifesta como uma ausência da mulher na arena política. O movimento feminista surgiu com o objetivo de empoderar as mulheres e sua luta a favor desse grupo permitiu o surgimento de uma atenção mundial direcionada às mulheres, que pode ser observada nos temas da agenda global de saúde²⁵.

Percebe-se que a maior parte dos temas da agenda global de saúde se insere no âmbito da saúde da mulher e da criança, correspondendo a uma preocupação antiga da OMS, em razão da elevada mortalidade materna e infantil presente em muitos países. Outras preocupações também constam na agenda como a saúde reprodutiva, a mutilação genital feminina e as questões de gênero¹⁹.

Entende-se gênero como um conceito cultural relacionado à forma como a sociedade constrói as diferenças sexuais, atribuindo status diferente a homens e mulheres. Refere-se à construção social de sexo: o termo sexo designa apenas a caracterização anátomo-fisiológica das pessoas, enquanto gênero se refere à dimensão social da sexualidade humana²⁶.

A violência de gênero, por sua vez, compreende qualquer ato que resulta ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, o que envolve ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade em público ou na vida privada, bem como castigos, maus tratos, pornografia, agressão sexual e incesto²⁶.

Reconhece-se a mutilação genital feminina como uma modalidade de violência de gênero, comum em diversos países, o que exige a movimentação de organismos internacionais para seu enfrentamento. Pode ser definida como os procedimentos que envolvem a remoção parcial ou total dos órgãos genitais externos ou quaisquer danos infligidos aos órgãos genitais femininos por motivos não médicos²⁷.

A OMS determina que as ações que buscam combater essa agressão ao gênero feminino para que sejam eficazes devem apresentar as seguintes características: multisetorialidade, que exige a mobilização de diversas fontes e setores como a educação, as finanças, a justiça, os assuntos da mulher e a saúde e o envolvimento de vários atores, pertencentes a grupos comunitários, organizações não governamentais e grupos de profissionais de saúde e de direitos humanos; sustentação e continuação para que a ação seja permanente e o impacto duradouro e condução pela comunidade, o que

promove a realização de programas com grande participação em que a comunidade define seus próprios problemas e soluções²⁷.

Além disso, os programas que envolvem educação com estímulo a autonomia, discussão e debate, compromissos públicos e divulgação organizada mostraram ser capazes de contribuir para o abandono da mutilação genital feminina na comunidade. Tais atividades são eficientes, pois impedem que as comunidades se sintam coagidas ou julgadas, o que as incita e encoraja a identificar problemas e desenvolver soluções²⁷.

Houve avanços significativos realizados na saúde das mulheres que mostraram que a liderança é um meio de garantir que as mulheres alcancem seu potencial. A liderança deve se unir à integração de gênero, que precisa lidar com a discriminação de gênero, preconceitos e iniquidades presentes nas estruturas organizacionais de governos e organizações, inclusive os sistemas de saúde, para modificar a forma de integração dessas estruturas (“integração institucional”), e discutir as questões de gênero em cada aspecto do desenvolvimento e programação de políticas, a partir de análises sistemáticas de gênero e implementação de ações que tratam do equilíbrio de poder e da distribuição de recursos entre homens e mulheres (integração operacional)²⁸.

Nota-se que a saúde das mulheres é uma das preocupações dos sistemas de saúde, que refletem as sociedades que os criam e para garantir a atenção em saúde eles devem estimar valores — respeito, confiança, privacidade e confidencialidade —, prejudicados por privilégios existentes, entre determinados grupos etários e sociais. É preciso também um compromisso junto a uma ação firme para aumentar a participação das mulheres em todos os níveis de saúde do governo e nas posições de tomada de decisões, o que inclui o processo de criação dos serviços de saúde²⁸.

As políticas e práticas de saúde pública são importantes instrumentos para melhorar as condições de saúde de uma população e precisam considerar o contexto social de saúde de mulheres e de homens, trabalhando para a remoção das desigualdades baseadas em gênero referentes ao acesso aos serviços de saúde e ao alcance de resultados de saúde positivos. O setor saúde tem um papel fundamental, pois ele deve sinalizar a forma como as políticas de outros setores podem afetar a saúde das mulheres e incentivar a colaboração intersetorial para melhorar esses resultados e reduzir os efeitos adversos²⁸.

As doenças crônicas não transmissíveis — doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias e diabetes — ganharam atenção especial no cenário global, pois são doenças multifatoriais e representam um grave problema de saúde pública. Houve uma intensificação do debate acerca dessas doenças com a realização da Reunião de

Alto Nível da ONU sobre Doenças Não Transmissíveis, em 2011. Esse evento ocorreu com o reconhecimento de que: as condições e os estilos de vida influenciam a saúde; a pobreza, a desigual distribuição de renda, a falta de educação, a rápida urbanização, o envelhecimento populacional e os determinantes da saúde — socioeconômicos, de gênero, políticos, comportamentais e ambientais — são fatores que contribuem para o aumento da incidência e da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis e essas doenças afetam pessoas de todas as idades, gênero, raça, renda e também populações pobres e aquelas que vivem em situação de vulnerabilidade, em especial nos países em desenvolvimento, que carregam um ônus histórico injusto²⁹. Identificam-se cinco pontos principais que reúnem as decisões tomadas nesse evento: redução dos fatores de risco e criação dos ambientes de promoção da saúde; fortalecimento das políticas nacionais e dos sistemas de saúde; cooperação internacional e parcerias de colaboração; pesquisa e desenvolvimento e acompanhamento e avaliação²⁹.

O primeiro item de decisões da Reunião promovida pela ONU busca a implementação de ações multissetoriais e custo-efetivas para toda a população para diminuir o impacto dos fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis como uso do tabaco, dieta inadequada, falta de atividade física e uso nocivo do álcool, através de acordos e estratégias internacionais e medidas educativas, legislativas, regulamentares e fiscais. As seguintes ações foram acertadas para alcançar esse objetivo: estimular a criação de políticas públicas que gerem ambientes de promoção da saúde equitativos; desenvolver e implementar políticas públicas e planos de ação que promovam educação em saúde e literacia de saúde e acelerar a implementação pelos Estados-Partes da Convenção-Quadro sobre o Controle do Tabaco²⁹.

Em relação ao segundo grupo de decisões, nota-se a intenção de fortalecer e integrar programas e políticas de doenças crônicas não transmissíveis nos processos de planejamento de saúde e na agenda de desenvolvimento nacional de cada Estado-Parte; prosseguir com o reforço generalizado dos sistemas de saúde que apoiam cuidados de saúde primários, respostas coordenadas e sustentáveis e serviços essenciais para o combate aos fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis e para a prevenção, tratamento e cuidado dessas doenças e adotar esforços em todos os setores junto com a participação ativa das pessoas com essas doenças, da sociedade civil e do setor privado para a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis²⁹.

Observam-se ainda propostas para contemplar o objetivo de criação de cooperação internacional e de parcerias de colaboração: fortalecimento da cooperação internacional com o apoio de planos nacionais, regionais e globais para a prevenção e

controle de doenças crônicas não transmissíveis, através do intercâmbio de melhores práticas nas áreas de promoção da saúde, legislação, regulamentação e fortalecimento dos sistemas de saúde, treinamento de pessoal capacitado em saúde e desenvolvimento de cuidados em saúde adequados; salientar a importância da cooperação Norte-Sul, Sul-Sul e triangular para a promoção em nível nacional, regional e internacional de um ambiente propício para facilitar estilos de vida e escolhas saudáveis, tendo em conta que a cooperação Sul-Sul não é um substituto, e sim um complemento para a cooperação Norte-Sul e impelir organizações internacionais importantes a continuar o fornecimento de assistência técnica e capacitação para os países em desenvolvimento, especialmente para os menos desenvolvidos, nas áreas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e controle e promoção do acesso a medicamentos para todos²⁹.

As decisões relacionadas à pesquisa e ao desenvolvimento procuram fortalecer a capacidade nacional de pesquisa e desenvolvimento de qualidade para todos os aspectos relacionados com a prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis de uma maneira sustentável e custo-efetiva e promover o uso de tecnologias de informação e comunicação para melhorar os resultados de saúde, a promoção da saúde e os sistemas de vigilância e de notificação²⁹.

O último item de medidas dessa Reunião traz a necessidade de fortalecimento dos sistemas de vigilância e monitoramento em nível nacional, incluindo inquéritos que estão integrados com sistemas nacionais de informação em saúde, e de inserção do monitoramento da exposição aos fatores de risco, dos resultados e dos determinantes de saúde socioeconômicos junto com as respostas dos sistemas de saúde, reconhecendo o papel de tais sistemas no enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis²⁹.

Percebe-se a valorização dos determinantes sociais da saúde e o reconhecimento de que as condições sociais estão relacionadas ao estado de saúde das populações. Observam-se também as medidas adotadas, em nível mundial, destinadas à proteção das mulheres e ao combate das doenças crônicas, que permitem o estímulo ao fortalecimento de instituições, à criação de programas e de estratégias e à participação popular, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das populações.

IV. AS POLÍTICAS DE COOPERAÇÃO EM SAÚDE NA AMÉRICA DO SUL: O ENFRENTAMENTO DAS INIQUIDADES SOCIAIS

IV.1 As relações entre os países da América do Sul e as alternativas a partir da integração Sul-Sul

Nota-se que as condições de vida das populações sofrem influência de modelos econômicos, com destaque para o neoliberalismo, responsável pelos elevados custos sociais e econômicos e também pela situação de fragilidade da América Latina. Nas décadas de 1980 e 1990, segundo Behring⁷, notam-se, na América Latina, os seguintes acontecimentos: aumento da distância em relação aos países desenvolvidos; aumento da dívida externa; atraso tecnológico; redução de investimentos e transferência de recursos para o exterior³⁰.

É importante observar que a integração regional surge como tendência mundial de formação de blocos econômicos, que buscam facilitar o comércio intrazona e extrazona, diante da abertura globalizada de mercados. Os países procuram a superação de conflitos, o aumento da segurança e o aproveitamento de vantagens geográficas e de infraestrutura regionais para obter ganhos de escala, melhorar a eficiência e alcançar benefícios coletivos³⁰.

Nesse novo cenário no qual as nações estão inseridas, percebe-se que a cooperação internacional para o desenvolvimento, nos anos 1990/2000, foi marcada significativamente pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: conjunto de metas acompanhadas de indicadores de monitoramento e avaliação, que passaram a ser prioridade de governos, organizações internacionais e não governamentais e entidades filantrópicas³¹. Esses objetivos foram elaborados a partir da Declaração do Milênio e são avanços nas áreas mais críticas do desenvolvimento humano que devem ser alcançados até 2015: redução da pobreza; ensino básico universal; igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; redução da mortalidade na infância; melhoria da saúde materna; combate a HIV/AIDS, malária e outras doenças; garantia da sustentabilidade ambiental e estabelecimento de uma parceria mundial para o desenvolvimento³².

Pode-se definir a cooperação Sul-Sul como um processo de interação econômica, comercial e social entre países em desenvolvimento, geralmente no hemisfério sul. Na década de 1990, percebe-se o advento de países emergentes como

⁷ BEHRING, Elaine. O Serviço Social e o MERCOSUL. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo: Cortez, N. 79, Ano XXIV, p.173-196, setembro de 2004 *apud*³⁰.

atores políticos importantes no cenário internacional, responsáveis pelo desenvolvimento de fundos de investimento; programas de integração econômica; projetos de infraestrutura e de desenvolvimento e políticas de internacionalização de suas empresas³³.

Segundo Schaposnik⁸, a integração é caracterizada por cinco componentes: corresponde a um ato consensual; utiliza critérios que respeitam a soberania das nações e que diferem dos tradicionais; o acordo vai além do tratado comercial; pode originar uma federação de países, respeitando as individualidades e características nacionais e representa um acordo entre países fronteiriços³⁰.

As práticas de cooperação sofreram influência do conceito de “diplomacia da saúde”, que emergiu para discutir fatores da saúde que transcendem as fronteiras nacionais e expõe os países a influências globais. Ocorreu uma melhor coordenação entre os setores de saúde e as relações exteriores de governos, levando à incorporação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio nas plataformas de saúde e desenvolvimento dos países³³.

Reconheceu-se que a proliferação de atores, de recursos e de apoio político a favor da saúde global não resultou em melhores resultados para a saúde de todas as populações e que mesmo os países com sucesso econômico enfrentam dificuldades relacionadas à saúde. Há um debate global em relação à efetividade das ajudas internacionais em saúde, principalmente as Norte-Sul, tradicionalmente organizadas na forma de programas verticais, direcionados a doenças específicas e com pouco impacto nos sistemas de saúde e nos resultados para as populações. A mudança proporcionada por esse debate, conforme a Organização Mundial da Saúde⁹, envolve a priorização da horizontalidade na cooperação internacional em saúde, que interrelaciona cooperação Sul-Sul e construção de parcerias, na busca de intercâmbio de experiências, aprendizado conjunto e compartilhamento de resultados e responsabilidades³⁴.

Torna-se evidente que o Brasil se estabeleceu como líder no processo de cooperação internacional na América do Sul, porém se observa um retardo histórico no reconhecimento da saúde como tema da política externa brasileira. Alcázar¹⁰ propõe três fatores para explicar esse fato: especialização da saúde como área de conhecimento, que

⁸ SCHAPOSNIK, Eduardo Carlos. As teorias da integração e o MERCOSUL: estratégias. Florianópolis: UFSC, 1997, p. 175-212 *apud*³⁰.

⁹ WHO - World Health Organisation Maximizing Positive Synergies Collaborative Group, 2009. An Assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. *The Lancet*, v. 373, n. 20, p. 2137-69, 2009 *apud*³⁴.

¹⁰ Alcázar SLBF. A inserção da saúde na política exterior brasileira. Trabalho apresentado no 48º Curso de Altos Estudos do Instituto Rio Branco. Brasília: Ministério das Relações Exteriores, Instituto Rio Branco; 2005 *apud*³⁵.

se apresenta inacessível aos profissionais da diplomacia e é monopolizada por médicos e sanitaristas; subordinação a temas econômicos e comerciais, que são reconhecidamente familiares à diplomacia, e infensos à cultura sanitária e pouca repercussão da saúde pública nos aparelhos do Estado³⁵.

A saúde era vista, junto com outros temas sociais, numa perspectiva principalmente economicista, sendo considerada um obstáculo para o desenvolvimento do comércio, situação que se modificou nos últimos cinco anos³⁵. Reconheceu-se o papel da saúde na agenda das relações internacionais e a interdependência entre política nacional e cooperação internacional. O Brasil, em razão da exitosa parceria entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde, estabeleceu-se como um dos principais atores da cooperação técnica em saúde no mundo em desenvolvimento³⁵.

Na América do Sul, encontram-se diversos blocos regionais dentre os quais se destacam o Mercosul e a União de Nações Sul-Americanas (UNASUL). O Mercosul foi, inicialmente, definido como um bloco econômico, formado pela República Argentina, a República Federativa do Brasil, a República do Paraguai e a República Oriental do Uruguai e, a partir de julho de 2006, pela República Bolivariana de Venezuela, são os chamados Estados-Partes³⁶. O primeiro passo para a sua formação foi a assinatura, em 1985, da Declaração de Iguazu e, depois, em 1986, da Ata para a Integração Brasil-Argentina. Posteriormente, em 1988, foi celebrado entre o Brasil e a Argentina o Tratado de Integração, Cooperação e Desenvolvimento, momento em que foi definida a constituição de um mercado comum, no máximo em 10 anos, através da liberalização completa dos mercados. Em 1990, a assinatura da ata de Buenos Aires antecipa para 31 de dezembro de 1994 o prazo de constituição do mercado comum. Esse fato é finalizado com o Acordo de Complementação Econômica nº 14, que estabelecia um programa de liberalização do comércio para o mesmo período. Em 1991, finalmente, o Tratado de Assunção permite a criação do Mercosul, integrado, no início, por Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai³⁰.

É importante observar que a agenda de negociações do Mercosul é caracterizada por tensões entre os Estados-Partes e pelas conjunturas econômicas locais. Entretanto o compromisso político dos países do bloco, de suas lideranças e sociedades em relação ao Mercosul é a garantia de que a integração regional é irreversível, sendo positiva para o desenvolvimento econômico, para o progresso social dos Estados-Partes e para a estabilidade política. Além da agenda econômico-comercial, há uma expansão da dimensão política do bloco, identificada pelas iniciativas do Brasil e da Argentina na busca de convergências e de aproximações nessa sub-região³⁷.

A estrutura institucional do Mercosul é composta por duas grandes subestruturas. A primeira é formada por órgãos deliberativos, com poder decisório: Conselho do Mercado Comum; Grupo Mercado Comum (GMC), que possui como subordinados 15 subgrupos de trabalho, dentre os quais o de nº 11 “Saúde”; Comissão de Comércio do Mercosul e Reuniões de Ministros. A segunda é composta por órgãos consultivos e/ou administrativos, sem poder decisório: Comissão Parlamentar Conjunta (representação dos Parlamntos dos Estados-Partes); Foro Consultivo Econômico e Social (FOCEM) e Secretaria Administrativa do Mercosul³⁷.

Existem, no bloco, dois foros específicos para a discussão de temas relacionados à saúde: Reunião de Ministros de Saúde do Mercosul (RMS) e Subgrupo de Trabalho 11 Saúde (SGT 11 Saúde). Nota-se que o primeiro foro, criado em 1995, tem a função de propor medidas para o Conselho do Mercado Comum para coordenar políticas na área de saúde no Mercosul, além de fortalecer o processo de integração através de planos, estratégias, programas e diretrizes regionais. As ações de promoção, proteção e atenção à saúde são formuladas e apoiadas por esse foro e ocorrem em cada Estado-Parte a partir de recursos dos sistemas de saúde nacionais e de projetos de cooperação intra ou extra-bloco³⁸.

A RMS é um espaço utilizado por ministros da saúde, objetivando soluções compartilhadas, cooperativas e promotoras de políticas de saúde. Tal instância é organizada em 11 comissões intergovernamentais, criadas entre 2000 e 2006. Percebe-se que novos temas são incluídos progressivamente nessas comissões, o que amplia o debate político e regional da vigilância de produtos e de doenças transmissíveis para assuntos de promoção e proteção social da saúde³⁹.

Os temas das comissões intergovernamentais são gerados a partir de problemas, prioridades ou questões internas de cada Estado-Parte, que são considerados relevantes para o debate regional. Os interesses consensuais conformam prioridades e planos de trabalho de tais comissões, considerando as possibilidades de ganhos para a discussão regional. Identifica-se uma tendência de inserção de temas amplos, responsáveis pela promoção do conhecimento regional (diagnósticos e estudos, intercâmbio de experiências); privilégio de ações formadoras (atividades educativas, de capacitação e de informação); busca de economia de escala (aquisição conjunta); fortalecimento de estratégias (acesso a medicamentos, redes e mecanismos de implementação) e articulação de ações entre organizações não governamentais e organismos internacionais. Os acordos realizados até 2007 refletem o aumento do número de temas, porém nem todos os temas resultam em acordos: política de

medicamentos; controle de tabaco; controle da dengue; HIV-AIDS; saúde sexual e reprodutiva; dados epidemiológicos e doação de órgãos e transplantes³⁹.

O SGT 11 Saúde foi criado em 1996 e se tornou responsável pelos temas da saúde que até então faziam parte do Subgrupo de Trabalho 3 (Regulamentos Técnicos e Avaliação de Conformidade)³⁶. O SGT 11 Saúde deve harmonizar as legislações dos Estados-Partes referentes a bens; serviços; matérias primas; produtos da área da saúde; critérios para a vigilância epidemiológica e o controle sanitário³⁵. Cada área de trabalho desse Subgrupo possui uma comissão, que se organiza em subcomissões e grupos *ad hoc* orientados por programas de trabalho anuais³⁹.

A Comissão de Produtos para a Saúde busca harmonizar regulamentos técnicos e procedimentos envolvidos com produtos sob regime de vigilância sanitária, na cadeia de produção até o consumo, objetivando a melhoria da qualidade, eficácia e segurança dos produtos ofertados à população; a promoção da saúde e o gerenciamentos de riscos à saúde, além da eliminação de obstáculos injustificados ao comércio regional³⁸.

A Comissão de Serviços de Atenção à Saúde harmoniza marcos regulatórios dos serviços de saúde dos Estados-Partes; favorece a cooperação técnica e integração no bloco, contribuindo para que os Estados-Partes ampliem o acesso da população do Mercosul à atenção à saúde e garantam sua qualidade e resolutividade³⁸.

A Comissão de Vigilância em Saúde tem como função o intercâmbio de informações sobre doenças transmissíveis e não transmissíveis e seus fatores de risco; a harmonização de diretrizes, normas e procedimentos relacionados à vigilância epidemiológica e ao controle sanitário de riscos e agravos à saúde, representando uma ajuda para a integração regional, de forma articulada com outros espaços do bloco e organismos internacionais³⁸.

Em 2006, as resoluções provenientes do SGT 11 Saúde totalizavam 107: 85 da Comissão de Produtos; 16 da Comissão de Vigilância e 6 da Comissão de Serviços. O predomínio de resoluções referentes a produtos pode estar relacionado a processos anteriores e consensos internacionais que contribuíram para a harmonização regional. Observa-se que a Comissão de Produtos apresenta um trabalho de harmonização avançado, uma diversidade de temas e unidades de trabalho relacionados à livre circulação de produtos, condição para a existência de um mercado comum. A Comissão de Vigilância trata de assuntos relacionados à livre circulação de mercadorias e de serviços, enquanto que a Comissão de Serviços, com uma pauta sucinta, mostra o maior número de resoluções referentes a questões de livre circulação de pessoas (cidadãos e

profissionais de saúde)³⁹. O SGT 11 Saúde fortalece a dimensão social de integração, não se restringindo a aspectos exclusivamente comerciais e econômicos³⁷.

A UNASUL, por sua vez, é uma iniciativa de integração regional que associa os países da América do Sul, buscando o fortalecimento da autonomia nacional e da soberania desses países. Os Estados participantes desse bloco regional possuem orientações político-ideológicas diferentes, revelando a necessidade de conciliar concepções diferenciadas referentes ao modelo de integração que deve ser construído, não sendo os objetivos principais a integração econômica e a formação de um mercado comum. Corresponde a um mecanismo de concertação política que busca superar diferenças e manter um espaço de interlocução⁴⁰.

A UNASUL, em 2008, estabelece-se como principal iniciativa de regionalização, ao incorporar os doze países da América do Sul: Argentina; Brasil; Uruguai; Paraguai; Bolívia; Colômbia; Equador; Peru; Chile; Guiana; Suriname e Venezuela. O bloco não surgiu como alternativa aos regimes comerciais, mas uma forma de ir além da integração comercial, possibilitando outras formas de cooperação regional e a superação das restrições oriundas da existência dos regimes comerciais da região. A UNASUL busca criar iniciativas de cooperação regional em diversos campos: militar; energético; logístico e de infraestrutura; produtivo; na área da saúde pública e na coordenação de temas de segurança tais como drogas e narcotráfico. Esse bloco possui como objetivos o desenvolvimento econômico; a redução das assimetrias; a erradicação da pobreza e o reforço da região como zona de paz e livre de armas nucleares⁴¹.

Pode-se afirmar que a UNASUL representa um contrabalanço ao poder político dos Estados Unidos no hemisfério sul. Esse bloco político regional é precedido por diversos eventos que contribuíram para o seu surgimento: em 1960, formação da Associação Latino-americana de Livre Comércio (ALALC); em 1980, transformação da ALALC em Associação Latino-americana de Integração (ALADI); em 1969, a criação do Pacto Andino que originou, em 1996, a Comunidade Andina de Nações (CAN); em 1978, o Tratado da Cooperação Amazônica; na década de 1980, o Grupo do Rio; em 1991, a constituição do Mercosul por meio do Tratado de Assunção e sua posterior ampliação com a incorporação de Chile, Bolívia e Venezuela; formação da Comunidade Sul-Americana de Nações (CASA), que reuniu, em 2004, Mercosul e CAN, através da Declaração de Cuzco, transformando-se, em 2007, em União de Nações Sul-Americanas e a assinatura do Tratado Constitutivo da UNASUL, em 2008³³.

Reconhece-se a prioridade da agenda de saúde entre os líderes políticos da América do Sul com a criação do Conselho Sul-Americano de Saúde, que possui na sua estrutura um Comitê de Coordenação, uma Secretaria Técnica e Grupos Técnicos. Identificam-se como atividades da Agenda Sul-Americana de Saúde, aprovada pelo Conselho e desenvolvida pelos Grupos Técnicos, a elaboração da Política Sul-americana de Vigilância e Controle de Eventos em Saúde; o desenvolvimento de sistemas universais de saúde; a promoção do acesso universal a medicamentos e outros insumos para a saúde e o desenvolvimento do complexo produtivo da saúde na América do Sul; a promoção da saúde e o enfrentamento de forma conjunta dos seus determinantes sociais e o desenvolvimento de recursos humanos em saúde³³.

A construção de sistemas universais e equitativos em saúde é o segundo item da Agenda Sul-Americana de Saúde. Tais sistemas são aqueles que oferecem à população o acesso a todos os serviços de saúde pública e de atenção individual, fortalecendo as ações assistenciais e de saúde pública de qualidade, que são implementadas de acordo com as necessidades sócio-sanitárias³³.

Ressalta-se a formação do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS), que representa uma instituição de natureza comunitária, pertencente aos países signatários da UNASUL e de caráter público. O ISAGS articula seu programa de trabalho com instituições nacionais e centros de formação e pesquisa, integrando-se com redes das instituições estruturantes dos sistemas de saúde. Esse Instituto ajuda no preparo dos dirigentes dos sistemas de saúde dos Estados participantes, uma vez que é evidente que as iniciativas na Agenda de Saúde dependem da qualidade de condução e liderança; coordenação e gestão; formulação de políticas de saúde e intersetoriais; capacitação avançada; produção de conhecimento e outros aspectos relacionados às funções essenciais da saúde pública. O ISAGS age junto com atores sociais e políticos relevantes nas esferas sociais e da saúde da região, gerindo o conhecimento existente e aquele que ainda precisa ser produzido para atingir seus objetivos³³.

Nota-se que a integração regional presente na América do Sul modificou as relações desenvolvidas entre os países do hemisfério sul. O Mercosul, por exemplo, afastou a rivalidade e desconfiança presente nessas relações, contribuindo para a estabilidade política e para a aproximação sociocultural. Houve uma aproximação significativa da política do Brasil e da Argentina, o que demonstra a preocupação do bloco de aproximar a política dos Estados-Partes⁴².

A constituição do Mercosul também influenciou o projeto nacional de países como o Brasil. A constituição brasileira de 1988, no artigo 4º do parágrafo único, afirma

que o Brasil buscará a integração econômica, política, social e cultural dos povos da América Latina para que seja formada uma comunidade latino-americana de nações, o que torna evidente o desejo de união e cooperação entre os países latino-americanos. A não formação do Mercosul representa um desrespeito à constituição na qual o Brasil abdicaria de seu próprio projeto para se apoiar no projeto de outros países que não têm interesse pelas necessidades do povo brasileiro⁴².

A integração entre os países da América do Sul, portanto, ocorre através de diversos blocos que demonstram uma iniciativa desses povos para a resolução de conflitos presentes na região, responsáveis pela desunião dessas nações. A integração regional desponta como um mecanismo que ajuda na construção de uma identidade entre esses países da região, representando uma nova força no combate à hegemonia de países com maior desenvolvimento socioeconômico e com influência nas demais nações da América como o Canadá e os Estados Unidos.

IV.2 O Mercosul social e o lento avanço das questões humanitárias: a difusão da imagem antiMercosul

O Mercosul, inicialmente, foi pensado para apresentar um caráter mais político e estrutural, objetivando consolidar processos de redemocratização existentes na região e readequar o crescimento econômico dos países da América do Sul e, com a sua criação, passou a ser utilizado para práticas comerciais, sofrendo influência das políticas neoliberais. O surgimento da questão social é demonstrado pelas novas agendas em discussão no bloco, conferindo importância à política intergovernamental e possibilitando a relação com os setores sociais e a ação conjunta desses no cenário regional⁴³.

Ressalta-se que, em 1998, a assinatura da Declaração Sociolaboral pelos presidentes dos Estados-Partes colocou a participação social em discussão no bloco. Esse documento incorpora princípios que devem ser seguidos pelos Estados-Partes para alcançar um padrão de proteção social ao trabalhador pertencente ao bloco⁴⁴.

A inclusão de temas novos na agenda do Mercosul é marcada, em 1998, pela Reunião do Conselho do Mercado Comum na qual ocorreu a assinatura do “Protocolo de Ushuaia sobre Compromisso Democrático”, através do qual se reconheceu que a existência das instituições democráticas é indispensável para o desenvolvimento de processos de integração e que a mudança da ordem democrática representa um empecilho para a integração regional⁴⁵.

De acordo com Brasil¹¹, destaca-se a criação do protocolo constitutivo do Parlamento do Mercosul (Parlasul), em 2005, que determina as funções do órgão: fortalecer a cooperação entre os parlamentos dos Estados-Partes; acelerar a incorporação das normas do Mercosul ao ordenamento jurídico interno dos Estados-Partes; apresentar projetos de normas ao Conselho Mercado Comum e defender a democracia no bloco. Conforme Malamud & Souza¹², não há função legislativa no Parlasul, sendo que este atua sob o crivo do posicionamento dos chefes de governo⁴⁵.

Outro importante mecanismo para debate dos temas sociais na região é a I Cúpula Social do Mercosul, realizada em 2006, em Brasília. Seus antecedentes remontam ao lançamento do Programa Somos Mercosul, em 2005, que representa o atual estágio do bloco: preocupado com cadeias produtivas; superação de assimetrias regionais e implementação de políticas sociais, com participação da sociedade civil. No I Encontro por um Mercosul Produtivo e Social, ocorrido na Argentina, organizações sociais se reuniram para formular as bases da Agenda do Mercosul Produtivo e Social. Esse precedente foi importante para a I Cúpula Social do Mercosul, que representou a parceria entre as organizações sociais; o FOCEM; a antiga Comissão Parlamentar Conjunta (atual Parlasul) e a Comissão de Representantes Permanentes do Mercosul. Identificaram-se itens pendentes da agenda social, nessa Cúpula, o que levou à elaboração de propostas para a integração. As principais demandas da sociedade civil foram a participação social, o acesso às informações e a divulgação dos documentos oficiais⁴⁶.

O FOCEM, criado em 1994, é um espaço de representação dos setores econômicos e sociais e possui função consultiva, manifestando-se mediante recomendação ao GMC ou, por iniciativa própria, em decisões por consenso. O FOCEM busca acompanhar e avaliar o impacto econômico e social decorrente das políticas de integração, bem como sugerir normas e políticas econômicas e sociais em termos de integração, contribuindo para uma participação mais significativa da sociedade civil⁴⁶.

A Reunião de Ministros e Autoridades do Desenvolvimento Social do Mercosul e Estados Associados, realizada desde 2001, também chamada de Mercosul Social, busca consolidar o desenvolvimento social e privilegiar ações de combate à pobreza na região. As principais instâncias do Mercosul Social são o Sistema Estatístico

¹¹ BRASIL. Secretaria Geral da Presidência. Mercosul Social e Participativo: Construindo o Mercosul dos povos com democracia e cidadania. – Brasília: Ibraes, 2007 *apud*⁴⁵.

¹² MALAMUD, A.; SOUZA, L. Parlamentos supranacionais na Europa e na América Latina: entre o fortalecimento e a irrelevância. Contexto Internacional, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 369-409, 2005 *apud*⁴⁵.

de Indicadores Sociais e o Instituto Social do Mercosul. O primeiro busca harmonizar os indicadores utilizados nos países do bloco para análise e monitoramento de políticas sociais no Mercosul, contribuindo para a melhoria do acompanhamento da situação social e o auxílio do estabelecimento de situações sociais conjuntas. Aprovou-se a criação do Instituto Social do Mercosul, em 2007, buscando-se a consolidação da dimensão social no bloco. Tal espaço também contribui nos aspectos técnicos para criar políticas sociais e regionais, proporcionar mecanismos horizontais de cooperação e detectar fontes de financiamento⁴⁶.

Observa-se que a preocupação com a proteção dos direitos fundamentais possibilitou o estabelecimento de novos padrões e ideias. O fim da Segunda Guerra Mundial, a criação da ONU e a assinatura da Declaração Universal dos Direitos Humanos permitiram a inserção do indivíduo, ao mesmo tempo em que se percebe a incorporação à agenda internacional da necessidade de observância às normas internas e internacionais. Esses fatos levaram ao fortalecimento dos direitos fundamentais em normas jurídicas internacionais, num processo contínuo de humanização⁴⁵.

O Mercosul não surgiu com uma agenda social já dotada de autonomia, apesar de a dimensão social da integração estar presente em suas preocupações iniciais. Os temas sociais estiveram reduzidos aos direitos laborais e também a aspectos previdenciários e de saúde, entendidos como componentes da agenda multilateral de comércio. Destaca-se o avanço da agenda social do Mercosul através da incorporação de temas da agenda internacional: o compromisso, ou a referência da integração aos valores do Estado de Direito e da democracia, e também a perspectiva dos direitos humanos, no quadro amplo de um modelo de desenvolvimento econômico regional, baseado na justiça e na equidade⁴⁷.

Observa-se que, ao longo dos anos 90, houve uma expansão da questão social, que ganhou centralidade na agenda do bloco sob distintas perspectivas, através de um processo de incontestável aprofundamento do tema, ao qual não faltaram expressões intelectuais e institucionais. Identificam-se dois eixos principais para esse movimento: por um lado, existiu um processo de densificação institucional na esfera social do Mercosul, através da criação de instituições especificamente dedicadas à dimensão social, enquanto que, por outro lado, o amadurecimento e a ampliação conceitual marcaram o percurso intelectual e estratégico com que os temas sociais da integração vêm sendo tratados⁴⁷.

O Mercosul utiliza duas estratégias de ambição distintas. No plano das instituições da política social da integração, atua com uma estratégia minimalista, de

baixa efetividade, enquanto que, no plano dos conceitos e objetivos da integração, faz uso da estratégia maximalista, objetivando um nível supranacional de unificação das políticas de proteção social. No plano estratégico, o bloco se utiliza da estratégia maximalista da dimensão social para tratar dos objetivos da integração, enquanto que faz uso também da estratégia minimalista de políticas sociais, pois desiste de levar para o campo da integração social o debate de modelos de desenvolvimento econômico e social que fortalecessem um processo efetivo de constituição de uma cidadania nova e coesa⁴⁷.

De acordo com Holanda¹³, a estratégia de convergência de integração envolve instituições supranacionais fortes e construtivas, que sejam capazes de enfrentar as seguintes questões: para quais níveis de proteção devem convergir as regras, e a quais estratégias de desenvolvimento econômico corresponderiam?; com que graus de centralismo e de “supranacionalidade” devem ser dotadas as novas instituições, e a quais estratégias de articulação institucional corresponderiam?; em quais atores estratégicos deveriam se apoiar para reforçar sua representatividade e legitimidade internacionais e nacionais⁴⁷?

A primeira pergunta está relacionada à intenção de criar uma cidadania social: proteção social básica a todos os cidadãos da região. A disputa entre os estados nacionais promove a convergência das regras e benefícios para um nível mínimo, o que corresponde ao “ajustamento para baixo”, enquanto que a alternativa de “ajustamento para cima”, de acordo com o nível de proteção social dos países mais desenvolvidos, enfrenta importantes dificuldades, principalmente quando os países estão submetidos a fortes pressões fiscais. Segundo Théret¹⁴, a estratégia de “convergência por baixo” permite que as diferenças dos custos de mão-de-obra favoreçam os países menos desenvolvidos, de forma que, enriquecendo a uma velocidade mais rápida que outros, reduzam o *gap* de seus sistemas de proteção social comparando com os países mais desenvolvidos. A estratégia de “convergência pelo alto” objetiva reduzir diferenças a partir de mecanismos redistributivos tais como fundos estruturantes de desenvolvimento, que resultam numa maior homogeneidade social⁴⁷.

O segundo problema se refere à compatibilização da integração e das diversidades nacionais em termos de sistemas de proteção social, capazes de comandar estratégias convergentes de longo prazo. Na União Europeia, o Estado intervém através de normas globais (diretivas) às quais se ajustam os Estados-membros, que também

¹³ Holanda EGM. A saúde no MERCOSUL. 3a Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 *apud*⁴⁷.

¹⁴ Théret, B. protection sociale et federalisme. L'Europe dans le miroir de l'Amérique du Nord. Montreal: Les Presses de l'Université de Montreal; 2002 *apud*⁴⁷.

estão submetidos à ação supervisora e reguladora de agências comunitárias. As instituições supranacionais criadas pelo Mercosul não mostram a mesma capacidade das instituições do bloco europeu para realização de tais operações⁴⁷.

A terceira questão envolve atores estratégicos que atuam nos processos de construção institucional e espaços de representação. O capital social — constituído por redes de compromisso, valores, bases de confiança e legitimidade e boas e competentes regras de ação — origina dimensões que refletem a mobilização social que possibilita a mudança institucional e a construção de novas institucionalidades. Podestá¹⁵ aponta que diversos atores sociais participam da integração social no Mercosul — empresários e trabalhadores sindicalizados; segmentos de trabalhadores conectados com o setor informal; colégios profissionais; organizações de mulheres; associações de defesa do meio ambiente e organizações não governamentais — e são evidentes as dificuldades de representação desses variados interesses, tanto no plano interno dos países como em espaços como o Fórum⁴⁷.

É importante analisar a relação da mídia com o Mercosul, que é caracterizada por atritos e frequentes críticas direcionadas ao bloco. A mídia possui como papel principal a difusão e afirmação de ideias e, além disso, ela e o Estado têm como principal função a formação de um sentimento regional, que contribua para a integração. Porém não se percebe esse compromisso do governo e da mídia, repercutindo negativamente na integração entre os países da América do Sul⁴⁸.

Nota-se, de acordo com Genro Filho¹⁶, que o jornalismo nasceu junto com o capitalismo e aquele se apresenta associado aos aspectos publicitário-comercial e ideológico-manipulatório. Ressalta-se que, segundo Thompson¹⁷, o desenvolvimento do capitalismo industrial e a organização do Estado moderno, com a conseqüente emergência de movimentos políticos de massa representam as tendências constitutivas da midiaticização da cultura moderna. Ramonet¹⁸ afirma que a imprensa se dedica a obtenção de lucros e manutenção do condicionamento de mentalidades, em detrimento de sua missão basilar: esclarecimento e enriquecimento do debate democrático⁴⁸.

O tratamento que o Mercosul recebe da mídia brasileira vai além de resultados inexpressivos, envolvendo críticas e ironias sobre a união entre os países. Houve também avisos quanto à irrelevância de um bloco que estava destinado a ser absorvido

¹⁵ Podestá B. MERCOSUR: los primeros pasos del Foro. Gestión 1996; 6 jun *apud*⁴⁷.

¹⁶ GENRO FILHO, Adeldo. O Segredo da Pirâmide: para uma teoria marxista do jornalismo. Porto Alegre: Ortiz, 1997 *apud*⁴⁸.

¹⁷ THOMPSON, John B. Ideologia e Cultura Moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2002 *apud*⁴⁸.

¹⁸ RAMONET, Ignácio. A Tirania da Comunicação. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2001 *apud*⁴⁸.

pela integração considerada “verdadeiramente relevante”: integração à globalização e às economias de “real importância e dinamismo” como os Estados Unidos e a União Europeia⁴⁹.

A mídia brasileira tem favorecido os países mais industrializados, ao reproduzir um discurso negativo no que tange ao Mercosul, centrado em impasses pontuais, consolidando uma visão negativa do bloco. O embaixador Samuel Guimarães, alto representante geral do Mercosul, afirma a existência de uma campanha que aponta o não funcionamento do Mercosul e os problemas decorrentes da integração, correspondendo a uma campanha permanente, uma vez que os países grandes não querem um Mercosul forte⁵⁰.

Por conseguinte, é evidente o avanço obtido no tratamento dos temas sociais, traduzido na diversificação de objetivos e funções da nova institucionalidade em que se apoia hoje a dimensão social do Mercosul. Tal progresso e amadurecimento institucional foi estimulado e acompanhado pela mobilização e gradual integração de organizações da sociedade civil nos seus foros privilegiados, o que aumentou a participação social no espaço do mercado comum⁴⁷.

Ressalta-se a importância do estabelecimento de um sistema de proteção social, que, nas suas relações com o tecido econômico, atue como uma alavanca tanto para o crescimento da economia quanto para a promoção da maior igualdade entre os cidadãos. Os diferentes atores envolvidos devem colocar no centro da Agenda Social do Mercosul a articulação entre a política econômica e a social, em uma estratégia comum que permitisse a concretização tanto de um novo modelo de desenvolvimento social quanto a própria integração social regional⁴⁷.

Apesar de o Mercosul ter sido criado com o objetivo de possibilitar o avanço econômico dos Estados-Partes, foi importante o reconhecimento dos governos de que o avanço da economia não pode ocorrer isoladamente e sim associado à questão social, que, por sua vez, envolve cultura; saúde; educação; emprego; lazer; segurança e meio ambiente. O bloco enfrenta evidentes dificuldades que podem ser exemplificadas pelas suas instituições, que ainda não estão apropriadamente preparadas para impulsionar a Agenda Social, e também pela sua relação com a mídia, que é marcada por constantes críticas e menções às dificuldades do processo de integração, que não necessariamente justificam a dissolução do bloco. A participação dos diversos atores se torna fundamental no combate às forças que se mostram contra a integração dos países do Mercosul e contra o objetivo comum desses Estados de garantir às suas populações

condições de vida mais dignas, reduzindo as iniquidades históricas que caracterizam a América do Sul.

IV.3 As assimetrias do Mercosul como um obstáculo à integração e os mecanismos para o seu enfrentamento

Observa-se que os processos de integração regional permitem a criação de instituições que reúnem diferentes Estados Nacionais em torno de objetivos comuns, promovendo a convivência com assimetrias econômicas e estruturais entre si. Tais diferenças resultam em consequências que são influenciadas pela conjuntura política e social do bloco, pelo grau de desenvolvimento de seus integrantes e pelo nível de aprofundamento institucional que o projeto integracionista pretenda alcançar⁵¹.

A regionalização também pode ser vista como um meio de garantir a promoção da saúde, que, por sua vez, está associada a diversos valores e estratégias: qualidade de vida; solidariedade; democracia; cidadania; políticas públicas saudáveis e reorientação do sistema de saúde. A ruptura das fronteiras nacionais decorrente da formação de blocos regionais possibilita aos países atuarem juntos no combate às desigualdades sociais que persistem em seus territórios, garantindo às suas populações uma melhor qualidade de vida e valorizando a promoção da saúde, o que representa uma visão que está de acordo com os temas discutidos na agenda global.

Segundo Baumann¹⁹, o objetivo do Mercosul é contrariado, uma vez que ocorre a permanência das assimetrias⁵². Almeida²⁰ afirma que a adesão dos países ao bloco exclui regiões periféricas dos próprios atores, com o nordeste no caso brasileiro, representando uma contradição ao processo de integração⁵². De acordo com Machado & Pessoa²¹, gera-se um descontentamento em relação ao Brasil, porque este se beneficia da existência de assimetrias, o que prejudica os demais membros do Mercosul⁵².

As assimetrias que ocorrem no âmbito do Mercosul podem ser classificadas como estruturais ou políticas. As primeiras se originam de disparidades no que se refere a economia; posição geográfica; dotação de fatores; acesso à infraestrutura regional; qualidade institucional e nível de desenvolvimento dos Estados-membros. As

¹⁹ BAUMANN, Renato. The BRICS and their neighbors: Issues to be considered in the design of the BRICS Development Bank. In: Apresentação na Embaixada da África do Sul, Brasília, 2012 *apud*⁵².

²⁰ ALMEIDA, Wilson. Mercosul: Efeitos da integração assimétrica. Goiânia: Editora e Espaço de Cultura Brasileira, 2003 *apud*⁵².

²¹ MACHADO, João Bosco. PESSOA, Cristina Salazar. Êxitos no Mercosul: a dinâmica da integração comercial nos setores automobilístico, químico e têxtil. Caderno Estudos, fev 2006 Brasília: CEBRI, 2006 *apud*⁵².

assimetrias de políticas, por sua vez, são decorrentes da falta de convergência e coordenação entre as políticas e as instituições adotadas pelos Estados⁵³.

Percebe-se que a integração regional desponta como um meio para a coordenação compartilhada, o que leva ao desenvolvimento de mecanismos de coesão social e territorial entre os Estados. As políticas regionais comuns geram estratégias de cooperação e associação que permitem o combate das problemáticas associadas às desigualdades de desenvolvimento⁵⁴.

Inicialmente, para análise das assimetrias entre os integrantes do Mercosul, apresentam-se, na tabela 1, os indicadores sobre população, PIB e PIB per capita.

Tabela 1. Mercosul: população, PIB e PIB per capita - 2012⁵⁵

País	População (milhares de pessoas)	PIB (US\$ milhões)	PIB per capita (US\$)
Brasil	198.361	2.254.109	11.347
Argentina	41.119	477.028	11.610
Paraguai	6.683	25.935	3.878
Uruguai	3.391	49.919	14.703
Venezuela	29.891	382.424	12.767
Mercosul	279.445	3.189.415	54.305

A análise dos indicadores acima permite inferir que existem diferenças importantes entre o Brasil e os demais países que compõem o bloco regional no tocante à economia e à população. O Brasil desponta como o líder do processo de integração, pois possui indicadores que diferem bastante daqueles apresentados pelos demais Estados: sua população e seu PIB representam aproximadamente 70% do valor conjunto dos países-membros. Porém é importante ressaltar que, ao analisar o PIB per capita, o Uruguai possui o principal resultado, seguido respectivamente de Venezuela e da Argentina, apesar de o Brasil ter apresentado uma melhora significativa nesse indicador nos últimos anos. Nota-se que, na União Europeia, os tamanhos e graus de desenvolvimento das economias coincidem, enquanto que, no Mercosul, o Brasil, que é o país que possui os maiores valores de população e PIB, não apresenta o maior valor de PIB per capita do bloco⁵⁴.

Percebe-se que o Brasil e a Argentina possuem um setor industrial considerável, enquanto que o Paraguai e o Uruguai possuem economias mais direcionadas ao setor primário. A posição geográfica do Uruguai entre a Argentina e o Brasil possibilitou um crescimento das atividades relacionadas ao turismo, responsável pela maior parte das exportações de bens e serviços do país. Entretanto o Paraguai

nunca possuiu um processo de substituição das importações, o que faz com que a agricultura represente aproximadamente 85% de suas exportações. Houve um aumento do comércio a partir da reexportação de bens de consumo duráveis para a Argentina e para o Brasil, nas duas últimas décadas⁵⁶.

Tabela 2. Mercosul: IDH e Ranking IDH - 2013⁵⁷

País	IDH	Ranking IDH
Brasil	0,744	79
Argentina	0,808	49
Paraguai	0,676	111
Uruguai	0,790	50
Venezuela	0,764	67

O índice de desenvolvimento humano (IDH) é um indicador composto por três variáveis: longevidade, PIB per capita e indicadores educacionais — calculados através do número de analfabetos e da taxa de matrícula em todos os níveis de ensino. Sua variação é de 0 a 1, sendo que quanto mais próximo da unidade, maior o desenvolvimento humano⁵⁴.

A análise da tabela 2 evidencia o Paraguai como o Estado com o menor IDH do bloco, o que representa também a baixa competitividade, pobreza e fraco desenvolvimento de instituições do país. O Brasil, que possui a maior economia do bloco, encontra-se à frente do Paraguai apenas, sendo marcado por profundas desigualdades e afetado pelas deficiências desse país. Argentina e Uruguai, por sua vez, estão à frente dos demais Estados do Mercosul e pertencem respectivamente ao grupo de países com muito alto e alto desenvolvimento humano.

Ressalta-se que, desde a constituição do bloco, as pronunciadas assimetrias — estruturais e de políticas — representam um obstáculo para o processo de integração, pois dificultam a existência de ganhos mútuos entre os membros, o que reforça as diferenças no âmbito do bloco e eleva a insatisfação dos países menores, principalmente em momentos de crises conjunturais. A persistência dessa situação contribui para o enfraquecimento do processo de integração e perda de legitimidade do bloco. As significativas desigualdades entre os Estados dificultam a realização de objetivos comuns, exigindo medidas efetivas⁵³.

Devido aos inevitáveis conflitos distributivos que resultam das assimetrias estruturais no Mercosul, que envolvem não somente Estados, mas também regiões subnacionais e os grupos de pressão que representam essas regiões em âmbito doméstico, os governos podem encontrar resistência interna para dar continuidade ao

processo de integração ou até retroceder com projetos de integração política e econômica do bloco⁵³.

Paraguai e Uruguai demandaram ações positivas de tratamento das assimetrias regionais, em razão do descontentamento com os ganhos da integração obtidos por Brasil e Argentina. Ressalta-se que esses dois países tinham consciência de que parte das assimetrias eram imutáveis — dimensões geográficas, demográficas e a potencialidade econômica dos países — e que, portanto, seu objetivo não era superá-las, mas aumentar os seus ganhos relativos ou reduzir a disparidade entre o seu desenvolvimento e o do Brasil e o da Argentina⁵⁸.

Além disso, as soluções dos conflitos apresentados pelo bloco costumam ser feitas pela via diplomática, em vez de se privilegiar as próprias instituições do bloco. Esse meio de resolução de conflitos dificulta a institucionalização dos processos de solução de controvérsias no âmbito regional, o que enfraquece as instituições do Mercosul, pois os atores não encontram formas práticas de resolver os seus problemas no âmbito da integração⁵⁹.

Ainda em relação às assimetrias, é importante apontar que os territórios dos países sul-americanos não apresentam infraestruturas adequadas para um fluxo maior de mercadorias, em decorrência da escassez de portos; estradas; hidrovias; ferrovias e ductos para transporte de combustíveis, o que forma uma barreira física aos fluxos entre os países. Os países do continente americano frequentemente vivem o dilema de constituir blocos com ou contra os norte-americanos. A formação de blocos regionais nesse continente difere da experiência de integração regional europeia: não há continuidade histórica das experiências de integração regional; predomina a pulverização das experiências de integração e não ocorreu a imbricação entre a interdependência econômica e a formação de uma integração política, com instituições supranacionais⁶⁰.

O bloco regional também é marcado por significativas desigualdades de caráter estrutural e histórico que podem ser enfrentadas a partir do incentivo à participação social e da procura por ações e programas de promoção da integração produtiva e da geração de empregos e renda dos países de economia menor⁶¹.

Existe um consenso entre os membros do Mercosul de que a promoção planejada das cadeias de produção se faz necessária para impedir a expansão das assimetrias produtivas. Os Estados-Partes do Mercosul criaram medidas para conseguir o entrelaçamento das cadeias de produção dentre as quais se destaca o FOCEM que

busca reforçar as cadeias produtivas no âmbito do bloco através de financiamento, a fundo perdido, de projetos que tenham essa finalidade⁶².

Esse fundo busca financiar programas para desenvolvimento e ajuste estrutural das economias menos desenvolvidas do bloco, procurando aumentar a competitividade através de investimentos que contribuam para reorganizar as cadeias produtivas, incrementando o comércio do Mercosul. O FOCEM também é responsável pelo financiamento de projetos de combate à pobreza⁶³.

O FOCEM se apresenta com duas fontes de financiamento: as contribuições dos Estados-membros e as contribuições de países terceiros ou organismos internacionais. Estabeleceram-se cotas de contribuição e de recebimento de acordo com a série histórica do PIB de cada país. Para o aporte de cem milhões de dólares anuais, Brasil e Argentina são responsáveis por 70% e 27% respectivamente, sendo os principais contribuintes, enquanto que Uruguai e Paraguai realizam contribuições menores, com cotas de 2% e 1% respectivamente. Em relação às cotas de recebimento, Paraguai e Uruguai têm direito respectivamente a 48% e 32% dos recursos, enquanto que Brasil e Argentina recebem 10% cada um⁵¹.

Os países com o menor PIB aportam pequenas quantias ao orçamento anual do FOCEM, porém essa lógica se inverte no tocante ao recebimento. Valle²² questiona essa forma de distribuição, pois ela não atenderia às regiões com baixo desenvolvimento no interior de países com economia forte, o que se observa no nordeste brasileiro⁵¹. Stuart²³ também realiza uma análise dos critérios de distribuição utilizados pelo fundo e ressalta que é necessária a articulação das esferas de poder local, regional, nacional e da integração para conseguir uma melhor alocação dos recursos⁵¹.

Também podem ser citadas outras medidas adotadas para reduzir as desigualdades entre os membros do bloco tais como o Fundo para o Financiamento de Pequenas e Micro Empresas e o Programa de Desenvolvimento de Fornecedores da Cadeia Produtiva de Madeira e Móveis do Mercosul. Essas iniciativas buscam fortalecer os vínculos entre as cadeias de produção dos países do Mercosul, com atenção especial para as economias menores como Paraguai e Uruguai⁶².

Nota-se que o desenvolvimento de políticas coordenadas no âmbito do Mercosul, que considerem as assimetrias entre os países-membros, é importante para que a integração produtiva ocorra de forma eficiente e equilibrada. Além disso, as

²² VALLE, V. M. The Mercosur and EU development strategies. International Studies Conference organized by World International Studies Committee. Istanbul: Bilgi University, 2005 *apud*⁵¹.

²³ STUART, A. M. Regionalismo e democracia: uma construção possível. 2002. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002 *apud*⁵¹.

medidas citadas mostram uma preocupação dos governos dos Estados-Partes com a importância do papel estatal na indução da integração das cadeias produtivas intrabloco⁶².

O surgimento do Projeto da Iniciativa para a Integração da Infra-estrutura Regional Sul-americana (IIRSA), no ano 2000, foi um marco no processo de integração dos países da América do Sul. Esse plano tem como objetivo a criação de uma infraestrutura energética, de telecomunicações e uma malha viária e portuária comuns, utilizando a liberalização do comércio recíproco dos bens e serviços⁶⁰. O IIRSA procura construir uma plataforma física de livre fluxo de mercadorias para ampliar as rotas de livre comércio e de desenvolvimento das populações locais de cada país, constituindo-se nos esforços iniciais para a formação da UNASUL⁵⁴.

O FOCEM e o IIRSA representam medidas de fortalecimento dos processos de integração regional sul-americanos como o Mercosul e a UNASUL e também são políticas de articulação e de ordenamento territorial que possuem o mérito de colocar em pauta a possibilidade de construção de uma ampla rede de ligação e desenvolvimento no espaço regional da América do Sul, envolvendo e gerando cooperação entre países. Todavia a constituição de uma política regional fundamentada no ordenamento territorial exige um processo aberto com ampla participação, que leve à formulação de políticas de desenvolvimento regional democrático⁶⁰.

Os investimentos do FOCEM se destacam pelo forte aporte na infraestrutura física, principalmente quando se consideram os ganhos residuais que as obras podem trazer. Há um incentivo para o aumento do capital social, sendo que os programas ligados à coesão social despontam como segunda área prioritária⁶⁴.

Torna-se evidente o novo caminho trilhado pelo bloco, ao se observar as novas ferramentas utilizadas nos últimos anos. Ampliando a concepção de políticas sociais, obtém-se uma ideia mais clara dos objetivos que as devem nortear e das propostas necessárias para realizá-los. A percepção de que o incentivo ao aumento do comércio ou do PIB resulta em desenvolvimento para a região se mostrou equivocada. Para se garantir o desenvolvimento e o reforço da coesão social, é importante a participação ativa da sociedade no processo, com ganhos reais na realidade cotidiana, ampliando suas liberdades⁶⁴.

Aponta-se a busca pela redução das assimetrias e pela maior equidade dos ganhos relativos à integração como questão estrutural chave para o melhor funcionamento e legitimidade do bloco. Pode-se afirmar que os investimentos são feitos de forma acertada, quando se priorizam as economias menores e as regiões menos

desenvolvidas; e de maneira correta, ao descentralizar os fundos, levando recursos às pequenas localidades, justamente onde se encontram as populações mais carentes⁶⁴.

Assim, apesar de ter sido responsável pela melhoria da qualidade de vida das populações e pelo avanço da economia e da política dos Estados-membros, observa-se que a experiência de integração proporcionada pelo Mercosul ainda enfrenta graves assimetrias, que se apresentam como empecilhos para o sucesso do processo de integração. O entendimento pelos países do bloco de que o sucesso da integração não depende somente dos fatores econômicos levou os governos a adotarem uma nova postura que tende a se preocupar com a questão social, contribuindo para o combate às iniquidades presentes no território. As medidas utilizadas pelos integrantes do Mercosul para a redução dessas desigualdades se mostram fundamentais, pois elas possibilitam uma melhor distribuição dos recursos e criação de uma infraestrutura na região, permitindo o desenvolvimento dos países no que se refere à economia, objetivo inicial do processo de integração, e também à questão social, que ainda apresenta bastantes deficiências, mesmo com as ações tomadas para o combate às iniquidades e com os significativos avanços obtidos.

V. O MERCOSUL SOCIAL E AS CONTRIBUIÇÕES À PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

V.1 Os espaços regionais de discussão da saúde da mulher: o enfrentamento da violência de gênero e a prevenção de doenças crônicas

Identifica-se uma expansão importante da estrutura institucional do Mercosul, que passa a apresentar diversos órgãos e instituições responsáveis pelo avanço da questão social no âmbito do bloco, que, inicialmente, encontrou-se negligenciada, em decorrência da valorização do capital e do comércio. Essa nova estrutura que o bloco possui levou à discussão de variados temas tais como saúde; emprego; educação; vigilância; tráfico de pessoas; violência de gênero; uso de drogas; doenças crônicas não transmissíveis, o que mostra uma maior preocupação com a qualidade de vida das populações que constituem o Mercosul. Essas novas instituições permitiram a criação de acordos; projetos e declarações que representam decisões tomadas a nível regional e que, depois, precisam ser cumpridas em âmbito nacional. No bloco, existem duas instituições importantes que discutem o tema de doenças crônicas não transmissíveis — Comissão Intergovernamental de Doenças Não Transmissíveis e Grupo Ad Hoc de Vigilância de Enfermidades Não Transmissíveis —, enquanto que o tema de violência de gênero, por sua vez, é trabalhado principalmente pela Reunião de Ministras e Altas Autoridades da Mulher do Mercosul (RMAAM).

A RMAAM, criada em dezembro de 2011, com a decisão nº 24/11 do Conselho do Mercado Comum é a instância de diálogo entre as máximas autoridades de gênero na estrutura institucional do Mercosul, que substitui a anterior Reunião Especializada da Mulher, criada em 1998. Essa instituição tem como principais objetivos assessorar e propor ao Conselho do Mercado Comum medidas, políticas e ações referentes ao tema gênero. A RMAAM surge como consequência do reconhecimento institucional do trabalho desempenhado, bem como à importância atribuída à questão de gênero da região⁶⁵.

A RMAAM é composta por representantes governamentais para as questões de gênero das Seções Nacionais designadas pelos cinco Estados-Partes do Mercosul (Argentina, Paraguai, Brasil, Uruguai e Venezuela); e organismos dos Estados Associados: Chile, Colômbia, Equador e Peru. Essa instância é capaz de emitir Declarações, bem como projetos de recomendação e decisão, que passam pelo Foro de Consulta e Concertação Política. Tais projetos são formalizados pelo Conselho do Mercado Comum por intermédio do GMC para sua aprovação. Percebem-se como

principais áreas tratadas pelas decisões e recomendações na agenda do Mercosul: incorporação da perspectiva de gênero no Mercosul; trabalho e emprego; violência baseada em gênero; educação com perspectiva de gênero e participação política das mulheres⁶⁵. No quadro 1, encontram-se os principais projetos e parágrafos aprovados por esse órgão.

Quadro 1. Principais projetos e parágrafos aprovados pela RMAAM⁶⁶

Ata (número/ano)	Projetos/Parágrafo	Descrição
01/2012	Projeto de recomendação referente ao tratamento integral da violência baseada em gênero	Incorporar o enfoque de gênero nas pesquisas nacionais de demografia, nos censos e pesquisas especiais.
02/2012	Projeto de recomendação “Guia Mercosul de atenção a mulheres em situação de tráfico com fins de exploração sexual”	Facilitar a articulação de organismos que compõem a Rede para a atenção às mulheres em situação de tráfico com fins de exploração sexual nos países do Mercosul (Rede Mercosul)
02/2012	Projeto de decisão sobre “Articulação para a atenção a mulheres em situação de tráfico internacional de pessoas”	Oferecer atenção com enfoque de gênero a mulheres em situação de tráfico de pessoas, provenientes dos Estados-Partes do Mercosul ou detectadas na região.
02/2012	Parágrafo para o comunicado conjunto dos Estados-Partes do Mercosul e Estados associados	Reiterar o compromisso de fortalecer as políticas nacionais e regionais de promoção da igualdade e equidade entre homens e mulheres, importante para aprofundar a democracia e eliminar a violência contra a mulher.
01/2013	Projeto de decisão “Diretrizes da política de igualdade de gênero no Mercosul”	Participação paritária de mulheres em todos os âmbitos do poder público; acesso universal a serviços de saúde integrais, de qualidade e humanizados.

Destacam-se dois dos documentos do quadro 1, em razão de possuírem mais detalhes e terem maior importância no combate a desigualdades de gênero. Observa-se que o Guia Mercosul de atenção a mulheres em situação de tráfico com fins de exploração sexual orienta as atividades desempenhadas pela Rede Mercosul, que possui como funções: assegurar que as mulheres traficadas no Mercosul ou identificadas na região recebam apoio imediato após a detecção, assim como tenham acesso a programas de restituição de direitos e consolidar canais de comunicação, intercâmbio e articulação das ações entre os mecanismos de gênero ou organismos competentes no Mercosul para a atenção às mulheres em situação de tráfico internacional, bem como para o avanço das ações de prevenção⁶⁶.

A atuação da Rede Mercosul é dividida em duas etapas: intervenção de primeiro apoio, que envolve a avaliação do risco de vida, do dano mais evidente e um mapeamento dos recursos pessoais, familiares e sociais, e reinserção social, que busca orientar o processo de reconstrução do projeto de vida e restituição dos direitos das mulheres. A intervenção de primeiro apoio é composta pelas seguintes ações: detecção e identificação, recepção da situação e primeira abordagem⁶⁶.

A detecção de mulheres vítimas de tráfico pode ser feita com elementos que se referem ao estado físico como desnutrição, falta de limpeza, deterioração física e sinais de maltrato físico; que se relacionam ao estado psicológico como medo, depressão, instabilidade emocional e nervosismo extremo; que envolvem a autonomia e condições de trabalho como não estar de posse dos próprios documentos de identidade ou de viagem, não ter liberdade para deixar seu local de trabalho e mulher que acredita que tem uma dívida e deve pagá-la antes de abandonar o seu trabalho e os elementos que indicam a existência de ameaças como mulher que foi ameaçada e que teme que algo ruim possa lhe acontecer ou a alguém de sua família, se deixar o seu local de trabalho⁶⁶.

A recepção da situação, por sua vez, permite obter informação para uma avaliação inicial da situação das mulheres que sofrem tráfico de pessoas para exploração sexual. A primeira entrevista realizada nessa etapa tem como objetivos proporcionar suporte emocional, contenção e segurança à pessoa; adquirir informações sobre a situação de exploração vivida, situação no país e documentação e avaliação dos riscos. A primeira abordagem procura estabelecer medidas de proteção imediata; estabilizar as mulheres física e emocionalmente e estabilizar a crise inicial. Oferecem-se também às mulheres serviços básicos como segurança; atenção em saúde; atenção psicossocial; atenção jurídica e abrigos temporários⁶⁶.

A fase de integração social procura o fortalecimento do empoderamento, da autonomia e da autodeterminação das mulheres em situação de tráfico; tratamento das sequelas físicas e psicológicas e indenização por danos sofridos. Esse processo envolve um plano que inclui os seguintes componentes: saúde física e mental, que exige a formação de uma equipe de saúde capacitada e que conheça a problemática do tráfico de pessoas e seus efeitos na saúde e esteja sensibilizada para não cometer atitudes que provoquem discriminação; educação e capacitação profissional, que devem atender aos interesses da mulher, suas habilidades e a utilidade na ampliação das oportunidades profissionais e não devem reproduzir os papéis tradicionais de gênero; alternativas habitacionais; apoio na criação dos filhos e filhas e alternativas para geração de renda e apoio financeiro⁶⁶.

As diretrizes da política de igualdade de gênero no Mercosul reúnem importantes princípios que norteiam as ações para a garantia desse direito humano fundamental: igualdade entre as pessoas, que compreende a obrigação de eliminar qualquer tipo de discriminação; reconhecimento de situações que evidenciam especial vulnerabilidade e aquelas que evidenciam a interseção de múltiplas discriminações baseadas em gênero, sexo, origens étnicas ou sociais, orientação sexual e situação de privação de liberdade; participação igualitária na tomada de decisões, que representa um requisito para as sociedades democráticas; eliminação dos estereótipos de gênero, que levam à desigual valorização dos papéis desempenhados por mulheres e homens nas esferas política, econômica, social, cultural e civil e integração da dimensão de gênero, que envolve a elaboração de políticas, normas, estratégias, planos de ação e programas⁶⁶.

Além disso, também podem ser observados os eixos de ação presentes nessas diretrizes: autonomia econômica e igualdade na esfera laboral e do cuidado, que exige o avanço na adoção de políticas sociais e econômicas que permitam a valorização e o reconhecimento do valor do trabalho não remunerado e a igualdade no âmbito laboral; participação paritária nos processos de tomada de decisões e nas esferas de poder, que busca a participação político-partidária e a formulação e a aplicação de políticas; saúde sexual e direitos sexuais e reprodutivos, que precisam ser garantidos, através do acesso universal a serviços de saúde integrais, gratuitos e humanizados e da promoção do pleno exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres; garantia e promoção do direito à educação, a partir do estímulo ao acesso igualitário de homens e mulheres a todos os níveis e setores da educação, incluindo as novas tecnologias de comunicação e informação; enfrentamento de todas as formas de violência de gênero, considerando que esse tipo de violência constitui uma grave violação dos direitos humanos; interseccionalidade, discriminações múltiplas e agravadas, que envolvem o desenvolvimento de estratégias, políticas e ações que possibilitem uma proteção especial dos direitos das mulheres em situação de exclusão social e múltiplas discriminações; território, habitat e meio ambiente, através de uma integração equilibrada da dimensão social, econômica, ambiental e cultural e da inclusão da perspectiva de gênero como uma dimensão fundamental e incidência nas políticas comerciais, considerando os diferentes impactos sobre homens e mulheres⁶⁶.

O Grupo Ad Hoc de Vigilância de Enfermidades Não Transmissíveis, criado em 2008, representou uma importante iniciativa dos membros do bloco para o fortalecimento do controle das doenças crônicas não transmissíveis. Tais doenças

passam a ser reconhecidas pelos seus prejuízos na qualidade de vida das populações e na economia dos países, o que contribuiu para o surgimento desse grupo. A proposta de criação desse grupo de trabalho tem como meta a redução da carga de enfermidades crônicas como resultados de mudança nas políticas de saúde, programas e serviços baseados no monitoramento de doenças não transmissíveis em Estados-Partes e associados do Mercosul⁶⁶.

Identifica-se como objetivo geral do Grupo Ad Hoc de Vigilância de Enfermidades Não Transmissíveis a consolidação do sistema de vigilância de enfermidades não transmissíveis em países do Mercosul e associados, que forneça informação relevante para a formulação e avaliação de políticas públicas efetivas. Dentre os objetivos específicos, podem ser citados: o aconselhamento na definição de áreas prioritárias de intervenção em saúde pública; o desenvolvimento de recomendações para a formulação de políticas e programas efetivos em saúde e para melhorar o sistema de vigilância nacional e regional. O primeiro objetivo específico citado envolve o fornecimento de informações oportunas para priorizar os problemas de saúde para a região, que ocorre através das seguintes estratégias: organização dos dados de mortalidade; melhoria da cobertura e da qualidade dos mesmos e diminuição da proporção de causas mal definidas; análise de mortalidade evitável e uso de dados de altas hospitalares para informação sobre morbidade. Para o cumprimento desse objetivo, também é feita a identificação de grupos mais vulneráveis, segundo zona geográfica e grupos de idade, bem como o estímulo a estudos populacionais para estimar prevalência de enfermidades e seus fatores de risco e o estímulo à análise de desigualdades para orientar políticas públicas intersetoriais⁶⁶.

O segundo objetivo específico citado utiliza como estratégias a identificação e o compartilhamento de políticas e intervenções efetivas na redução da carga de enfermidades não transmissíveis e iniquidades em países do Mercosul e a avaliação da aplicabilidade de algumas políticas para estabelecê-las no Mercosul. O último objetivo específico envolve a conformação da Rede de Vigilância de Doenças Não Transmissíveis do Mercosul e países associados para harmonizar a definição de indicadores, promover análise comparativa e compartilhar experiências exitosas; estabelecimento de um programa de colaboração técnica e intercâmbio de conhecimento e desenvolvimento de capacitação técnica em vigilância de doenças não transmissíveis e análise de desigualdades em saúde, através de identificação e uso das oportunidades

existentes para capacitação⁶⁶. Os quadros 2 e 3 descrevem os planos de trabalho desse grupo²⁴, nos anos de 2010 e 2012^{25 26}.

Quadro 2. Cumprimento do plano de trabalho 2010 do Grupo Ad Hoc de Vigilância de Enfermidades Não Transmissíveis⁶⁶

Atividade	Referência	Descrição da atividade	Origem	Data de finalização	Grau de cumprimento
Estabelecer problemas de saúde prioritários para a região, identificando grupos mais vulneráveis	Resolução GMC n° 13/07	Revisão de dados sobre mortalidade, morbidade e registros de serviços de doenças não transmissíveis em cada país e selecionar os indicadores de doenças não transmissíveis priorizados para seguimento na subregião. Propor medidas para manutenção ou melhoria da qualidade e oportunidade dos dados.	Grupo Ad Hoc de Vigilância de Enfermidades Não Transmissíveis	Primeiro semestre de 2010	Cumprido
Definição de conjunto de indicadores mínimos para vigilância de doenças não transmissíveis e lesões	Resolução GMC n° 13/07	Definição e harmonização do conjunto de indicadores mínimos necessários para a vigilância de fatores de risco, morbidade e mortalidade de doenças e lesões priorizados e seus determinantes sociais.	Grupo Ad Hoc de Vigilância de Enfermidades Não Transmissíveis	Segundo semestre de 2010	Cumprido

²⁴ O Grupo Ad Hoc de Vigilância de Enfermidades Não Transmissíveis atuou nos anos de 2008 a 2013. Decidiu-se na XL reunião do SGT 11 Saúde pela dissolução do referido grupo, com a proposta de transferência de suas funções para a Comissão Intergovernamental de Doenças Não Transmissíveis.

²⁵ Devido à falta de disponibilidade dos planos de trabalho do período escolhido para análise, 2011-2013, optou-se por utilizar o documento do ano de 2010, pois é uma data próxima do período selecionado.

²⁶ Ao reproduzir os planos de trabalho dos anos de 2010 e 2012, decidiu-se dar ênfase aos dados considerados mais relevantes para orientar a discussão proposta no estudo.

Quadro 3. Cumprimento do plano de trabalho 2012 do Grupo Ad Hoc de Vigilância de Enfermidades Não Transmissíveis⁶⁶

Tema	Atividade (negociação, implementação, diagnóstico e seguimento)	Origem	Cumprimento
Vigilância de doenças não transmissíveis e seus fatores de risco/ proteção	Vigiar as doenças não transmissíveis e seus fatores de risco/ proteção priorizados para a região	Grupo Ad Hoc de Vigilância de Enfermidades Não Transmissíveis	Definição de indicadores para monitoramento de doenças não transmissíveis e lesões. Países seguem com organização da vigilância das doenças não transmissíveis, realizando inquéritos nacionais e em populações específicas, e análise de dados de morbimortalidade. Avanços contínuos e sustentados.
	Difusão dos resultados da vigilância das doenças não transmissíveis na região.	Grupo Ad Hoc de Vigilância de Enfermidades Não Transmissíveis	Elaborado o primeiro boletim de vigilância de doenças não transmissíveis e divulgado no segundo semestre nos países.
	Articular as estratégias de vigilância, promoção e manejo integrado das doenças não transmissíveis com outros grupos de trabalho relacionados (comissão intergovernamental de doenças não transmissíveis, comissão intergovernamental de tabaco, grupo de trabalho em segurança alimentar e nutrição, etc.).	Grupo Ad Hoc de Vigilância de Enfermidades Não Transmissíveis	Enviar essa atividade para a Comissão Intergovernamental de Doenças Não Transmissíveis.

Nota-se, com a análise dos quadros 2 e 3, que os temas presentes nos planos de trabalho do Grupo Ad Hoc de Vigilância de Enfermidades Não Transmissíveis buscaram principalmente a coleta de dados (mortalidade, morbidade e registros de serviços de doenças não transmissíveis) e a definição das ações necessárias para a adequada vigilância das doenças não transmissíveis. Percebe-se também, com a análise dos quadros, que o Grupo referido conseguiu cumprir as atividades elaboradas para os anos de 2010 e 2012, o que permite concluir que houve melhorias na qualidade dos dados e a difusão de informações epidemiológicas sobre doenças não transmissíveis, bem como a ação conjunta do Grupo Ad Hoc de Vigilância de Enfermidades Não Transmissíveis com outras instâncias do Mercosul, possibilitando o fortalecimento das medidas destinadas ao combate a esse problema de saúde.

A Comissão Intergovernamental de Doenças Não Transmissíveis, com sua criação em 2011, promoveu no âmbito regional a ampliação das medidas de controle dessas doenças. Esse novo órgão também confirma o fortalecimento da agenda social do Mercosul, através de novas instituições e novas políticas adotadas com o objetivo de garantir uma melhor qualidade de vida às populações e o respeito aos seus direitos⁶⁶.

Como antecedentes para a elaboração do plano de trabalho da referida comissão, identificam-se o Plano de Ação para a Estratégia Mundial para a prevenção e o controle das doenças não transmissíveis da OMS; a Estratégia Regional e Plano de Ação para um enfoque integrado sobre prevenção e controle das doenças não transmissíveis da Organização Pan-americana de Saúde; a situação epidemiológica e a abordagem atual das doenças não transmissíveis nos países assistentes e os avanços do informe do Grupo Ad Hoc de Vigilância de Enfermidades Não Transmissíveis. Definiram-se como diretrizes a promoção em cada país da efetiva coordenação dentro dos Ministérios de Saúde das diferentes áreas que participam na abordagem das doenças não transmissíveis e seus fatores de risco e proteção e a utilização dos planos da Organização Pan-americana de Saúde e da OMS para doenças não transmissíveis como base para o plano de trabalho da Comissão Intergovernamental de Doenças Não Transmissíveis, considerando as áreas de políticas e advocacia, vigilância, promoção da saúde e prevenção de enfermidades e reorientação dos serviços para o manejo integrado das doenças não transmissíveis e seus fatores de risco⁶⁶.

O plano de trabalho dessa Comissão também busca o fortalecimento das seguintes ações: identificação de outras instâncias do Mercosul que trabalham em áreas temáticas comuns como tabaco, alimentação saudável e determinantes sociais em saúde e coordenação com o Grupo Ad Hoc de Vigilância de Enfermidades Não Transmissíveis e o Grupo Ad Hoc Laboratórios⁶⁶.

Ressalta-se a elaboração de recomendações específicas com a finalidade de desenvolver áreas como promoção da atividade física, consumo nocivo de álcool e reorientação dos serviços de saúde: promoção da cooperação técnica internacional dentro dos Estados-membros e associados do Mercosul e ações conjuntas em relação a regulamentações e regulações de aspectos relacionados com a publicidade e oferta de produtos em apoio a estilos de vida saudáveis. No quadro 4, listam-se as principais medidas adotadas pela Comissão no combate às doenças crônicas não transmissíveis⁶⁶.

Quadro 4. Principais acordos e propostas da Comissão Intergovernamental de Doenças Não Transmissíveis⁶⁶

Ata (número/ano)	Acordo/Proposta	Descrição
02/2012	Acordo “Dirigir esforços para inclusão de meta de doenças crônicas não transmissíveis nos objetivos do Milênio, metas de doenças crônicas não transmissíveis da OMS em 2013 e apoio aos planos de ação global, regional e nacionais”	Engajamento e ampla participação dos países no processo de decisão sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, com a recomendação de inclusão de metas de doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco nesses objetivos.
01/2013	Proposta de projeto de acordo ministerial sobre abordagem intersetorial das doenças não transmissíveis	Convidar a Comissão de Coordenação de Ministros da Área Social do Mercosul a somar esforços e considerar como prioridades na agenda social a prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis, com ênfase na obesidade.

Nota-se que o acordo “Dirigir esforços para inclusão de meta de doenças crônicas não transmissíveis nos objetivos do Milênio, metas de doenças crônicas não transmissíveis da OMS em 2013 e apoio aos planos de ação global, regional e nacionais” representa uma importante iniciativa no combate às doenças crônicas não transmissíveis, pois estimula uma mobilização global contra esse problema de saúde. Identificam-se os seguintes artigos nesse acordo: engajamento e ampla participação dos países no processo de decisão sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, com a recomendação de inclusão de metas de doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco nesses objetivos; formulação e fortalecimento de políticas públicas regionais e nacionais para prevenir as doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco; apoio ao Plano de ação global, regional e nacional para estratégias de vigilância, prevenção, promoção de saúde e controle das doenças crônicas não transmissíveis; apoio à inclusão de metas no tocante às doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco na Assembleia Mundial de Saúde; adoção de metas regionais e nacionais relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco e aprofundamento da cooperação internacional entre os países do Mercosul com o objetivo de apoiar os países no cumprimento dessas políticas, buscando avançar no desenvolvimento de uma estratégia de financiamento global quanto a vigilância, prevenção, promoção de saúde e reorientação dos serviços para o controle das doenças crônicas não transmissíveis⁶⁶.

Observa-se que a proposta de projeto de acordo ministerial sobre abordagem intersetorial das doenças não transmissíveis, por sua vez, decide convidar a Comissão de Coordenação de Ministros da Área Social do Mercosul a somar esforços e considerar como prioridades na agenda social a prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis, com ênfase na obesidade; solicitar à Comissão que apoie ações para garantir que a sociedade civil adote comportamentos de vida saudáveis; desenvolver ações para diminuir as iniquidades no acesso a hábitos de vida saudáveis; solicitar que a Comissão de Coordenação de Ministros da Área Social do Mercosul proponha ao Conselho do Mercado Comum a adoção de projetos sociais referentes a promoção de atividade física e alimentação saudável, que sejam regionais e específicos e se incluam no Plano Estratégico de Ação Social do Mercosul. Essa proposta também faz menção a medidas que precisam ser adotadas para intensificar o combate às doenças crônicas não transmissíveis: propor à Comissão de Coordenação de Ministros da Área Social do Mercosul a avançar nas medidas regulatórias que veiculem as políticas necessárias para reduzir a alimentação não saudável e os baixos níveis de atividade física, com ênfase na população infantil; as medidas anteriores devem estar dirigidas a regular a publicidade de alimentos, reduzir a acessibilidade da oferta escolar de alimentos, reformular produtos alimentícios, reformular o tamanho das porções, incrementar a oferta social para a realização de atividade física; propor à Comissão de Coordenação de Ministros da Área Social do Mercosul harmonizar as medidas regulatórias entre os países com o objetivo de avançar na estratégia de luta contra doenças crônicas não transmissíveis⁶⁶.

Percebe-se que as ações da RMAAM, do Grupo Ad Hoc de Vigilância de Enfermidades Não Transmissíveis e da Comissão Intergovernamental de Doenças Não Transmissíveis resultaram na elaboração de diversos projetos, recomendações e acordos em âmbito regional, responsáveis por estimular os países a criarem planos nacionais para o enfrentamento dessas problemáticas. A criação desses órgãos também fortalece a estrutura institucional do Mercosul, contribuindo para uma melhor organização do bloco e uma maior participação da sociedade, que expressa suas demandas e as desigualdades ainda presentes na região.

A criação da RMAAM intensificou a discussão sobre violência de gênero no Mercosul, que passou a ser reconhecida pelos seus efeitos negativos para as mulheres que, muitas vezes, encontram-se em situação de vulnerabilidade, o que revela o desrespeito aos direitos humanos de proteção à vida e não submissão à tortura, punição ou tratamento cruéis, desumanos ou degradantes. O Grupo Ad Hoc de Vigilância de Enfermidades Não Transmissíveis e a Comissão Intergovernamental de Doenças Não

Transmissíveis também permitiram o combate às doenças não transmissíveis, que, por muito tempo, foram negligenciadas pela sociedade e pelos governantes, que não se mobilizaram para a criação de políticas e programas necessários para o enfrentamento desse problema de saúde.

V.2 As repercussões para a política de saúde da mulher no Brasil

Nota-se que, a partir de 2003, com a formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), o Governo Federal mostrou compromisso de estabelecer políticas públicas que assegurassem os direitos humanos das mulheres. O programa abrangeu os princípios e a filosofia do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984, incluindo um plano de ação, baseado em questões de gênero, raça e etnia. A PNAISM considerou grupos sociais historicamente excluídos das políticas e priorizou ações de redução da mortalidade materna e neonatal e os direitos sexuais e reprodutivos⁶⁷.

Essa política representa mais um passo na perspectiva da abordagem de gênero e da integralidade, pois amplia o leque de ações e propõe atenção especial a grupos específicos de mulheres: mulheres negras; indígenas; residentes em áreas urbanas e rurais; residentes em locais de difícil acesso; em situação de risco; presidiárias; de orientação homossexual e com deficiência^{68,69}.

A adoção do termo integralidade, na PNAISM, se aproxima do seu significado mais amplo, uma vez que a proposta de integralidade apresentada por essa política parte do diagnóstico social que busca analisar a mulher em seu contexto social, considerando os seguintes determinantes: qualidade de vida (moradia, atenção à saúde, nutrição, lazer, educação, trabalho, relações mais justas), enfrentamento de discriminações sociais e autodesenvolvimento da mulher, que envolve seu direito à participação ativa e consciente no campo social⁷⁰.

A PNAISM fortalece a humanização da atenção em saúde, determinando que humanização e qualidade da atenção são aspectos indissociáveis. Considera que humanização vai além de tratar bem, com delicadeza ou de forma amigável, devendo ser consideradas questões de acessibilidade ao serviço nos três níveis da assistência, provisão de insumos e tecnologias necessárias, formalização de sistemas de referência e contrarreferência, disponibilidade de informações e orientação da clientela e sua participação na avaliação dos serviços. A PNAISM também preenche lacunas deixadas pelas políticas anteriores tais como: climatério e menopausa; queixas ginecológicas;

infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental e doenças infecto-contagiosas⁷¹.

No Brasil, diversas políticas e medidas foram criadas para o enfrentamento da violência de gênero, que representa um problema comum no país. No quadro 5, listam-se os principais avanços nacionais para combate a essa forma de violência, extraídos dos informes do Brasil em relação às decisões da RMAAM e dos informes das mesas técnicas de violência de gênero do Mercosul.

Quadro 5. Principais avanços nacionais no combate à violência de gênero⁶⁶

Ano	Avanço nacional	Descrição
2005	Ligue 180	Canal direto de orientação sobre direitos e serviços públicos para a população feminina em todo o país, acessado através de ligação gratuita.
2007	Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra às mulheres	Sua prioridade é a aplicação da Lei 11.340/2006 (lei Maria da Penha) como promotora dos direitos das mulheres vítimas de violência, fortalecimento dos serviços da rede de atendimento e garantia da autonomia econômica e dos direitos.
2008	Casa do Imigrante	Centro de referência para brasileiros e imigrantes residentes na região da Tríplice Fronteira, contando com um serviço especializado para mulheres em situação de tráfico e violência.
2012	Constitucionalidade da Lei 11.340/2006 e dispensa da representação da vítima	Declaração da constitucionalidade dos artigos 1º, 33 e 41 da Lei nº 11.340/2006 e da natureza incondicionada da ação penal em caso de crime de lesão corporal, praticado contra a mulher no ambiente doméstico.
2013	Segundo Plano Nacional de enfrentamento ao Tráfico de Pessoas	Plano criado para prevenção e punição do tráfico de pessoas no território nacional, responsabilização dos autores e atenção às vítimas.
2013	3º Plano Nacional de Políticas para as Mulheres	Fortalecimento e institucionalização da Política Nacional para as Mulheres aprovada a partir de 2004, e referendada em 2007 e em 2011, nas Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres.
2013	Programa Mulher Viver sem Violência	Integração e expansão de serviços públicos destinados às mulheres vítimas de violência, através da ação conjunta de atendimentos especializados no âmbito da saúde, da justiça, da segurança pública, da rede socioassistencial e da promoção da autonomia financeira.
2013	Campanha Mercosul Livre Do Tráfico de Mulheres ²⁷	Prevenção de casos de exploração sexual e servidão; oferecimento de informação às mulheres vítimas de tráfico e estímulo à ação de funcionários públicos e agentes federais contra esse tipo de violência.

²⁷ Essa Campanha é realizada em âmbito regional e envolve Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai e Chile.

Decidiu-se discutir com mais detalhes o Ligue 180; a constitucionalidade da Lei 11.340/2006 e a dispensa da representação da vítima; o 3º Plano Nacional de Políticas para as Mulheres e o Programa Mulher Viver sem Violência, em decorrência da relevância desses avanços e da frequência com que são citados na bibliografia consultada nesse estudo.

O Ligue 180 foi lançado pela Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República e funciona como a porta principal de acesso aos serviços que integram a rede nacional de enfrentamento à violência contra a mulher, sob amparo da Lei 11.340/2006, e base de dados privilegiada para a criação de políticas do governo federal nessa área⁷².

Essa Central de Atendimento possui como funções: recebimento de denúncias ou relatos de violência, reclamações sobre os serviços da rede e orientação das mulheres sobre seus direitos e sobre a legislação vigente, encaminhando-as para os serviços, em caso de necessidade. Essa Central contribui principalmente para a coleta de informações que subsidiam o desenho da política de enfrentamento da violência e para o monitoramento dos serviços que integram a rede em todo o país⁷³.

Esse serviço atua junto com o Programa Mulher Viver sem Violência, cobrindo o país com serviços públicos integrados, inclusive nas áreas rurais *latu sensu*, a partir da utilização de unidades móveis para o campo, a floresta e as águas. Observa-se que esse é o serviço de contato indicado pela Campanha Mercosul Livre do Tráfico de Mulheres para mulheres vítimas dessa forma de violência^{72,74}.

O Ligue 180 também é um serviço internacional, disponível gratuitamente para Espanha, Itália e Portugal, recebendo ligações de mulheres vítimas de violência no exterior. Ressalta-se que a transformação do Ligue 180 em disque-denúncia ocorreu em 2014, permitindo o envio de denúncias para a Segurança Pública com cópia para o Ministério Público de cada estado⁷².

Em 2012, o Supremo Tribunal Federal (STF) julgou a Ação Declaratória de Constitucionalidade (ADC) nº 19 e a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 4424. A ADC 19 solicitava a confirmação da legalidade de dispositivos da Lei Maria da Penha. Decidiu-se pela procedência do pedido, declarando-se como constitucionais os artigos 1º, 33 e 41 da Lei. A ADI 4424 foi ajuizada pela Procuradoria-Geral da República questionando a constitucionalidade dos artigos 12, inciso I; 16; e 41 da Lei 11.340/2006 e ação foi julgada como procedente⁷⁵.

Os dois julgamentos citados discutiram três dimensões significativas na aplicação da Lei Maria da Penha pelos tribunais brasileiros: ação penal incondicionada

ao crime de lesão corporal leve, decisão do STF, na ADI 4424, de que não se aplica a Lei nº 9099/1995, dos Juizados Especiais, aos crimes da Lei Maria da Penha e que, nos crimes de lesão corporal cometidos contra a mulher no ambiente doméstico, ainda que de caráter leve, atua-se mediante ação penal pública incondicionada; competência cumulativa de varas, decisão do STF, na ADC 19, sobre a constitucionalidade do artigo 33 da Lei Maria da Penha, possibilitando às varas criminais julgar e processar causas cíveis e criminais resultantes da prática de violência doméstica e familiar contra a mulher, enquanto não estiverem estruturados os Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; não aplicação da Lei nº 9099/1995, decisão do STF sobre a constitucionalidade do afastamento pelo artigo 41 da Lei Maria da Penha, da competência dos Juizados Especiais Criminais quando se tratar de crime de violência doméstica e familiar contra a mulher⁷⁵.

O 3º Plano Nacional de Políticas para as Mulheres é considerado um marco no processo de consolidação e amadurecimento de políticas para as mulheres. Possui como objetivo geral a redução dos índices de todas as formas de violência contra as mulheres e se observam entre os objetivos específicos: garantir a implementação e aplicabilidade da Lei Maria da Penha, através da difusão da lei e do fortalecimento dos instrumentos de proteção dos direitos das mulheres em situação de violência; expansão dos serviços especializados, integração dos serviços e instituições de atendimento às mulheres vítimas de violência; responsabilizar os agressores de mulheres vítimas de violência sexual e doméstica e prestar atendimento às mulheres que têm seus direitos humanos e sexuais desrespeitados, assegurando seus direitos na perspectiva da autonomia das mulheres sobre seu corpo e sua sexualidade⁷⁶.

O Plano ainda apresenta metas a serem cumpridas: aumento em 30% do número de serviços especializados em assistência à mulher vítima de violência tais como Delegacias Especializadas da Mulher; Centros Especializados das Mulheres em situação de Violência; Serviços de Abrigamento e Promotorias Especializadas da Mulher; estímulo para que pelo menos 10% dos municípios apresentem algum tipo de serviço especializado de atendimento à mulher em situação de violência, contemplando municípios polos, territórios da cidadania e fronteiras secas; aperfeiçoamento do Ligue 180 para que se transforme num disque-denúncia, permitindo o atendimento para mulheres brasileiras no exterior; existência de estabelecimentos penais femininos, nas 27 Unidades da Federação, concordantes com os padrões físicos e funcionais que assegurem a saúde e dignidade das mulheres em situação de prisão e a existência de

pelo menos um Centro de Referência de Assistência Social, em todos os municípios brasileiros⁷⁶.

Dentre as linhas de ação, percebem-se: consolidação da rede de serviços especializados de atendimento às mulheres em situação de violência; promoção da implementação da Lei 11.340/2006; fortalecimento da segurança cidadã e acesso à justiça às mulheres vítimas de violência; combate à exploração sexual e ao tráfico de mulheres e promoção da autonomia das mulheres vítimas de violência e o aumento de seus direitos⁷⁶.

Nota-se que o Programa Mulher Viver sem Violência, por sua vez, está organizado em seis eixos: implementação da Casa da Mulher Brasileira; ampliação do Ligue 180; organização e humanização do atendimento às vítimas de violência sexual; implantação e manutenção dos Centros de Atendimento às Mulheres nas regiões de fronteira seca; campanhas continuadas de conscientização e unidades móveis para atendimento a mulheres em situação de violência no campo e na floresta⁷⁷.

A Casa da Mulher Brasileira funciona como um espaço de acolhimento e atendimento humanizado às mulheres vítimas de violência, que procura facilitar o acesso dessas mulheres aos serviços especializados de atendimento, assegurando condições para o combate à violência vivenciada, o empoderamento da mulher e sua autonomia econômica. A Casa da Mulher Brasileira está integrada à Rede de Atendimento, pois reúne num mesmo espaço físico os principais serviços especializados e multidisciplinares de atendimento às mulheres vítimas de violência: recepção; acolhimento e triagem; apoio psicossocial; delegacia especializada; juizado especializado em violência doméstica e familiar contra as mulheres; promotoria especializada; defensoria pública; serviço de promoção de autonomia econômica; espaço de cuidado das crianças – brinquedoteca; alojamento de passagem e central de transportes⁷⁷.

A humanização do atendimento às vítimas de violência sexual na rede de saúde e de segurança pública é um importante eixo do Programa e se observa que os espaços nos órgãos de medicina legal e na rede hospitalar de referência são adequados para o atendimento às mulheres vítimas dessa forma de violência. Valorizam-se conceitos como: o acesso das mulheres ao atendimento adequado e humanizado, a não revitimização da mulher e o combate à impunidade dos agressores. No primeiro atendimento, a mulher procura atendimento de urgência e recebe contraceptivos de emergência para prevenção de gravidez e medicamentos para profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Nesse momento, coletam-se sêmen e demais

vestígios do agressor. Com a autorização da mulher e após registro do boletim de ocorrência, o material coletado passa a compor o conjunto de provas periciais utilizadas como base para processos judiciais de responsabilização de agressores, assassinos e estupradores⁷⁷.

Em relação à implantação e manutenção dos Centros de Atendimento às Mulheres nas regiões de fronteira seca, percebe-se que recursos serão aplicados para melhorar o atendimento a migrantes vítimas de violência e o combate ao tráfico de mulheres; orientar a regularização de documentação; oferecer atendimento psicossocial; conceder assistência jurídica e realizar o encaminhamento à rede de serviços especializados⁷⁷.

As Campanhas de conscientização buscam estabelecer ações que desconstruam mitos e estereótipos de gênero e alterar os padrões sexistas, perpetuadores das desigualdades de poder entre homens e mulheres. Destacam-se as seguintes campanhas: “Violência contra as Mulheres – Eu ligo”; “Quem Ama Abraça- Fazendo Escola” e “Compromisso e atitude – a lei é mais forte”⁷⁷.

As unidades móveis, por sua vez, correspondem a ônibus e barcos especialmente adaptados que levam serviços especializados da Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência ao campo, floresta e águas. Esses serviços estão relacionados a prevenção; assistência; apuração; investigação; enquadramento legal e educação⁷⁷.

Ressalta-se a importância dos conceitos de rede de enfrentamento à violência contra as mulheres e de rede de atendimento às mulheres em situação de violência. O primeiro se refere à atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade, objetivando o desenvolvimento de estratégias eficazes de prevenção e de políticas que assegurem o empoderamento e a construção da autonomia das mulheres, os seus direitos humanos, a responsabilização dos agressores e a assistência qualificada às mulheres em situação de violência. A rede de enfrentamento é composta por: agentes governamentais e não-governamentais formuladores, fiscalizadores e executores de políticas voltadas para as mulheres; serviços/programas voltados para a responsabilização dos agressores; universidades; órgãos federais, estaduais e municipais responsáveis pela garantia de direitos e serviços especializados e não-especializados de atendimento às mulheres vítimas de violência (que compõem a rede de atendimento às mulheres em situação de violência)⁷⁸.

O conceito de rede de atendimento envolve o conjunto de ações e serviços de diferentes setores — assistência social, justiça, segurança pública e saúde —, que

buscam a expansão e o aperfeiçoamento do atendimento, a identificação e o encaminhamento adequados das mulheres vítimas de violência e a integralidade e a humanização do atendimento. A rede de atendimento às mulheres representa um componente da rede de enfrentamento à violência contra as mulheres⁷⁸.

Os cânceres de colo do útero e de mama são exemplos de doenças crônicas não transmissíveis que afetam um número significativo de mulheres no território nacional. No quadro 6, destacam-se as principais iniciativas nacionais para seu enfrentamento, que se apresentam concordantes com os acordos e as propostas citados da Comissão Intergovernamental de Doenças Não Transmissíveis.

Quadro 6. Principais avanços nacionais no combate aos cânceres de colo do útero e de mama^{79,80}

Ano	Avanço nacional	Descrição
1999	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO)	Sistema de informática oficial do Ministério da Saúde, usado para fornecimento de dados informatizados de procedimentos de citopatologia, histopatologia e controle de qualidade do exame de preventivo do colo do útero, relacionados ao programa de controle do câncer do colo do útero no Brasil.
2005	Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo do Útero e de Mama	Apresenta como diretrizes: aumento da cobertura da população-alvo; garantia da qualidade; fortalecimento do sistema de informação; desenvolvimento de capacitações; desenvolvimento de pesquisas e mobilização social.
2009	Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA)	Subsistema de informação do Sistema de Informação Ambulatorial, estabelecido pelo Ministério da Saúde para vigilância das ações de detecção precoce do câncer de mama.
2010	Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo	Reúne propostas, sistematizadas em cinco eixos, para o aperfeiçoamento técnico e operacional do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, após avaliação de estrutura e estratégias para alcançar os objetivos de redução das taxas de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero preconizados pelo programa.
2013	Portaria nº 874/2013	Estabelece a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
2013	Sistema de Informação de Câncer (SISCAN)	Sistema de informações que integra e substitui o SISCOLO e o SISMAMA.
2013	Portaria nº 3388/2013	Redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero, no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Optou-se por aprofundar a discussão sobre o SISCAN e a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, em razão de representarem avanços mais recentes e pela importância dos mesmos no combate a esse problema de saúde.

O SISCAN é desenvolvido em plataforma *web* e permite que as unidades de saúde informatizadas e com acesso à internet sejam usuários do sistema para realizar a solicitação de exames, visualizar os resultados e acompanhar as mulheres com exames alterados. O sistema passa por mudanças essenciais, dentre elas a mudança de um sistema que identifica exames para um sistema que identifica a usuária⁸¹.

Apresenta diversas funções tais como: registro de suspeita e de confirmação diagnóstica; registro de informações sobre condutas diagnósticas e terapêuticas relacionadas aos exames positivo/alterados; fornecimento de laudo padronizado; arquivamento e sistematização de informações concernentes a exames de rastreamento e diagnóstico dos cânceres de colo do útero e de mama; seleção de amostras para monitoramento externo da qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero; disposição de informações para elaboração de indicadores do Programa Nacional de Qualidade da Mamografia; disponibilização do módulo opcional de rastreamento para localidades que estiverem estruturadas para implantar o rastreamento organizado e disponibilização para prestadores de mamografia exclusivamente privados do módulo componente do Programa Nacional de Qualidade da Mamografia⁸¹.

Identificam-se importantes avanços no SISCAN: capacidade de oferecer subsídios para a avaliação dos serviços responsáveis pelos procedimentos relacionados ao rastreamento do câncer do colo do útero e de mama; planejamento das ações de controle; organização da rede de assistência para diagnóstico e tratamento; avaliação da necessidade de capacitações e seguimento dos usuários com exames alterados⁸¹.

Ressalta-se que o SISCAN está integrado a outros sistemas: Cadastro Nacional de Usuários do SUS, possibilitando a identificação dos usuários pelo número do cartão SUS e a atualização automática de seu histórico de seguimento, e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o que permite aos profissionais dos estabelecimentos de saúde capacitados para coleta, solicitação e emissão de laudos de exames, estarem disponíveis automaticamente no sistema como responsáveis por essas ações⁸¹.

O SISCAN oferece em tempo real as informações inseridas no sistema pela internet. Assim que a unidade de saúde realizar a solicitação do exame pelo SISCAN, essa permanecerá visível para o prestador incluir o resultado. Quando o laudo for liberado pelo prestador de serviço, a unidade de saúde solicitante poderá visualizá-lo.

Ao término da competência, quando o prestador encerrá-la, as informações epidemiológicas automaticamente serão exportadas para a base nacional⁸¹.

No SISCAN, existem também diferentes perfis com diversas funcionalidades: coordenações, utilizado pelos profissionais responsáveis pelas ações de controle do câncer de mama e do colo do útero nos diferentes níveis de gestão, o que permite a vinculação de unidades a prestadores de serviço, acompanhamento de mulheres com exames alterados no seguimento, visualização de laudos e gerenciamento e monitoramento externo da qualidade; prestadores de serviço, usado por laboratórios e serviços de mamografia para visualização dos exames requisitados pelas unidades de saúde, digitação dos exames citopatológicos, histopatológicos e mamografias, liberação de laudos e geração de Boletim de Produção Ambulatorial; unidades de saúde, com as funções de solicitação de exames, acesso e destravamentos dos laudos, acompanhamento das mulheres com exames alterados no seguimento e gerenciamento do rastreamento⁸¹.

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS busca diminuir a mortalidade e a incapacidade causadas por essa doença e também a possibilidade de reduzir a incidência de determinados tipos de câncer, assim como colabora para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, através de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. Essa política é organizada de forma a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população a partir da articulação de distintos pontos de atenção à saúde, adequadamente estruturados por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da rede de atenção à saúde e implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios⁸².

Essa Política apresenta entre os seus princípios gerais: reconhecimento do câncer como doença crônica prevenível e necessidade de oferta de cuidado integral; organização de redes de atenção regionalizadas e descentralizadas, em relação a critérios de acesso, escala e escopo; formação de profissionais e promoção de educação permanente, através de atividades que objetivem a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado nos diferentes níveis de atenção à saúde e para a implantação dessa Política; articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social e a incorporação e o uso de tecnologias voltadas para a prevenção e o controle do câncer na Rede de Atenção à

Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS devem ser resultado de recomendações formuladas por órgãos governamentais a partir do Processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde e da Avaliação Econômica⁸².

Os princípios e diretrizes dessa Política também discutem sobre a promoção da saúde e a prevenção do câncer. Em relação ao primeiro assunto, observam-se: fortalecimento de políticas públicas que objetivem desenvolver ao máximo a saúde potencial de cada cidadão, incluindo políticas que tenham como objeto a formação de ambientes favoráveis à saúde e ao desenvolvimento de habilidades individuais e sociais para o autocuidado; desenvolvimento de ações e políticas públicas para combate ao tabagismo, ao consumo de álcool, ao sobrepeso, ao consumo alimentar inadequado e à obesidade, considerados fatores de risco relacionados ao câncer; promoção de atividades e práticas associadas à promoção da saúde a serem realizadas em espaços que inclusive ultrapassem os limites dos serviços de saúde, alcançando, por exemplo, as escolas, os locais de trabalho e os lares e avanço nas ações de implementação da Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco. No tocante ao segundo tema, percebem-se: estímulo à eliminação ou diminuição da exposição aos agentes cancerígenos associados ao trabalho e ao ambiente como benzeno, agrotóxicos, sílica, amianto, formaldeído e radiação; prevenção da iniciação do tabagismo e do consumo do álcool e dos alimentos não saudáveis; implementação de ações de detecção precoce do câncer, por meio de rastreamento e diagnóstico precoce, a partir de recomendações governamentais, com base em Avaliação de Tecnologias em Saúde e Avaliação Econômica; garantia de confirmação diagnóstica oportuna dos casos suspeitos de câncer e elaboração das ações de monitoramento e de controle da qualidade dos exames de rastreamento⁸².

Ressalta-se a importância da discussão do tabagismo e da elaboração de medidas contra essa prática em âmbito nacional, através da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, criada em 1999, e em âmbito regional, através da Comissão Intergovernamental para o Controle do Tabaco, criada em 2003. O Brasil é Estado-Parte da Convenção-Quadro da OMS para Controle do Tabaco e se percebe que a criação das instituições referidas ocorreu com o objetivo de cumprir as medidas presentes na Convenção. Trata-se de um tratado internacional de saúde pública, adotado pela 56ª Assembleia Mundial de Saúde como instrumento de cooperação internacional para atuar sobre os determinantes transnacionais da expansão da epidemia de tabagismo no mundo. Na tabela 3, analisa-se a distribuição proporcional

do total de mortes por câncer, segundo localização primária do tumor, em mulheres, no Brasil, para os períodos entre 1994-1998 e 2006-2010⁸³.

Tabela 3. Distribuição proporcional do total de mortes por câncer, segundo localização primária do tumor, em mulheres, no Brasil, para os períodos entre 1994-1998 e 2006-2010⁸³

Topografia	1994-1998	2006-2010
Mama	15,8	15,7
Traqueia, brônquios e pulmões	7,9	10,0
Colo do útero	7,2	6,5
Outras localizações	69,0	67,6

Nota-se pela análise da tabela 3 que houve uma pequena redução das mortes por câncer de mama e uma diminuição mais significativa das mortes por câncer de colo do útero. Porém, em relação ao câncer de traqueia, brônquios e pulmões, observa-se um aumento importante do total de mortes. Nesse período, o câncer de traqueia, brônquios e pulmões se manteve como o segundo tipo de câncer que mais matou as mulheres, após o câncer de mama⁸³.

A Pesquisa Nacional sobre Saúde do Escolar do Ministério da Saúde/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2009, revelou que a experimentação de cigarros entre meninas foi maior que entre meninos em 7 capitais: Curitiba; Porto Alegre; São Paulo; Rio de Janeiro; Belo Horizonte; Salvador e Rio Branco. Além disso, percebe-se uma redução da prevalência de fumantes em ambos os sexos, entretanto essa foi menos significativa nas mulheres. A Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico mostrou que, entre 2006 e 2010, a prevalência de fumantes entre homens caiu de 20,2% para 17,9%, enquanto que entre mulheres manteve-se no patamar de 12%. Os resultados dessas pesquisas ajudam a compreender o porquê do aumento do número de mortes por câncer de traqueia, brônquios e pulmões, em mulheres, no período analisado⁸³.

Percebe-se que a Política Nacional de Controle do Tabaco reconhece as medidas da Convenção-Quadro, seus protocolos e diretrizes como o mapa de obrigações legais a serem cumpridas pelo Estado Brasileiro na perspectiva de sua política de desenvolvimento. As determinações presentes na Convenção-Quadro foram fundamentais para impulsionar o combate ao tabagismo no Brasil, com a redução da

prevalência de fumantes e do total de mortes por determinados tipos de câncer: medidas relacionadas a preços e impostos para reduzir a demanda de tabaco (artigo 6), que promoveram o aumento dos tributos incidentes sobre os cigarros; proteção contra a exposição à fumaça do tabaco (artigo 8), que foi comprovada pela OMS como cancerígena e genotóxica para seres humanos; embalagem e etiquetagem de produtos do tabaco (artigo 11), com a inserção pelos fabricantes de advertências sanitárias com fotos nas embalagens dos produtos do tabaco, ocupando 100% de uma das maiores faces e incluindo informações em ambas as laterais; educação, comunicação, treinamento e conscientização do público (artigo 12); publicidade, promoção e patrocínio do tabaco (artigo 13), com a proibição em todo o território nacional da propaganda de produtos do tabaco; tratamento para cessação do tabagismo (artigo 14); comércio ilícito de produtos do tabaco (artigo 15); venda a menores de idade ou por eles (artigo 16), com a proibição da venda de quaisquer produtos do tabaco a crianças e adolescentes; apoio a atividades alternativas economicamente viáveis (artigo 17) e proteção ao meio ambiente e à saúde das pessoas (artigo 18), com a realização de projetos de extensão rural, formação e pesquisa para desenvolvimento de estratégias de diversificação produtiva em propriedades de agricultores familiares produtores de fumo e criação de novas oportunidades de geração de renda e qualidade de vida às famílias^{83,84}.

Ressalta-se a importância das medidas de controle do tabaco no combate às iniquidades em saúde, que correspondem às diferenças entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias socialmente. Tais iniquidades são produtos de grandes desigualdades entre os diversos estratos sociais e econômicos da população brasileira⁸⁵.

Nota-se que as medidas nacionais observadas são congruentes com os conceitos recentes de saúde, as Conferências Internacionais para sua promoção e os fatores que a influenciam: determinantes sociais da saúde. A mobilização dos diversos atores globais se mostra importante na criação de ambientes favoráveis à elaboração de políticas e programas que buscam a melhoria da saúde das populações como se observa no Brasil que avançou significativamente em relação a essas estratégias.

Os direitos dos cidadãos e temas como a saúde são discutidos na Constituição Federal e na lei orgânica 8080/1990, o que revela os avanços legais no combate às iniquidades sociais. No artigo 2º da lei 8080/1990, percebe-se:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos e doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso

universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação⁸⁶.

Observa-se no artigo 5º da Constituição Federal a citação aos direitos e garantias fundamentais:

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

I – homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição;

III – ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante⁸⁷.

É possível afirmar que a PNAISM e as medidas citadas referentes ao combate a violência de gênero, doenças crônicas e tabagismo são concordantes com o que é estabelecido no artigo 2º da lei 8080/1990, pois essas políticas representam meios de se garantir o exercício do direito à saúde, bem como a redução de riscos, doenças e agravos aos quais os cidadãos podem ser vulneráveis. Além disso, ressalta-se que os avanços relacionados ao combate à violência de gênero, responsáveis por estimular a participação das mulheres e orientá-las em relação aos seus direitos, atendem ao que é disposto no artigo 5º da Constituição Federal, devido ao fato de colaborarem para o enfrentamento de discriminações de qualquer natureza e reconhecerem a igualdade entre homens e mulheres em direitos e obrigações.

São evidentes os esforços do Estado brasileiro no combate aos problemas referidos, bem como a contribuição da integração regional, através do Mercosul, para impulsionar tais medidas. A elaboração de políticas, planos, leis e campanhas é fundamental para orientar as ações do Estado, das instituições e da população para alcançar uma sociedade mais justa e igualitária, que reconheça os direitos dos seus cidadãos e lute pela existência de condições que garantam e ampliem esses direitos.

É importante observar que a formulação de medidas, por si só, não garante a diminuição das desigualdades decorrentes dos problemas presentes na sociedade. Torna-se necessário o cumprimento dessas medidas, assim como sua avaliação e reformulação constantes de forma que permita um aumento de sua efetividade. Assim, é possível alcançar o ideal de inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, presente na Constituição Federal, o que permitiria o reconhecimento do ser humano como um sujeito de direitos e a diminuição da pobreza que marca muitas regiões do Brasil e afeta a qualidade de vida de seus cidadãos.

VI. CONCLUSÕES

1. Identificaram-se muitos avanços no Brasil, decorrentes de determinações da RMAAM e da Comissão Intergovernamental de Doenças Não Transmissíveis, que são concordantes com o que é determinado pela Constituição Federal e pela lei 8080/1990: Ligue 180; Casa do Imigrante; Programa Mulher Viver sem Violência; SISCAN e aplicação das medidas da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.
2. Aceita-se como válida a hipótese avaliada nesse trabalho, diante dos evidentes avanços e das possibilidades de melhores condições de vida para as mulheres, que são consequências da integração regional, conduzida pelo Mercosul.
3. É importante observar que a hipótese desse estudo pode ser invalidada com o surgimento de dados novos relacionados à violência de gênero e às doenças crônicas.

VII. SUMMARY

WOMEN'S HEALTH IN BRAZIL: ADVANCES FROM THE INTEGRATION IN MERCOSUR. **Introduction:** With the advance of globalization, the economy is internationalized and the blocs of countries have been created to integrate the region. The Southern Common Market (Mercosur) stands out for to constitute itself as a regional economic bloc that seeks to relate global issues to local demands, among them health. For Brazil, the health has also to be treated from the regional integration and the practice of South-South cooperation, renewing itself institutional resources, with proposals of regional norms and advances in healing of the nations. **Objective:** Analysis and discussion of the possibilities for improvements in health policy formulation brought about by regional integration with its international negotiations and agreements within Mercosur, in 2011 to 2013, able to impact on the health policy of women in Brazil. **Methods:** Systematic review of the literature in electronic media, using the hypothetical-deductive method, which requires the construction of hypotheses, through specific readings on the subject such as articles, official documents, proceedings and books, undergoing tests. **Results:** We can see measures such as Call 180, the SISCAN and the Framework Convention on Tobacco Control that promoted the exchange of information and coping with public health problems, strengthening the social question in Brazil. **Conclusions:** it is accepted as valid the hypothesis evaluated in this work, given the obvious advances and possibilities for better living conditions for women, which are consequences of integration in Mercosur.

Key words: 1. Women's health - Brazil; 2. Mercosur; 3. Public policies.

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Scliar M. História do Conceito de Saúde. *Physis* 2007; 17(1): 29-41.
2. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
3. Diniz CR, Silva IB. Metodologia científica. Natal: UEPB/UFRN – EDUEP, 2008.
4. Ribeiro SESB. Acidente catastrófico de efeitos limitados na região transfronteiriça Chaves-Verín. Porto. Dissertação [Mestrado em Medicina de Catástrofe] – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto; 2010.
5. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2003.
6. Balestrin MF, Barros SABM. A relação entre concepção do processo saúde e doença e a identificação/hierarquização das necessidades em saúde. *VOOS* 2009; 01: 18-41.
7. Santos AL. Conceito de Saúde: perspectiva histórica. *Âmbito Jurídico* [periódicos na internet]. 2011 out [acesso em 22 ago 2014]; 14 (93). Disponível em:
http://ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10598&revista_caderno=9.
8. Stark, E. The epidemic as a social event. *International Journal of Health Service*. 1977; 7: 681-705.
9. Albuquerque CMS, Oliveira CPF. Saúde e Doença: Significações e Perspectivas em Mudança. *Millenium* [periódicos na internet]. 2002 [acesso em 22 ago 2014]; (25). Disponível em:
http://www.ipv.pt/millenium/Millenium25/25_27.htm.
10. Foucault M. *Microfísica do poder*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
11. Backes MTS, Rosa LM, Fernandes GCM, Becker SG, Meirelles BHS, Santos SMA. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. *Rev. enferm.* 2009 Jan/Mar; 17(1): 111-7.
12. Sá Júnior LSM. Desconstruindo a definição de saúde. *Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM)* 2004 Jul/Set; p.15-16.
13. Carvalho AAS. Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de Enfermagem e de outros cursos do ensino superior. Tese

- [Doutorado em Saúde Infantil] – Universidade do Minho, Instituto de Estudos da Criança; 2007.
14. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cien Saude Colet*. 2000; 5(1): 163-77.
 15. Hochman G, Arretche M, Marques E. Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2007.
 16. Lopes MSV, Saraiva KRO, Fernandes AFC, Ximenes LB. Análise do Conceito de Promoção da Saúde. *Texto & contexto enferm*. 2010 Jul/Set; 19(3): 461-8.
 17. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
 18. Ramos RR. Promoção da Saúde: uma abordagem integrada através da bacia hidrográfica. *Hygeia* 2013 Dez; 9(17): 129 – 41.
 19. Miguel JP, Barreiros F. A OMS e a respectiva agenda. *Janus* 2009: 1-8.
 20. Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis* 2007; 17(1): 77-93.
 21. CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
 22. Nogueira VMR. Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais – um debate necessário. *Rev Serviço Social & Saúde* 2011 Dez; 10(12): 45-72.
 23. World Health Organization. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro: WHO; 2011.
 24. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde [homepage na internet]. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença [acesso em 07 set 2014]. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/iniquidades.htm>.
 25. Pinto CRJ. Feminismo, história e poder. *Rev. Sociol. Polít.* 2010 Jun; 18(36): 15-23.
 26. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev Saude Publica* 2005; 39(5): 695–701.
 27. UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCHR, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. Eliminating female genital mutilation: an interagency statement. Geneva: World Health Organization; 2008.
 28. World Health Organization. Women and health: today's evidence tomorrow's agenda. Geneva: World Health Organization; 2009.

29. United Nations General Assembly. Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. Resolution A/66/L1. 16 September 2011.
30. Goin M, Nunes CM. Integração regional e Mercosul: compreendendo as especificidades do bloco. II Simpósio Iberoamericano em Comércio Internacional, Desenvolvimento e Integração Regional [evento na internet]. 2009 out 22-24; Santa Rosa; Brasil [acesso em 12 ago 2014]. Disponível em: http://redcidir.org/multimedia/pdf/trabajos_seleccionados/Seleccionados-II-Simpósio/Comercio_Internacional_e_Integracion/integracao-regional-e-mercosul.pdf.
31. Milani CRS. Aprendendo com a história: críticas à experiência da Cooperação Norte-Sul e atuais desafios à Cooperação Sul-Sul. Caderno CRH 2012 Maio/Ago; 25 (65): 211-31.
32. United Nations [homepage na internet]. We can end poverty: millennium development goals and beyond 2015 [acesso em 13 ago 2014]. Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/>.
33. Buss PM, Ferreira JR. Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da Unasul saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). Rev Electron Comun Inf Inov Saude 2010 Mar; 4 (1): 106-18.
34. Almeida C, Campos RP, Buss PM, Ferreira JR, Fonseca LE. A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. Rev Electron Comun Inf Inov Saude 2010 Mar; 4 (1): 25-35.
35. Santana JP. Um olhar sobre a Cooperação Sul-Sul em Saúde. Cien Saude Colet 2011; 16(6): 2993-3002.
36. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Fórum Permanente Mercosul para o trabalho em saúde: Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
37. Machado MH, Paula A, Aguiar Filho W. O trabalho em saúde no MERCOSUL: uma abordagem brasileira sobre a questão. Cad Saude Publica 2007; 23 Suppl 2: S292-S301.
38. Ministério da Saúde; Gabinete do Ministro; Assessoria de Assuntos Internacionais. Relatório de Gestão 2007 da Coordenação Nacional da Saúde no Mercosul. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

39. Queiroz LG, Giovanella L. Agenda regional da saúde no Mercosul: arquitetura e temas. *Rev Panam Salud Publica* 2011; 30 (2): 182-8.
40. Mariano MP, Ramanzini Júnior H, Almeida RAR. O Brasil e a integração na América do Sul, uma análise dos últimos dez anos. *Relações Internacionais* 2014; (41): 123-34.
41. Lima MRS. Relações interamericanas: a nova agenda sul-americana e o Brasil. *Lua Nova* 2013; 90: 167-201.
42. Mendonça MC, Lopez R, Gomide T, Faria RC, Gomes NFM. MERCOSUL – Um Mercado do Sul. *Contemporâneos* [periódicos na internet]. 2008 [acesso em 11 abr 2015]. Disponível em: <http://www.revistacontemporaneos.com.br/n1/pdf/mercosul.pdf>.
43. Mesquita LR. Para além do Estado: A Agência no Mercosul Social e Participativo. *Conjuntura Internacional* 2013; 10 (1): 40-50.
44. Costa LC. A Agenda Social do Mercosul: a Relação Estado Nacional e Integração Regional. *Revista em pauta* 2009; 6 (24): 65-82.
45. Cabral CHPL, Andrade MTS, Wanderley Junior B. A integração que deu certo: o Mercosul Social e a efetivação dos Direitos Fundamentais. *Revista FSA* 2013 Out/Dez; 10 (4): 115-32.
46. Secretaria-Geral da Presidência da República, Ministério das Relações Exteriores, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Mercosul Social e Participativo: Construindo o Mercosul dos povos com democracia e cidadania*. Brasília: Ibraes; 2007.
47. Draibe SM. Coesão social e integração regional: a agenda social do MERCOSUL e os grandes desafios das políticas sociais integradas. *Cad Saude Publica* 2007; 23 Suppl 2: S174-S183.
48. Dri CF, Piacentini DQ. Para um modelo político pós-nacional: o estado em Jürgen Habermas. *Rev. Disc. Jur. Campo Mourão* 2007 Jan/Jul; 3 (1): 50-84.
49. Zero M [homepage na internet]. Por que o Mercosul incomoda os conservadores? [acesso em 25 fev 2015]. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/economia/por-que-o-mercosul-incomoda-os-conservadores-7504.html>.
50. Passos N [homepage na internet]. “Cobertura da mídia consolida visão negativa do Mercosul” [acesso em 25 fev 2015]. Disponível em: <http://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Internacional/-Cobertura-da-midia-consolida-visao-negativa-do-Mercosul-%0D%0A/6/25223>.

51. Tessari GR. Integração regional, fundos estruturais e estabilidade institucional no Mercosul: a criação do Focem. *Perspectivas* 2012 Jul/Dez; 42: 115-37.
52. Portela LS. Impactos do Focem nas assimetrias do Mercosul: análise multicritério dos meios distributivos. Brasília. Artigo [Pós-graduação em Relações Internacionais] - Universidade Católica de Brasília; 2013.
53. Souza AM, Oliveira ITM, Gonçalves SS. Integrando desiguais: assimetrias estruturais e políticas de integração no Mercosul. Brasília: BNDES/IPEA; 2010.
54. Oliveira AEA. A formação de blocos regionais para a integração e o desenvolvimento no contexto da globalização: o caso da União Europeia (UE) e do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL). Salvador. Tese [Doutorado em Ciências Sociais] – Universidade Federal da Bahia; 2010.
55. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. IBGE Países [acesso em 29 mar 2015]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/paisesat/>.
56. Mendes DF. O Fundo de Convergência Estrutural do Mercosul. *Conjuntura Internacional* 2005 Mar.
57. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [homepage na internet]. Ranking IDH Global 2013 [acesso em 30 mar 2015]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDH-Global-2013.aspx>.
58. Faria LAE, Barão GR. O âmbito político-institucional do Mercosul: a política externa brasileira e o desenvolvimento institucional do bloco. *Ensaio FEE* 2012 Maio; 33 (1): 77-96.
59. Mariano MP, Ramanzini Júnior H. Uma análise das limitações estruturais do Mercosul a partir das posições da política externa brasileira. *Rev. Sociol. Polít* 2012 Out; 20 (43): 23-41.
60. Oliveira AEA. Políticas de desenvolvimento regional na União Européia e no MERCOSUL. In: XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais; 2011 Ago 7-10. Salvador, Bahia. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2010. p.1-16.
61. Gomes FBC. Assimetrias em saúde no Mercosul. Brasília: Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados; 2008.
62. Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial. Integração Produtiva: caminhos para o Mercosul. Brasília: Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial; 2010.

63. Santana CH, Kasahara Y. Assimetrias, Interesses e Representação – os Desafios da Institucionalização do Mercosul. *Papéis Legislativos* 2007 Maio; (1): 1-27.
64. Ranzan EAC. O Mercosul no século XXI: combatendo assimetrias e ampliando o diálogo. Porto Alegre. Monografia [Graduação em Relações Internacionais] – Faculdade de Relações Internacionais da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
65. Reunião de Ministras e Altas Autoridades da Mulher do Mercosul [homepage na internet]. Quem Somos [acesso em 2 abr 2015]. Disponível em: <http://www.mercosurmujeres.org/pt/quienes-i1>.
66. Mercado Comum do Sul [homepage na internet]. Documentação oficial do Mercosul [acesso em 2 abr 2015]. Disponível em: http://www.mercosur.int/t_generic.jsp?contentid=5793&site=1&channel=secretaria&seccion=3.
67. Aquino PS, Ximenes LB, Pinheiro AKB. Políticas públicas de saúde voltadas à atenção à prostituta: breve resgate histórico. *Enfermagem em Foco* 2010; 1(1): 18-22.
68. Souto KMB. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. *Ser Social* 2008 Jan/Jun; 10 (22): 161-82.
69. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
70. Ramalho KS, Silva ST, Lima SM, Santos MA. Política de saúde da mulher à integralidade: efetividade ou possibilidade? *Cadernos de Graduação* 2012 Nov; 1 (1): 11-22.
71. Freitas GL, Vasconcelos CTM, Moura ERF, Pinheiro AKB. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. *Rev. Eletr. Enf.* [periódicos na internet]. 2009 [acesso em 07 abr 2015]; 11 (2): 424-8.
72. Secretaria de Políticas para as Mulheres [homepage na internet]. Central de atendimento à Mulher [acesso em 07 abr 2015]. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/ligue-180>.
73. Observatório Brasil da igualdade de gênero [homepage na internet]. Dados da Central de Atendimento à Mulher: Ligue 180 [acesso em 07 abr 2015]. Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/eixo/indicadores/indicadores-nacionais/central-de-atendimento-a-mulher-ligue-180>.

74. Reunião de Ministras e Altas Autoridades da Mulher do Mercosul [homepage na internet]. Mercosul Livre do Tráfico de Mulheres [acesso em 07 abr 2015]. Disponível em: <http://www.mercosurmujeres.org/pt/mercosul-livre-do-trafico-de-mulheres-camp12>.
75. Compromisso e Atitude [homepage na internet]. Decisões STF ADC 19 e ADI 4424 (constitucionalidade da Lei Maria da Penha e dispensa da representação da vítima) [acesso em 07 abr 2015]. Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br/decisao-stf-adc-19-e-adi-4424-09022012/>.
76. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013.
77. Secretaria de Políticas para as Mulheres [homepage na internet]. Programa ‘Mulher, Viver sem Violência’ [acesso em 07 abr 2015]. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/violencia/programa-mulher-viver-sem-violencia>.
78. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011.
79. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [homepage na internet]. Controle do Câncer de Mama: histórico das ações [acesso em 07 abr 2015]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/historico_acoes.
80. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [homepage na internet]. Controle do Câncer do Colo do Útero: histórico das ações [acesso em 07 abr 2015]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/historico_acoes.
81. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Sistema de informação do câncer: manual preliminar de apoio à implantação. Rio de Janeiro: INCA, 2013.
82. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [portaria na internet]. Diário Oficial da União 17 maio 2013 [acesso em

- 07 abr 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html.
83. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para controle do Tabaco (CONICQ). Política Nacional de Controle do tabaco: relatório de gestão e progresso 2011-2012. Rio de Janeiro: INCA, 2014.
84. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Relatório Evolutivo da Comissão Intergovernamental para o Controle do Tabaco. Rio de Janeiro: INCA, 2012.
85. Noronha PC, Souza ES. Promoção da saúde e iniquidades em saúde na América Latina: um diálogo com as cartas das conferências de promoção da saúde de Bogotá e Bangkok. Rev Brasileira de Ciências da Saúde 2008 Abr/Jun; (16): 66-70.
86. Brasil. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União 20 set 1990; 128 (182): 18055-18059.
87. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.