



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE  
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA  
(ILACVN)**

**SAÚDE COLETIVA**

**MAPEAMENTO DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO EM SAÚDE NOS PAÍSES QUE  
COMPÕEM O MERCOSUL**

**RENAN AYRTON VALIATI**

Foz do Iguaçu  
2021

**MAPEAMENTO DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO EM SAÚDE NOS PAÍSES QUE  
COMPÕEM O MERCOSUL**

**RENAN AYRTON VALIATI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Araújo  
Fonseca

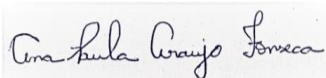
Foz do Iguaçu  
2021

RENAN AYRTON VALIATI

**MAPEAMENTO DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO EM SAÚDE NOS PAÍSES QUE  
COMPÕEM O MERCOSUL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

**BANCA EXAMINADORA**



---

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Ana Paula Araújo Fonseca  
UNILA



---

Prof.<sup>a</sup> Doutora Karine Brito dos Santos  
UNILA



---

Prof. Msc. Felipe Cordeiro de Almeida  
UNILA

Foz do Iguaçu, 11 de Junho de 2021

## TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Renan Ayrton Valiati

Curso: Bacharel em Saúde Coletiva

	Tipo de Documento
<input checked="" type="checkbox"/> graduação	(.....) artigo
(.....) especialização	<input checked="" type="checkbox"/> trabalho de conclusão de curso
(.....) mestrado	(.....) monografia
(.....) doutorado	(.....) dissertação
	(.....) tese
	(.....) CD/DVD – obras audiovisuais
	(.....) _____

Título do trabalho acadêmico: Mapeamento de Políticas de Promoção em Saúde nos Países que Compõem o Mercosul.

Nome do orientador(a): Profa. Dra. Ana Paula Araujo Fonseca

Data da Defesa: 11/06/2021

### Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

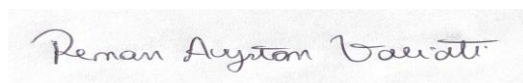
a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons* **Licença 3.0 Unported**.

Foz do Iguaçu, 11 de Junho de 2021.



Assinatura do Responsável

VALIATI, Renan Ayrton. **MAPEAMENTO DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS PAÍSES QUE COMPÕEM O MERCOSUL**. 2021. 51 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Saúde Coletiva – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

## RESUMO

Historicamente a Promoção da Saúde vem desde a apresentação da Carta de Ottawa em 1986 permeando outros campos do saber com o intuito de colaborar com o desenvolvimento da qualidade de vida das populações através da criação de políticas públicas. Sua interface com a área das Relações Internacionais estimulou o surgimento da Diplomacia em Saúde. Diante disso, este trabalho mapeou as políticas de promoção da saúde dos países que compõem o MERCOSUL, além de verificar se os documentos seguem as normativas propostas por OPAS e OMS. A análise foi feita com base na metodologia de Política Comparada. O estudo apontou a aderência dos Estados baseados nos Objetivos da Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2030 e trouxe para o centro do debate a discussão sobre a importância da regionalização das políticas públicas de saúde, assim como o protagonismo do profissional da Saúde Coletiva em articular, planejar, promover e orientar sistemas de saúde mais universais, integrados e com ações voltadas para a interdisciplinaridade e a intersetorialidade.

**Palavras-chave:** Promoção da Saúde; Diplomacia da Saúde; Política Comparada; ODS.

## ABSTRACT

Historically, Health Promotion has come from the introduction of the Ottawa Charter in 1986, permeating other fields of knowledge in order to collaborate with the development of the population's quality of life through the creation of public policies. Its interface with the area of International Relations stimulated the emergence of Diplomacy in Health. Therefore, this work mapped the health promotion policies of the countries that make up MERCOSUR, in addition to verifying whether the documents follow the regulations proposed by PAHO and WHO. The analysis was based on the Comparative Policy methodology. The study pointed out the adherence of States based on the Goals of the Sustainable Health Agenda for the Americas 2030 and brought to the center of the debate the discussion on the importance of regionalization of public health policies, as well as the protagonism of the Public Health professional in articulating, plan, promote and guide health systems that are more universal, integrated and with actions aimed at interdisciplinary and intersectorality.

**Keywords:** Health Promotion; Health Diplomacy; Comparative Policy; ODS.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	8
CAPÍTULO I – CAMINHO TEÓRICO.....	15
1. PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	15
2. DIPLOMACIA EM SAÚDE .....	19
3. MERCOSUL, OPAS, OMS e ODS: discutindo um futuro sustentável.....	25
CAPÍTULO II - METODOLOGIA.....	32
CAPÍTULO III - ANÁLISE E DISCUSSÃO .....	35
1. BRASIL.....	38
2. PARAGUAY.....	39
3. URUGUAI .....	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS.....	48

## Introdução

Antes de iniciar, gostaria de deixar registrado alguns motivos que me trouxeram a este tema e dizer que há também o elemento da escrita, que neste percurso será em primeira pessoa, pois acredito que a titularidade do trabalho aconteceu pela minha ótica, sistematizando pensamentos e criando uma visão de caminhos futuros. Busquei imprimir uma narrativa objetiva, mas que garanta uma leitura sólida e prestativa. Não se trata de uma provocação e nem mesmo uma abordagem egóica da minha parte, mas sim, a possibilidade de lançar maneiras mais atuais, autônomas, condizentes com a realidade da universidade que me forma, assim como suas professoras e professores, e o sentimento de escrever legitimamente.

A Saúde Coletiva como área é muito diversa e nos moldes de como o curso funciona na Unila, o caráter interdisciplinar, multiprofissional, o aspecto do bilinguismo, multicultural, e principalmente, o fato de ser uma universidade idealizada para pensar e desenvolver ações e pesquisas que vão além das fronteiras. Esse contexto único somado às minhas experiências passadas como biomédico, me permitiram ir além do convencional e vislumbrar possibilidades de campo, foi aí que principalmente através da Promoção e da Comunicação em Saúde, componentes curriculares da graduação, eu descobri a Diplomacia em Saúde. Ainda tateando sobre o tema fiz estágio obrigatório na Secretaria de Direitos Humanos e Relações com a Comunidade de Foz do Iguaçu. Lá, pude desenvolver ações relacionadas aos ODS, articulando saberes teóricos com atores de formações e contextos sociais distintos. Na prática, essa breve experiência me fez sintetizar duas coisas: o quão capilar é a Política e como existem pessoas que estão engajadas em mudar o presente para reorientar possibilidades de futuro, e claro, não há apenas otimismo, mas é fato que, pude reconhecer desafios que valem a pena ser enfrentados, pois são justamente as pessoas que nos movem.

Além de articular junto com setores do executivo do município, como Meio Ambiente, Educação, Assistência Social, Planejamento, Agricultura, Saúde, Cultura, e outros, a relação do que existe de conhecimento acumulado e a prática é potencialmente estimulante, e é justamente nesse espaço que os ODS se encontram e acontecem.



A tarefa de mapear, analisar e discutir no que me cabe este trabalho, é uma escolha clara de quem entende os ODS como instrumentos norteadores num processo de caminhada coletiva e que se apropria da Diplomacia em Saúde para viabilizar ações que possam expandir nossas percepções e ajudar a promover maneiras mais responsáveis, éticas e sustentáveis de conduzir políticas públicas assertivas.

Dito isso, lanço a pergunta que me guiou nesse processo de escrita - Como a Saúde Coletiva e Diplomacia em Saúde podem auxiliar na transformação do futuro?

É com essa pergunta que apresento uma breve discussão sobre a Saúde Global e seus olhares do presente. Quem me ajudou a firmar alguns posicionamentos sobre o assunto foi a professora Helena Ribeiro, da USP.

Em todas as sociedades verifica-se uma explosão de carga de doenças, com custos sociais e financeiros elevadíssimos. Esse quadro exige um estilo mais amplo e inovador de ações de saúde pública que precisam estar associadas a recursos e atores sociais de outros setores, além da área da saúde, abrangendo profissionais especializados num espectro mais amplo de disciplinas.

No contexto do debate pós-2015 e da aprovação pela Organização das Nações Unidas (ONU) da Agenda 2030, que apresenta os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, reconheceu-se que uma abordagem mais ampla é essencial para a obtenção de saúde e bem-estar globais.

São 17 os objetivos da Agenda 2030, listados a seguir. Apesar de haver um objetivo específico que menciona a saúde, o número 3, os outros 16 constituem determinantes de boa saúde: 1) erradicar a pobreza em todos as suas formas e em todos os locais; 2) acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhor nutrição e promover a agricultura sustentável; 3) assegurar vida saudável e promover bem-estar de todos em todas as idades; 4) garantir educação de qualidade equitativa e inclusiva e promover oportunidades de aprendizagem permanente a todos; 5) alcançar a igualdade de gênero e empoderar meninas e mulheres; 6) garantir disponibilidade e gestão sustentável da água e do saneamento para todos; 7) garantir acesso à energia adequada, confiável, sustentável e moderna para todos; 8) promover o crescimento econômico, sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente para

todos; 9) construir infraestrutura resiliente, promover industrialização inclusiva e sustentável e fomentar inovação; 10) reduzir desigualdade dentro e entre países; 11) converter cidades e assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis; 12) assegurar padrões de consumo e produção sustentáveis; 13) adotar medidas urgentes para combater as mudanças climáticas e seus impactos; 14) conservar e utilizar de maneira sustentável oceanos, mares e recursos marinhos; 15) proteger, restaurar e promover o uso sustentável de ecossistemas terrestres, o manejo sustentável das florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação dos solos e deter a perda da biodiversidade; 16) promover sociedades pacíficas e inclusivas, facilitar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis; 17) fortalecer os meios de implementação e revitalizar a aliança mundial para o desenvolvimento sustentável (WHO, 2016).

Para Helena Ribeiro (2016), embora o sistema de saúde seja uma das arenas-chave para o combate às doenças, os pesquisadores da área, as autoridades, os políticos e os trabalhadores envolvidos diretamente na proteção à saúde não conseguirão ser bem-sucedidos sozinhos. Eles precisarão intervir na prevenção primária junto com outros atores, como profissionais de direito, de agricultura, de meio ambiente, engenheiros, diplomatas, sociólogos, antropólogos, geógrafos, comunicadores, e com a própria comunidade.

Kinshore e colaboradores (2011) defendem no documento *Identifying Interprofessional Global Health Competencies for the 21st Century Health Professionals* quatro estratégias práticas e viáveis para as comunidades acadêmicas, como resposta aos novos desafios da saúde pública:

1. Preparar líderes versáteis em saúde global, integrando disciplinas, transcendendo fronteiras e desenvolvendo colaboração entre setores governamentais, privado e voluntário;
2. Encorajar pesquisas e ações interdisciplinares;
3. Criar e apoiar parcerias nacionais e, sobretudo, internacionais, visando a fortalecer pesquisas, promover a produtividade que beneficia os dois parceiros e aumentar as chances de sucesso de intervenções complexas;

4. Apoiar esforços e movimentos de estudantes a favor de grupos marginalizados, pois eles parecem ter maior sensibilidade para tais grupos.

A saúde global, como destacam Wernli e colaboradores (2016), tem atraído cada vez mais atenção de instituições acadêmicas, mostrando a crescente interdependência que caracteriza os tempos atuais e provendo uma nova visão de mundo para enfrentar os problemas de saúde. No entanto, os autores ressaltam que ainda há um grande potencial de crescimento deste campo de estudos, que apresenta perspectivas amplas em diferentes ciências e áreas geográficas. Destacam seis princípios básicos da saúde global acadêmica: o foco nas questões transfronteiras e multiníveis; a mobilização de todas as disciplinas; o estudo de sistemas complexos no mundo real; a busca de inovação acessível financeiramente, efetiva e integrativa; a preocupação com a sustentabilidade; o compromisso com o quadro normativo dos direitos humanos e a equidade.

Mediante tais apontamentos, o rumo traçado pelos pesquisadores demonstra claramente o quão abrangente são nossas necessidades de assumir uma cultura interdisciplinar, e por que não dizer, transdisciplinar. Seja desde a formação de base, passando pelo ensino superior e a atuação profissional, ser um indivíduo versado em habilidades interpessoais, com condições de perceber de maneira holística e sistêmica as demandas, faz parte de assumir as responsabilidades coletivas de nosso tempo.

Desde o século XVIII, há registros de atlas mundiais de doenças, mas os grandes progressos vieram em meados do século XX, em decorrência das grandes guerras mundiais e do conhecimento advindo da cartografia e da medicina. Com isso, foi possível o mapeamento por uma ótica salutogênica, e ainda que o atual sistema hegemônico global opere focado na mercantilização da saúde e lucrando com a doença, isso não freia os esforços em pesquisas que possibilitam a sistematização do que entendemos como processos de saúde e doença.

Mais recentemente, no final do século XX, com o avanço do processo de globalização, e da crise ambiental global, ressurgiu mais fortemente o interesse em se estudar a saúde humana na escala planetária. Isso não significa que havia cessado totalmente o interesse de alguns países, sobretudo os mais desenvolvidos economicamente, em pesquisar o assunto e até mesmo em cooperar com nações mais

pobres e com condições de saúde muito precárias, durante a segunda metade do século XX.

Para esse tipo de ação humanitária de cooperação foi cunhada a expressão saúde internacional. De acordo Brown, Cueto e Fee (2006), o termo foi usado no início do século XX para se referir ao controle de epidemias que ultrapassavam fronteiras entre nações, ou seja, que exigiam um controle internacional. Os tratados de livre comércio também fazem parte desse contexto político e econômico para os determinantes sociais da saúde e têm efeitos significativos nas condições de saúde e nas iniquidades em saúde.

[...] Num momento em que as atividades econômicas se tornam cada vez mais globalizadas, o trânsito das pessoas se dá crescentemente entre países, e a circulação de informações é realizada em tempo presente, em quase todo mundo, também o campo da saúde pública se amplia para um âmbito planetário. Desenvolveu-se, assim, a saúde global para enfrentar problemas que, por sua dimensão global, afetam vastos segmentos populacionais em diferentes países do mundo. (Solimano e Valdivia, 2014, p. 22, 23).

## **O que é Saúde Global?**

Koplan e colaboradores (2009), afirmam que a saúde global enfatiza questões de saúde, seus determinantes e soluções transnacionais. Reforçam que ela envolve disciplinas além das ciências da saúde e que promove a colaboração interdisciplinar. Por fim, destacam que a saúde global é uma síntese de prevenção em nível populacional e do cuidado em nível individual.

Já para MacFarlane, Jacobs e Kaaya (2008), Saúde global se refere a melhorias de condições de saúde ao redor do mundo, redução das disparidades e proteção contra ameaças globais que não respeitam fronteiras nacionais. Por outro lado, White e Nanan (2008), dizem que o campo pressupõe relações mais horizontais e colaboração entre nações.

Indistintamente da concepção, a Saúde global pode fortalecer ações favoráveis à solidariedade internacional e à promoção de equidade entre pessoas e povos, ou, ao contrário, contribuir para ampliar as desigualdades sociais e econômicas. As inúmeras convenções, encontros, reuniões e fóruns que acontecem anualmente por todo o globo se colocam à frente nos posicionamentos e criam um contexto favorável para a ampliação dos olhares e o foco sobre a temática.

Nas últimas décadas, a saúde humana vem sendo considerada como um bem público global, ou um direito fundamental de todos os povos ou coletividades. No documento final da Cúpula Mundial de Saúde de 2014, em Berlim, denominado “Saúde é mais que medicina”, logo no primeiro item ressalta-se que “a saúde é um direito humano”. Além disso, afirma-se que a saúde tem um enorme impacto no desenvolvimento social e econômico, em todo o mundo, e que nada é mais importante que a saúde para o indivíduo – para que possa viver com dignidade e desenvolver seu potencial – e para a sociedade em geral. Constata-se, portanto, que a saúde tem reflexos na produção e produtividade dos países, mas também na política externa, na soberania e segurança nacional, no comércio, no turismo, nos direitos humanos e nos programas de meio ambiente.

Como disciplina a saúde global é considerada emergente e tem como principais precedentes a saúde pública e a saúde internacional. Com a saúde pública compartilha o foco na saúde da coletividade, a interdisciplinaridade e ações na promoção, na prevenção e na recuperação da saúde humana. Com a saúde internacional compartilha uma abordagem para além das fronteiras nacionais.

Em suma, a saúde global envolve o conhecimento, o ensino, a prática e a pesquisa referente a questões e problemas de saúde supraterritoriais, que extrapolam as fronteiras geográficas nacionais; seus determinantes sociais e ambientais, que podem ter origem em quaisquer lugares; assim como as possíveis soluções, que necessitam de intervenção e acordos entre diversos atores sociais, incluindo países, governos e instituições internacionais públicas e privadas. (Fortes e Ribeiro, 2014, p. 28)

Considerando que há interdependência global de problemas, de determinantes e de soluções para a saúde, a responsabilidade por encontrar respostas não pode ser assumida por governos apenas com ações nacionais. Logo, a saúde global se estabelece como um campo de conhecimento e prática que demanda aplicação do diálogo entre os setores da saúde e das relações internacionais.

Benatar e colaboradores identificaram sete valores necessários para uma ética em saúde global: respeito pela vida humana; direitos humanos, responsabilidades e necessidades; equidade; liberdade; democracia no sentido participativo; ética ambiental e solidariedade (*apud* Pinto, Birn e Upshur, 2013, p. 29).

## Mobilidade humana

Segundo Hoyez (2010), as relações entre transnacionalização, migração e saúde envolvem três temas multidisciplinares e complexos: 1) a produção dos saberes dos migrantes e as práticas de cuidados utilizadas por eles; 2) as mudanças que ocorrem na saúde de migrantes no novo país para o qual se deslocam, tendo em conta os seus determinantes sociais; 3) a análise dos sistemas de saúde, das políticas públicas para migrantes e das dimensões ideológicas subjacentes a elas.

Muitas nações mais pobres perdem profissionais formados com significativos investimentos, que fazem falta para suprir as inúmeras necessidades sociais e de infraestrutura. Além disso, há a consequente carência de profissionais e a baixa qualidade de serviços de saúde, sobretudo os públicos. Por outro lado, países desenvolvidos têm um déficit crônico e crescente de profissionais da saúde, devido ao aumento das necessidades de suas populações envelhecidas e à diminuição do interesse pela profissão dentro sua força de trabalho nacional.

Na América Latina, também tem ocorrido aumento da mobilidade entre países, geralmente dos mais pobres, como o Peru e Equador, para aqueles de maior renda *per capita*, como Chile e Brasil, em que os trabalhadores da saúde são mais atraídos pelo setor privado, havendo grande carência no sistema público, que tem recorrido parcialmente a profissionais estrangeiros para supri-las. O Programa Mais Médicos, do Brasil, que atraiu médicos cubanos, entre outros, ilustra esse processo.

Simultaneamente, há também mobilidade de pacientes, que buscam tratamento em outros países com boa reputação de seus médicos e serviços de saúde. Nesse caso, a mobilidade é tanto de pacientes abastados, que buscam serviços e profissionais em centros médicos privados de renome, quanto de pessoas de nível econômico médio, que procuram tratamento em países onde os custos são menos elevados. Há, ainda, pacientes de baixa renda que migram para países com sistemas de saúde universais, que não apresentam limitações a atendimentos de pacientes/migrantes estrangeiros. É o caso de muitos sul-americanos que buscam tratamento em hospitais brasileiros.

O entendimento da mobilidade humana e de suas causas, bem como das consequências sobre os sistemas de saúde e as pessoas constitui um vasto campo de

estudos no âmbito da saúde global. Somente o entendimento desses processos possibilitará atuar sobre eles, de modo a diminuir as iniquidades em saúde ao redor do planeta.

Tomando os princípios da Saúde Global mencionados e os que seguirão nos próximos capítulos sobre Promoção da Saúde e Diplomacia em Saúde, o trabalho teve como objeto de pesquisa as políticas e programas de promoção em saúde dos países que compõem o MERCOSUL. O estudo teve como objetivo mapear, analisar e comparar em que cenário a temática está sendo aplicada e em que medida essas normativas são influenciadas pela OPAS e OMS.

## **Capítulo I - Caminho teórico**

### **1 – Promoção da Saúde**

Neste capítulo apresento alguns eventos que suscitaram a Promoção da Saúde, além de introduzir alguns conceitos que distinguem esse campo de outros. A professora Dina Czeresnia, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), foi uma das pesquisadoras mais utilizadas durante a graduação, e sua obra, em conjunto aos demais colaboradores, me puseram a pensar e trazer alguns pontos relevantes para esta pesquisa.

#### **Promoção da Saúde: um breve histórico**

Em novembro de 1986 ocorreu a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, no Canadá, decorrente da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1986). Foi realizada pela Organização Mundial de Saúde em Alma-Ata, na data de setembro de 1978, e expressava “a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo” (CANADÁ, 1986).

Após a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, seguiram outras conferências em que os países membros reafirmaram o compromisso com a promoção da saúde e suas práticas através das seguintes cartas e declarações: Declaração de Adelaide na Austrália (1988); Declaração de Sundsvall na Suécia (1991); Declaração de Jacarta na República de Indonésia (1997); Declaração do México (2000); Carta de Bangkok (2005); VII Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde no Quênia (2009); Declaração de Helsinque na Finlândia (2013).

A Carta de Ottawa introduz o conceito de promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OMS, 1986; BUSS, 2003), além da identificação de cinco campos principais de ação: 1) construção de políticas públicas saudáveis; 2) criação de ambientes favoráveis à saúde; 3) desenvolvimento de habilidades; 4) reforço da ação comunitária e 5) reorientação dos serviços de saúde (CANADÁ, 1986).

É possível perceber que, independentemente do campo de ação proposto pelo documento citado acima, a Diplomacia em Saúde possui intrínseca relação com as práticas promotoras de saúde, e se apropriar de tais reforços tornam mais tangíveis a elaboração de políticas governamentais com essa temática, assim como seu uso em grupos de países que constituem um bloco, como o MERCOSUL.

## **O Campo da Promoção em Saúde**

A Promoção em Saúde (Ministry of Health / Ontário, 1993; Czeresnia, 2003) corresponde ao conjunto dos esforços orientados não apenas para a prevenção de doenças, mas fundamentalmente para o reforço da saúde. Enquanto as ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações, a promoção em saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que a prevenção, pois refere-se a medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas para aumentar a saúde e o bem-estar gerais.



Mendes (1996) destaca o papel protagônico dos determinantes gerais sobre as condições de saúde. Nesse aspecto, a promoção em saúde vai resgatar, ainda que com qualidade distinta, as proposições de sanitaristas do século passado como Villerme e Virchow para quem os remédios para as epidemias eram prosperidade, educação e liberdade.

Tanto Buss (2003) quanto Freitas (2003) reforçam a compreensão das diferenças entre prevenção e promoção formulada por Stachtchenko e Jenicek (1990) que ajudam a delimitar bem os dois campos:

- a prevenção tem um conceito de saúde como ausência de doença, enquanto promoção tem um conceito positivo e multidimensional;
- na prevenção predomina um modelo médico, enquanto na promoção prepondera um modelo participativo de saúde;
- a prevenção está direcionada principalmente aos grupos de alto risco na população, ao passo que a promoção está direcionada à população em seu ambiente global;
- a prevenção envolve doenças específicas, enquanto a promoção envolve uma rede de questões de saúde.

Os principais elementos que influenciam a saúde, sobre os quais se debruça a promoção da saúde, são: as condições físicas, químicas e sociais do ambiente (moradia, renda e contato com agentes químicos perniciosos); os estilos de vida de risco (como o consumo de tabaco); e as características predisponentes (história de patologias cardíacas ou de diabete familiares) (Ministry of Health / Ontário, 1993). Um enfoque amplo de promoção inclui ações de reforço da saúde, voltadas para o conjunto da população com o objetivo de aumentar os níveis de boa saúde; ações de prevenção do risco e sem problemas de saúde, de modo a manter a boa saúde; e de redução do risco de pessoas que vivem em condições prejudiciais ou que sustentam estilos e comportamentos perigosos. Os enfoques específicos referem-se, em linhas gerais:

- à educação orientada para a conquista de informação e de habilidades;

- às políticas, relacionadas a posições formais de organismos responsáveis que podem tomar a forma de leis, regulações, políticas econômicas ou procedimentos operacionais (por exemplo, a proibição do consumo de álcool em determinados horários e para determinadas populações, regulamentação de trânsito etc.);
- e o suporte ambiental, incluindo atividades como a remoção de material tóxico, a disponibilidade de boas opções de alimentos em restaurantes e mercados, de formas de recreação, melhoramento das vias públicas, entre outras.

Para Buss (1996), a promoção da saúde está diretamente relacionada à qualidade de vida, portanto caracteriza-se por uma composição intersetorial, pelas ações ampliadas de consciência sanitária de direitos e deveres da cidadania, educação para a saúde, estilos de vida e aspectos comportamentais, entre outros.

De acordo com Lefevre e Lefevre (2004), para que a promoção da saúde possa representar uma mudança de paradigma na forma de compreender e enfrentar a doença, deve relacionar-se à produção e difusão de conhecimento sobre a doença em sua dimensão sócio-histórica e sua relação com a vida individual e coletiva. Para os autores, esse conhecimento é o insumo para políticas ou projetos de intervenção na realidade que gera a morbidade. Defendem, portanto, intervenções intersetoriais, sob a coordenação setor saúde, no plano de uma sociedade inclusiva.

Do ponto de vista do planejamento, a promoção em saúde comporta uma abordagem compreensiva e ampla, a necessidade do envolvimento comunitário e a formalização institucional, no sentido da plena assunção de uma política de promoção pelos órgãos responsáveis pela saúde da população, bem como o envolvimento dos diferentes atores/sujeitos tanto no plano mais macro, como no plano micro, considerando-se a necessária inter-relação entre ambos.

A interdependência da problemática e da atuação no campo da promoção exige um tipo de planejamento de ação apoiada em uma visão totalizante e sistemática, que dê conta de vários determinantes ou das várias dimensões de causa de obstáculos complexos envolvidos e das propostas de ação necessariamente intersetoriais e interdisciplinares.

## 2 - Diplomacia em Saúde

Nesta parte do trabalho trago um pouco sobre a gênese da Diplomacia em Saúde, que dentre outras coisas, discute sobre a interface das Relações Internacionais e a Saúde, interação entre as áreas e possibilidades para o campo da Diplomacia em Saúde Global.

Ruckert *et al* (2016), apontam que em uma era em que a globalização vem sendo levada adiante por processos tecnológicos e na qual as instâncias e a intensidade das relações internacionais, transnacionais e intersetoriais vêm aumentando de forma geral, a Diplomacia em Saúde Global (DSG) emergiu como conceito para descrever as práticas por meio das quais governos e agentes não estatais tentam coordenar esforços para melhorar as condições de saúde em nível global.

Por sua vez, Davies *et al* (2014), proponentes da DSG a descrevem como um processo de resposta a características globais de risco à saúde pública, em reconhecimento das múltiplas formas de influência e da determinação sobre saúde da população. O fato de que muitos dos mais importantes desafios da saúde global atualmente transcendem as fronteiras nacionais vem demandando políticas organizadas e coordenadas, além da coordenação de esforços diplomáticos em nível global.

Amorim *et al* (2007), recorda que na Declaração Ministerial de Oslo de 2006 – que uniu ministros das Relações Exteriores de países como Brasil, França, Indonésia, Noruega, Senegal, África do Sul e Tailândia – argumentou-se que a saúde global deveria ter um lugar estratégico na política internacional e que uma relação mais íntima entre questões de saúde e de política externa facilitaria o cumprimento de objetivos em ambas as áreas.

No campo de Relações Internacionais (RI) há uma vasta literatura sobre processos diplomáticos, além de um nível significativo de conhecimento teórico e uma quantidade suficiente de conceitos analíticos dedicados a compreender melhor o surgimento e a formulação de políticas externas. Esse conhecimento deveria ser adotado e aplicado pelos pesquisadores que estão trabalhando com a DSG. Para tal, Ruckert e colaboradores (2016), desenvolveram uma taxonomia teórica para explicar resultados no campo da DSG baseada em categorizações conhecidas do campo das RI, identificando

três níveis de análise (individual, doméstica/nacional e global/internacional), além das forças determinantes da integração da saúde no campo da política externa em cada um dos níveis. Os pesquisadores concluíram que é necessário um engajamento mais profundo e um diálogo mais denso entre os estudiosos das áreas de saúde global e RI, além da articulação com outras disciplinas relevantes.

### **Por uma definição da DSG**

“Diplomacia da saúde global” de forma mais geral, seja no campo prático ou teórico, apresenta a definição de

processos definidores de políticas através dos quais Estados, organizações intergovernamentais e agentes não estatais negociam respostas a desafios no campo da saúde ou se utilizam de conceitos ou mecanismos da área em estratégias destinadas à definição de políticas ou instâncias de negociação para cumprir outros objetivos políticos, econômicos e sociais. (Smith, Fidler e Lee, 2010:7, *apud* Ruckert *et al* 2017)

Neste sentido, a diplomacia pode ser vista como os meios com os quais um Estado administra a sua relação com agentes relevantes (Ratzan, 2013, *apud* Ruckert *et al* 2017).

### **O nível internacional/global de análise**

Para Davies (2008) *apud* Ruckert *et al* (2017), o nível internacional/global é o nível de análise dominante em política externa, e foi o mais mencionado no estudo *Global health diplomacy: a critical review of the literature*, publicado na revista *Social Science e Medicine* (2016). Neste estudo foram feitas revisões da literatura, coletando artigos (incluindo revisões, trabalhos originais de pesquisa, artigos conceituais e comentários), publicados entre 2002 e 2014. O ano de início representa o começo de um período no qual a saúde ficou mais proeminente nos discursos políticos globais e os assuntos ligados à diplomacia da saúde apareciam em fóruns multilaterais. A base de dados utilizada foi a *Scopus* e a *Web of Science*, assim como o *Google Scholar*. Após uma triagem de 606 resultados, o número final de artigos foi de 49, que continham referências a teorias de RI e se enquadraram nos critérios de inclusão e exclusão, contendo escolhas relativas à saúde no campo da política externa e o resultado de negociações no campo da DSG. Do

total de artigos revisados (n=49), quase todos fizeram referência a forças sistêmicas e agentes do nível internacional/global como os principais fatores a influenciar o estabelecimento de prioridades no campo da política externa (n=47). Um dos fatores sistêmicos mais frequentemente mencionados foi a distribuição e a busca de poder e prestígio no sistema internacional. O foco desse tipo de explicação normalmente é o modo pelo qual a saúde é inserida instrumentalmente no bojo das questões de segurança e utilizada estrategicamente pelos Estados para perseguir objetivos nacionais no âmbito do sistema internacional, levando à securitização das questões de saúde global.

[...] a saúde só se torna alvo da política externa quando afeta diretamente a segurança econômica, política ou militar de um Estado. Essa relação entre saúde e segurança também foi disseminada pela OMS em seu *Relatório Mundial da Saúde* de 2007, e por vários relatórios das Nações Unidas sobre segurança no campo da saúde (Davies, 2010). Há, contudo, um reconhecimento de que essa inserção da saúde no campo da “alta política” poderia limitá-la ao espectro de objetivos estratégicos dos Estados. (Benatar, Lister e Thacker, 2010; Davies, 2010; Lencucha, 2013, p. 148 *apud* Ruckert *et al* 2017)

Após a análise do estudo descrito acima, pude perceber que a DSG é um instrumento de política externa que não recorre aos tradicionais meios e canais diplomáticos para atingir seus objetivos, e mesmo que exista uma compatibilidade com as RI, em seu cerne há certa autonomia, e isso permite que outras áreas, como a da Saúde, possa incrementar em saberes, mesclando conceitos e com isso aprimorar práticas com a finalidade de criar estratégias, acordos e parcerias na busca por soluções viáveis na esfera internacional.

“Por meio do exemplo de suas próprias políticas e de sua reputação, países podem ampliar seu *soft power* no âmbito das políticas e a eles se juntar para, coletivamente, cumprirem seus objetivos no campo da saúde global.” (LEE e GOMES, 2011, p. 149).

Seja por um perfil de intenções colaborativas, ou até mesmo num contexto de defesa da saúde de suas populações, os países podem usufruir de benefícios ao demonstrarem abertura para os diálogos e conseqüentemente cooperar nas distintas instâncias para que a saúde no contexto global e coletivo possa ser instrumentalizada, criando assim uma cultura institucional nos Estados de ações voltadas à Diplomacia em Saúde.

Bons exemplos desse *soft power* são as políticas de saúde realizadas no espaço doméstico e reconhecidas internacionalmente, como é o caso da resposta ao HIV/Aids no Brasil na década passada, o controle do tabaco e até mesmo o sistema de imunização, tido como referência mundial. Ações que ocupam e demandam todo um serviço estratégico de gestão e planejamento em saúde, funcionam, para além de melhorar a reputação no âmbito internacional, como motivação para os demais países, seja na esfera regional ou não. Tais atitudes servem para que os Estados busquem alcançar elevados patamares de serviços que em outros são reconhecidamente referências.

Ruckert *et al* (2016) *apud* Ruckert *et al* (2017), coloca que outro ponto de referência no nível internacional/global de análise é o papel que vários agentes transnacionais desempenham com sua influência nas negociações e nos espaços relativos à saúde global. Esses agentes são importantes e incluem as organizações internacionais e seu poder de determinação da agenda. [...] Muitos autores mencionam que as organizações internacionais – especialmente as organizações regionais – são importantes para a DSG, pois conseguem fazer com que países que têm interesses divergentes cooperem entre si para melhorar a saúde global (Doyle, 2006; Feldbaum, Lee e Michaud, 2010; Flynn, 2013; Haynes *et al.*, 2013, *apud* Ruckert *et al* 2017). Boa parte da influência das organizações internacionais provém tanto da ajuda técnica que essas organizações oferecem a vários níveis e setores dos governos dos países recebedores quanto do impacto normativo das recomendações e orientações que publicam (Magnusson, 2009). Isso é verdade especialmente na América Latina, onde a União das Nações Sul Americanas (Unasul) desenvolve um espaço normativo para a discussão de políticas e estruturação da cooperação no campo da saúde. A Unasul funciona como uma rede intergovernamental de especialidades para a governança regional na área da saúde e tem a capacidade de levar adiante um processo de “convergência guiada”, através do qual a formação de lideranças e atividades em rede podem apoiar o trabalho dos ministérios da Saúde nacionais e dos sistemas de saúde (Riggirozzi, 2014). Contudo, as organizações internacionais, especialmente as regionais, também podem ser utilizadas pelos países na promoção de soluções que estejam alinhadas com a sua identidade e interesses nacionais no campo da saúde. Flynn (2013) menciona que a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), escritório regional da OMS, serve de plataforma para a formação de coalizões e de iniciativas regionais por parte da diplomacia farmacêutica brasileira, muitos esforços da Opas complementando as iniciativas do Brasil na OMS.

## A DSG como parceira estratégica

Embora o termo “DSG” tenha emergido recentemente, a interação entre diplomacia e saúde não pertence a contemporaneidade, pois de acordo com Badeau (1970), registros diplomáticos do Egito antigo que datam de 29 séculos atrás identificam os médico-sacerdotes do Nilo que acompanhavam as missões egípcias para países vizinhos. No entanto, mesmo a DSG da atualidade funciona como uma importante ferramenta de lateralização de interesses voltados à saúde, e a roupagem mais econômica e política permanecem cerceando olhares na tomada de decisões, muito embora, a atual pandemia de Covid-19 trouxe a discussão de saúde global com um olhar mais integrado e de interdependência. É claro, existem outros episódios históricos que serviriam de exemplo, mas não poderia deixar de mencionar que, devido ao teor da gravidade e num cenário global repleto de mecanismos para conter, reprimir e cessar essa mazela, os acordos e negociações devem ser constantes com a finalidade de proteger e salvar vidas humanas.

“[...] a saúde se tornou questão de política externa devido à sua inter-relação com as agendas globais de segurança global, economia e justiça social.” (KICKBUSCH, 2011, p. 155-156 *apud* Ruckert *et al* 2017).

O campo da diplomacia em saúde não pertence a categorias profissionais e ainda que existam conflitos que discutem sobre a formação dos indivíduos que nele querem atuar, o diálogo proposto por este trabalho, assim como seu referencial histórico, permitem, em minha visão, uma interpretação de que ao agregar conhecimentos e habilidades ao campo da DSG, o mérito das conquistas alcançadas, ora por acordos multilaterais, ora pela criação de políticas públicas, não deve ser exclusividade de grupos ou países, mas do coletivo. Até mesmo para a Saúde Coletiva, que vislumbra condições mais equânimes para a saúde e percebe a dimensão social como algo incorporado em suas práticas e maneiras de pensar, a tarefa de se posicionar e de permear por outros espaços, que não os tradicionais da saúde, é uma dificuldade que deve ser superada.

“A DSG pode ser compreendida como uma faceta das RI que tem uma forte base teórica no que tange ao estudo da cooperação entre agentes estatais e não estatais no sistema internacional.” (BLOUIN MOLENAAR e PEARCEY, 2011, p. 156 *apud* Ruckert *et al* 2017), e, portanto, teorias de RI deveriam ser utilizadas por acadêmicos da DSG.

Também para Ruckert *et al* (2014) *apud* Ruckert *et al* (2017), um nível de engajamento mais significativo por parte dos acadêmicos da área de RI no campo da saúde global também gerará implicações de longo alcance para a área de RI. Por um lado, os acadêmicos de DSG contribuíram com a contestação da distinção entre “alta política” (por exemplo, segurança, crescimento econômico etc.) e “baixa política” (meio ambiente, saúde etc.) em RI: a saúde tradicionalmente sempre teve um nível baixo de prioridade na política externa, mas a securitização da saúde demonstra que essa separação está cada vez mais desatualizada e inadequada. Além disso, duas décadas de evidências mostram que a saúde é um fator-chave para o crescimento econômico, e não simplesmente uma externalidade desse crescimento; assim, portanto, é uma questão de “alta política” (ou assim deveria ser entendida).

Dessa maneira, os professores apontam que a pesquisa no campo da DSG tem demonstrado que as divisões da pesquisa de RI em subcampos (como segurança, governança global, política externa etc.) podem ser contraproducentes quando o assunto em questão é a saúde global. Geralmente, questões de saúde global têm um alcance amplo e estão interligadas por uma complexa série de fatores de risco específicos e uma longa lista de determinantes sociais da saúde, os quais influenciam o resultado obtido em saúde. Isso significa que é comum que a saúde abranja vários subcampos das RI, o que coloca em dúvida a utilidade de abordagens que subdividem a disciplina.

De forma geral, um maior envolvimento da comunidade da saúde coletiva com as teorias de RI será benéfico aos estudos de saúde global. Uma vez que, a atuação do sanitarista extrapola os estudos daquilo que determina ou não os processos de saúde e de doença de uma coletividade, somados a rede de complexidades em comunicar, gerir, planejar, avaliar, e principalmente, promover e definir estrategicamente ações viáveis que permitam melhores condições de vida para os povos, bem como sua simbiótica relação com o planeta.

Um bom ponto de partida seria a inclusão de acadêmicos de Saúde Coletiva e de RI em projetos de pesquisa e extensão de DSG com a finalidade de produzir desenhos de pesquisa transdisciplinares e transteóricos no campo da diplomacia da saúde global. E aqui, não poderia deixar de mencionar sobre o potencial unileiro de proporcionar tais feitos. A UNILA, como universidade pública brasileira, deve permanentemente se reconectar com seus propósitos e missão institucional, pensada para promover integração



regional, latina e caribenha. Por suas características singulares, o perfil dos estudantes e egressos dos cursos mencionados podem usufruir dessas condições, que favorecem a conexão de saberes e a busca por melhorias para o campo e para as populações dos respectivos países.

### **3 - MERCOSUL, OPAS, OMS e ODS: discutindo um futuro sustentável**

Neste capítulo, discorro sobre a apresentação das organizações envolvidas para a criação da Agenda 2030, um breve histórico dos caminhos que levaram até ela e a Saúde como ODS.

#### **Multilateralismo**

No atual contexto da globalização, problemas de saúde e seus determinantes transcendem as fronteiras nacionais dos países. Logo, é fundamental desenvolver consistentes governanças global e regional da saúde, tomando em conta suas influências sobre a saúde das populações e os sistemas nacionais de saúde.

O processo de globalização gerou maior nível de interdependência entre os países, e, em âmbito nacional, a capacidade dos governos de proteger e promover saúde e seus métodos de abordar os determinantes da saúde têm sido influenciados pelo âmbito global. A governança da saúde global e regional foi construída a partir do desenvolvimento do multilateralismo e é tida como meio capaz de influenciar os determinantes globais da saúde. (Tobar, 2017, p. 385).

Ainda para o pesquisador, o multilateralismo pode ser definido como um conjunto de interações e negociações realizadas por meios institucionais ou mediante procedimentos informais, com o propósito de influenciar a agenda política internacional ou de suas decisões.

Nesse sentido, o multilateralismo se mostra como ferramenta útil na solução de problemas de natureza mais funcional ou instrumental no contexto global, e a produção de consensos, para superar conflitos, visando resultados viáveis para todas as partes em áreas de interesse comum. Em suma, essas condições tornam favoráveis a criação de organizações, como OPAS e OMS, com a finalidade de mediar e promover discursos, ações e orientações no setor saúde.

O multilateralismo existe no campo da saúde há muito tempo. Em 1851, após a epidemia de cólera na Europa, foi realizada, em Paris, a Primeira Conferência Sanitária Internacional, que objetivava um acordo entre 12 Estados sobre determinações mínimas quanto à quarentena marítima, a fim de “prestar um importante serviço ao comércio e à navegação” (AMS, 1958:6).

## **OPAS E OMS**

Em 1902, foi criada a Oficina Sanitária Pan-Americana (OSP), escritório vinculado à União Pan-Americana, intimamente ligada ao Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos (Cueto, 2004).

Tobar (2017), destaca que após a criação da OMS, em 07 de abril de 1948, a Oficina Sanitária Pan-Americana passa a atuar como escritório regional da organização e se integra ao Sistema das Nações Unidas. Em 1950, com a assinatura de um convênio com a Organização dos Estados Americanos (OEA), passa a funcionar como organismo especializado em saúde do sistema interamericano. Em 1958, assume formalmente o nome de Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

O pesquisador salienta que a OPAS foi a primeira organização internacional de saúde a defender a união de esforços de cooperação no combate à propagação de surtos e epidemias e de doenças que acometem a população do continente em um momento de intensificação do mercado mundial. Entre suas conquistas, pode-se mencionar a erradicação de muitas doenças, como a varíola, o sarampo e a poliomielite. Em 1949, o Programa de Erradicação da Varíola incorporou uma inovação tecnológica, a vacina liofilizada, que seria utilizada mundialmente no combate à doença em 1978 (cf. OPS, 2001).

A ação da Opas se estendeu à cooperação dedicada a prevenir, controlar e erradicar outras doenças, assim como a estimular pesquisa, a formação e o treinamento de recursos humanos em saúde. Em seus mais de cem anos de existência, ampliou suas funções, desde, inicialmente, a contenção de surtos de doenças infecciosas, por meio da utilização de tecnologias como quarentena, até novas iniciativas destinadas à ampliação da atenção e à melhora da saúde da população. (Tobar, 2017, p. 404).

A constituição da OMS incluiu a possibilidade de os países aderirem à organização mesmo sem fazer parte da Organização Mundial das Nações Unidas (ONU) (OMS, 2015). Sua criação foi influenciada pela medicina social, que ressalta a importância dos fatores sociais, políticos e culturais na ocorrência de doenças epidêmicas. E de acordo com Buss (2017), no preâmbulo dessa Constituição, defende-se o direito à saúde como um direito humano: o usufruto do maior grau possível de saúde é um dos direitos fundamentais do ser humano. Além disso, defende-se que a saúde seja considerada responsabilidade dos governos e um direito dos cidadãos, sem distinção de raça, religião, ideologia ou condição econômica. Nesse sentido, a OMS tem recorrido ao discurso de afirmação dos direitos humanos para enfrentar as restrições habituais da diplomacia entre os Estados. Vale destacar também, que a Constituição da OMS antecede a Declaração Universal de Direitos Humanos, adotada pela ONU em 10 de dezembro de 1948.

Junto com essa nova comunidade internacional no campo da saúde, desenvolvida a partir da cooperação entre os Estados, também se desenvolveu um crescente corpo de conhecimentos científicos, compartilhado de maneira mais organizada. As reuniões científicas realizadas sobre temas ligados à saúde refletiram avanços substanciais ocorridos durante o período, no que tange à compreensão das causas de uma série de doenças, como cólera e a tuberculose. (Dodgson, Lee e Drager, 2002).

## **AGENDA 2030**

A Resolução A/70/L1, a primeira do septuagésimo período de sessões das Nações Unidas, é resultante das negociações intergovernamentais na Cúpula das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável, realizada em setembro de 2015, em Nova York (United Nations Sustainable Development Summit 2015). A resolução, intitulada *Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*, contém a proposta da Agenda do Desenvolvimento 2030 e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, e foi pactuada por chefes de Estado na 70ª AGNU, entre 25 e 27 de setembro de 2015, na sede das Nações Unidas, em Nova York. Em seu preâmbulo, afirma-se que “esta Agenda é um plano de ação para as pessoas, o planeta, a prosperidade, a paz e a parceria” (os 5 pês).

Para Buss (2017), a Agenda 2030 é um dos principais acordos e mais inclusivos dos recentes processos políticos globais, que passa a ser a referência maior da

governança global externa ao setor Saúde e certamente vai influenciar os Estados nacionais, as organizações não governamentais (ONGs), o setor privado e o mundo acadêmico nos próximos decênios, com potencial de impactar a situação política, econômica, social e de saúde, assim como os sistemas nacionais de saúde, bem-estar e proteção social em todo o mundo.

Os temas saúde e desenvolvimento estão historicamente vinculados, qualquer que seja o significado que se atribua a qualquer dos dois processos. Quando se admite que ambos, desenvolvimento e saúde, são política, econômica e socialmente produzidos, e dependem do Estado e da sociedade, os vínculos entre esses processos ficam ainda mais evidentes.

Há razoável consenso entre diversos autores e instituições que atuam com os temas desenvolvimento e saúde em torno da ideia de que esta, entendida como populações saudáveis e não meramente como ausência de doenças, é fundamental para o desenvolvimento econômico e social e que, quando equitativo, contribui para a saúde das populações, entre outras razões por possibilitar melhores condições de vida e a implementação de sistemas e políticas sociais e de saúde que visam a proteger a população. (Buss, Galvão e Buss, 2017, p. 350).

## **Saúde e Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODMs)**

Os pesquisadores seguem informando sobre a entrada da saúde como ODM no ano 2000 que, por um lado, da compreensão sobre a importância que têm populações saudáveis para o crescimento econômico e o desenvolvimento, e, por outro, do reconhecimento pela comunidade internacional das péssimas condições de saúde de grandes contingentes da população de países em desenvolvimento, o que se transformou em incontornável imperativo ético, a ser enfrentado também pelos países mais ricos.

## **Consulta Temática das Nações Unidas sobre Saúde na Agenda do Desenvolvimento Pós-2015**

Buss, Galvão e Buss (2017), apontam que o ODS Saúde deve ser universal, já que os desafios em saúde também o são, ainda que as metas e indicadores devam ser adaptados às circunstâncias e às prioridades de saúde de cada país. E de acordo com o documento final, *Saúde na Agenda Pós-2015*, que foi aprovado no diálogo realizado em Gaborone, Botsuana, em abril de 2013, a saúde deveria:

1) incluir metas específicas de saúde como parte de outros objetivos setoriais de desenvolvimento (saúde em todas as políticas); 2) estabelecer uma abordagem de saúde holística, cobrindo todo o curso da vida, com ênfase em promoção da saúde e prevenção de doenças; 3) acelerar o processo onde as metas dos ODMs ainda não foram alcançadas e estabelecer metas mais ambiciosas para o futuro; 4) enfrentar a crescente carga das doenças não transmissíveis, doenças mentais e outros desafios emergentes em saúde. (UN, Apr. 2013, p. 358).

Os autores dizem ainda que, o ODS específico de saúde seria “maximizar vidas saudáveis”, no qual o setor Saúde desempenharia importante papel, embora longe de ser exclusivo, pois exigiria intervenções de todos os setores da sociedade.

### **Saúde e Agenda Pós-2015 no Âmbito da OMS**

Em dezembro de 2015, a OMS lançou o informe “Saúde em 2015: dos ODMs aos ODSs”, preparado por seus vários departamentos e programas, assim como por outras agências das Nações Unidas e parceiros (WHO, 2015). Nele, a OMS reconhece a importância de conectar o ODS Saúde e suas metas com outros, assim como reivindica que a cobertura universal em saúde, apesar de mais uma meta, seja a chave para se garantir o alcance de todas as demais metas propostas no ODS Saúde.

### **Saúde, ODSs e governança**

Embora na sua formulação geral o objetivo seja positivo, referindo-se à “saúde” relacionada com bem-estar, quase todas suas metas se referem à “redução de doenças e/ou mortes”, e nunca metas de “promoção da saúde”, o que seria uma inversão de paradigma, coerente com o enunciado mais amplo e positivo do ODS Saúde. Essa visão colocada pelo documento demonstra uma resistência no pensar e no fazer saúde de maneiras que entendem o indivíduo, e conseqüentemente o coletivo para fora da esfera biológica. Na verdade, Buss, Galvão e Buss (2017), vão adiante, reiterando que a realização de qualquer das metas propostas no ODS Saúde depende de um elenco muito bem articulado de ações no interior de sistemas de saúde universais, equitativos, integrais e de qualidade, assim como sobre os múltiplos determinantes sociais da saúde que se localizam fora de setor Saúde.

## **Mercosul**

Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai assinaram, em 26 de março de 1991, o Tratado de Assunção, cujo objetivo foi criar o Mercado Comum do Sul (Mercosul). O Tratado de Assunção fez a integração dos quatro Estados-partes por meio da livre circulação de bens, serviços e fatores de produção: do estabelecimento de uma tarifa externa comum (TEC); da adoção de uma política comercial comum, da coordenação de políticas macroeconômicas e setoriais; e da harmonização de legislações nas áreas pertinentes.

### **A Saúde no Mercosul**

De acordo com informação do próprio Mercosul (2021), a instituição possui dentro de sua estrutura organizacional dois fóruns deliberativos, cujo principal objeto de trabalho é a saúde: o Subgrupo de Trabalho n. 11 - Saúde (SGT 11), subordinado ao Grupo do Mercado Comum (GMC); e a Reunião de Ministros da Saúde, subordinada ao Conselho do Mercado Comum (CMC). Este subgrupo de trabalho, criado pela Resolução 151/96 do GMC, é o órgão técnico deliberativo que centraliza o tratamento da harmonização das legislações nacionais em matéria de regulação da saúde, além da compatibilização dos sistemas de controle sanitário entre os Estados-partes.

O SGT 11 - Saúde harmoniza parâmetros e padrões de qualidade de bens, serviços e fatores produtivos na área da saúde, propiciando mecanismos de controle sanitário dos Estados-partes como os objetivos de eliminar barreiras técnicas ao comércio e fortalecer a integração regional. A harmonização de normas no SGT permite a promoção da integração de sistemas e estruturas nacionais, visando à melhora da qualidade e da segurança de produtos e serviços, reduzindo riscos sanitários para os cidadãos dos Estados-parte.

Mas vale ressaltar, assim como destacado por Buss *et al* (2017) que, a entrada em vigor de normas no Mercosul não é automática e tampouco demanda que os Estados-partes as incorporem em seus ordenamentos jurídicos nacionais. Consultas internas são realizadas, e os Estados podem pedir a modificação das normas; no entanto, estão obrigados a incorporar as normas aprovadas aos seus ordenamentos jurídicos nacionais, o que acontece por meio de resoluções ministeriais ou disposições das agências

reguladoras, segundo as competências. Todavia, a celeridade da internalização dos processos normativos obedece aos critérios de prioridade de cada país.

A experiência no curso de Saúde Coletiva da Unila, trouxe uma abordagem histórico-social significativa para compreender algumas relações entre os países que compõem o Mercosul, neste sentido, há grandes assimetrias entre os sistemas de saúde dos Estados-partes: diferenças históricas e também referentes a atores sociais e modelos de financiamento, atenção e gestão dos sistemas de saúde, assim como ao nível de cobertura e inclusão social, prejudicando o avanço da harmonização de políticas e normas comuns.

Apesar de ter desenvolvido uma institucionalidade que abarca a questão setorial e a dimensão social, trinta anos após sua criação o Mercosul ainda continua na fase de união aduaneira imperfeita, com priorização das dimensões econômica e comercial. (Buss *et al*, 2017, p. 448).

Desse modo, o processo de integração em saúde do Mercosul avançou sem o necessário debate e a definição de objetivos a serem alcançados. E aqui, é possível perceber a relevância da atuação do sanitarista em diplomacia em saúde, sendo de grande importância para assegurar a todos os cidadãos dos Estados que integram o Mercosul, o direito à saúde, assim como o acesso a bens, produtos e serviços. Exigir o mesmo padrão de qualidade, e por que não dizer, a atenção dada às questões econômicas/comerciais, é papel do profissional da diplomacia em saúde, trazendo para o debate, seja a nível interno ou regional, as tensões e acordos que coloquem em prática a garantia da saúde como prioridade, como um direito humano fundamental.

Compreender sobre o bloco, suas instâncias, assim como a estrutura jurídica e sistêmica dos serviços de saúde de cada país integrante, é criar condições para estabelecer serviços de saúde universais, integrados, melhor financiados, geridos e principalmente, passíveis de colaboração. Esse contexto favorece os habitantes dos países e assegura mais consistência às políticas voltadas à saúde.

## Capítulo II - Metodologia

Para alcançar os objetivos dispostos neste trabalho, utilizei uma metodologia de caráter qualitativa e exploratória. Consiste de uma análise documental dos marcos jurídicos governamentais dos países membros fundadores do MERCOSUL, são eles: Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai. As informações foram colocadas de maneira descritiva, destacando os elementos que compõem cada política e programa, bem como sua relação com as normativas internacionais de OPAS e OMS.

O acesso aos materiais ocorreu através das páginas oficiais em formato digital de cada Estado Nação, e aqui me refiro aos sites das instituições nacionais de saúde, como ministérios. Além desse processo de busca contei com informantes chave que direta ou indiretamente atuam em instâncias de saúde e que residem nos respectivos países supracitados. Essa colaboração foi fruto do perfil institucional da UNILA e do curso de Saúde Coletiva, uma vez que a universidade recebe estudantes de distintos países da América Latina e Caribe. Eles me auxiliaram na veracidade do tempo de publicação dos documentos, bem como na agilidade da busca pelos mesmos, já que nem sempre é algo intuitivo e prático como em alguns serviços de busca que existem no Brasil.

Paralelo a isso, usei outras duas maneiras para encontrar os documentos: o buscador do Google na versão de cada país, pois isso possibilita uma melhor indexação e cruzamento das informações na web; procurei nas instituições legislativas superiores, utilizando o recurso de escrita por extenso na busca das políticas, programas, além das palavras-chave: promoção da saúde; diplomacia em saúde; políticas públicas.

Brasil, Paraguai e Uruguai foram selecionados e a Argentina não, porquê ao utilizar esses processos de busca e confirmado com os informantes não foi encontrada nenhuma política ou informação passível de avaliação para este trabalho. A título de informação, os resultados das buscas da Argentina, quase sempre levaram a matérias de periódicos locais de ações pontuais relacionadas a temática de estilo de vida saudável, associados com a promoção da saúde. Acrescido disso, a particularidade de uma cultura política-institucional descentralizada e com foco nas províncias, pode ajudar a entender o que leva aos desencontros nos achados, além da característica de que as províncias possuem mais autonomia de legislar, o que deixa escapar uma lógica não verticalizada, como por



exemplo, é mais presente no Brasil e no Paraguai.

Esse cenário de inconsistências nas buscas no caso da Argentina e da não uniformidade no planejamento interregional entre os países, reforçou a necessidade de identificação das potencialidades de cooperação regional na pauta de promoção de saúde, que ainda são incipientes no Mercosul. Destaca-se aqui os benefícios para as populações dos quatro países nessa cooperação regional que se beneficia do mapeamento apresentado por este trabalho.

Outro recurso metodológico utilizado é a política comparada, trabalhadas pelo Professor Giovanni Sartori da Universidade de Florença, e pelo Professor Adam Przeworski da Universidade de Nova Iorque.

A área de política comparada na América Latina tem atravessado por diversas fases, tanto do ponto de vista teórico quanto metodológico. Os estudos tradicionais de política comparada que enfatizavam comparações ao nível macro (nações) foram deslocados por abordagens que valorizavam a operacionalização de variáveis “universais” com base na técnica de comparação por semelhanças ou diferenças (PRZEWORSKI, 1970 apud BAQUERO, GONZÁLEZ, 2013).

São dois os ecossistemas básicos de escolha para comparação. Por sistemas mais similares ou por sistemas mais diferentes. No primeiro caso, os cientistas citam a estratégia de Narroll (1968), denominada estudos de “verificação concomitante”, que parte de sistemas mais parecidos, tornando factível o estudo. Esses sistemas conformam um nível original de análise, e as variações intrasistêmicas se explicam mediante fatores sistêmicos. As características sistêmicas em comum são variáveis controladas, já as intersistêmicas são consideradas variáveis explicativas. Entretanto, utilizar as diferenças como determinantes na eficiência de uma estratégia, pode tornar o conhecimento generalizado relativamente limitado.

No segundo caso, o ponto de partida são as variações dos comportamentos observados em um nível abaixo do sistêmico. Isso ocorre, pois o prisma aqui parte da premissa de sistemas diferentes gerando resultados semelhantes. Com isso, a orientação e explicação do que motiva tal desfecho também muda.

Ainda na temática dos desenhos, os professores destacam a lógica de cada um deles. O similar baseia-se nas características que o grupo analisado compartilha, podendo eliminar uma por uma quase que de maneira experimental. Por outro lado, o diferente, elimina os fatores que distinguem dos sistemas sociais, mediante formulação de um enunciado, validados independentemente dos sistemas, cujo interior se realiza as observações.

Essas abordagens possuem características distintas, que vão além da adequação escolhida por quem desenha, vai de encontro à criação de explicações da realidade humana e seus efeitos multifacetados. Seja pela semelhança ou pela diferença, comparar implica na atribuição de valores, significados, conceitos e estruturação de hipóteses pautadas no objetivo de cada pesquisa. Corroborar com o desenvolvimento metodológico e a discussão em maneiras mais coesas e ao mesmo tempo audaciosas, ressalta o compromisso com o campo dos estudos comparados.

Sartori (1999) descreveu o “método comparado” como uma forma de controle das nossas generalizações, é uma maneira de compreender, explicar e interpretar a realidade, confrontando uma coisa com outra.

Antes de avançar na contextualização metodológica, é importante entender um pouco sobre “Controle”, e neste sentido como os autores citados me ajudam a lançar um olhar sobre as políticas de promoção em saúde. “Controlar” refere-se a uma questão epistemológica, sendo que, para explanar melhor o autor questiona com uma pergunta “Quais coisas controlamos?” e o mesmo apresenta outra pergunta “Controlamos leis?”. Essa indagação serve para orientar os estudos em política comparada na escolha por variáveis de controle que sejam contundentes.

Neste sentido, a métrica utilizada para análise é a definição de OPAS e OMS sobre Promoção da Saúde, bem como as bases da Agenda 2030, da ONU, que orientam práticas sustentáveis e ações promotoras de saúde.

Após definir o desenho e a forma de controle é necessário deixar claro que existem maneiras de comparar. Ou seja, uma lente extra para olhar os objetos analisados. A

comparação explícita é mais sistemática e o controle é mais forte, por outro lado, a comparação implícita baseia-se em perspectivas e proporções e isso implica em escolhas teóricas mais generalistas.

Assim, este trabalho buscou orientação em um desenho baseado em resultados diferentes, pois os países possuem controles bem delineados, focados em uma comparação explícita que me permitem também, apresentar possíveis explicações e incrementar a discussão com conceitos e temáticas para além da Saúde Coletiva.

### **Capítulo III - Análise e Discussão**

Antes de iniciar a análise do capítulo, quero esclarecer que, a escolha em fornecer uma tabela com um misto de informações documentadas em linhas e colunas apresentando os países analisados, ocorreu pelo fato de sintetizar os objetivos de análise propostos, além de condensar os referenciais teóricos e metodológicos apontados ao longo deste trabalho.

#### **Análise documental e discussão**


A Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 (ASSA 2030) foi aprovada pela 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana em setembro de 2017. Ela representa “a resposta do setor da saúde aos compromissos assumidos pelos países na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, temas inconclusos dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017, assim como os compromissos assumidos pela Repartição como o escritório regional da OMS, outros compromissos mundiais em matéria de saúde da Região e desafios regionais futuros e emergentes em matéria de saúde pública”. Os objetivos da ASSA 2030 estão incorporados ao Plano Estratégico 20-25 (PE20-25) como os resultados no nível do impacto que a Região busca alcançar. Portanto, este Plano reflete bastante os objetivos da ASSA 2030 e os ODS relacionados à saúde.


Conforme afirma Tobar (2017), a ASSA 2030 é parte de um compromisso de solidariedade entre os países, voltado para as necessidades de saúde da população e


para o trabalho em conjunto em uma perspectiva regional de longo prazo. Nessa agenda se definem as principais áreas de ação e se reiteram os compromissos assumidos pelos países em fóruns internacionais para levar a cabo ações de forma mais eficaz.


Vale ressaltar que, antes da elaboração da ASSA 2030, operava a Agenda de Saúde das Américas (ASA) 2008-2017. E Tobar (2017), reitera que, os dois documentos analisaram as principais tendências do campo da saúde e das respostas oferecidas pelos sistemas de saúde para o período de cada agenda. Além disso, a ASA estabelecia oito linhas de ação, já a ASSA apontou onze. O que demonstra uma maior necessidade em trazer temas norteadores que sejam mais inclusivos e universais em suas abordagens.


## Objetivos da Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030


- 


1 Ampliar o acesso equitativo a serviços de saúde integrais, integrados, de qualidade, centrados nas pessoas, na família e na comunidade, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças.
- 


2 Fortalecer a zeladoria e governança da autoridade sanitária nacional, enquanto se promove a participação social.
- 


3 Fortalecer a gestão e o desenvolvimento de recursos humanos em saúde com habilidades que apoiem um enfoque integral à saúde.
- 


4 Conseguir financiamento para a saúde adequado e sustentável, com equidade e eficiência, e avançar na proteção contra riscos financeiros para todas as pessoas e suas famílias.
- 


5 Garantir o acesso aos medicamentos essenciais e vacinas e a outras tecnologias sanitárias prioritárias, segundo as evidências científicas disponíveis e de acordo com o contexto nacional.
- 

6 Fortalecer os sistemas de informação em saúde para apoiar a formulação de políticas e a tomada de decisões baseadas em evidências.
- 

7 Desenvolver capacidade de geração, transferência e uso da evidência e do conhecimento em matéria de saúde, promovendo a pesquisa, a inovação e o uso da tecnologia.
- 

8 Fortalecer as capacidades nacionais e regionais de preparação, prevenção, detecção, vigilância e resposta a surtos de doenças e às emergências e desastres que afetam a saúde da população.
- 

9 Reduzir a morbidade, a incapacidade e a mortalidade decorrentes de doenças não transmissíveis, lesões, violência e transtornos de saúde mental.
- 

10 Reduzir a carga das doenças transmissíveis e eliminar as doenças negligenciadas.
- 

11 Reduzir a desigualdade e a iniquidade na saúde mediante enfoques intersetoriais, multissetoriais, regionais e sub-regionais dos determinantes sociais e ambientais da saúde.

Fonte: OPAS, 2019.

## Aderência dos Estados-membros do Mercosul baseados nos Objetivos da ASSA 2030.

Objetivos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Brasil	P	P	P	A	A	P	P	P	A	A	P
Paraguai	P	P	P	P	A	P	A	P	A	A	P
Uruguai	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P

**P** - Presente / **A** - Ausente. (Fonte: Autor deste trabalho).

### Brasil

A primeira política é a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). De acordo com informações de apresentação do próprio documento, sua consolidação foi feita no dia 28 de setembro de 2017.

O contexto nacional e internacional apontou novos desafios e compromissos que motivaram o aprimoramento e a atualização da PNPS. Seu processo de revisão – desencadeado pelo Ministério da Saúde e coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, a partir de 2013, por meio do Comitê Gestor da Política, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e com o Grupo Temático de Promoção da Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) – ocorreu de forma ampla, democrática e participativa, com o envolvimento de gestores, trabalhadores, conselheiros, representantes de movimentos sociais e profissionais de instituições de ensino superior, além da participação de representantes de instituições fora do setor Saúde comprometidos com ações de promoção da saúde das cinco regiões brasileiras. Nas instâncias do SUS, a PNPS foi apresentada e ajustada nos Grupos de Trabalho da Vigilância em Saúde, da Atenção à Saúde e de Gestão, bem como na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e no Conselho Nacional de Saúde (CNS). (PNPS, 2018, p. 5).

Esta versão traz o caráter representativo, uma vez que contou com a participação ampla de diferentes atores. Isso aponta um alinhamento com as premissas das autoridades internacionais em saúde (OPAS e OMS), da Constituição Federal Brasileira de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) que veio

assegurar o acesso universal dos cidadãos às ações e aos serviços de saúde, a integralidade da assistência com igualdade, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie e com ampla participação social, capaz de responder pela promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, conforme as necessidades das pessoas. (PNPS, 2018, p. 7).

O SUS, na Lei Orgânica da Saúde (Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990), incorporou o conceito ampliado de saúde resultante dos modos de vida, de organização e de produção em um determinado contexto histórico, social e cultural, buscando superar a concepção da saúde como ausência de doença, centrada em aspectos biológicos.

Esse conceito ampliado, somado aos princípios e critérios das demais instâncias, permite assegurar não apenas uma afinidade, mas diz que o SUS permanece na vanguarda dos sistemas de saúde, tanto no contexto regional, pensando no Mercosul e na América Latina, quanto para o mundo, já que possui em seu escopo, uma íntima e forte relação com a universalização da saúde, participação social, bem como sua preocupação em articular políticas públicas inter e intrasetoriais, conforme disposto no Objetivo XIII da PNPS. A política, também demonstra preocupação em seu Objetivo XII, trazendo para o debate os “modos de consumo e produção” que conflitam com o aumento das vulnerabilidades e riscos à saúde. Ela também considera os saberes populares e tradicionais e as práticas integrativas e complementares. Essa valorização que aparece no Objetivo VI vai de encontro com o fortalecimento dos aspectos regionais, culturais e preservação dos povos originários.

## **Paraguai**

A segunda é a *Política de Promoción de la Salud para el periodo 2015-2019*. E aqui cabe a explicação da existência do período no nome da política. Mas antes, vale lembrar que, conforme mencionado na metodologia, contei com o auxílio consultivo de informantes-chave para aquisição dos documentos, bem como entender sua aplicação. O Paraguai possui em seu ordenamento jurídico uma maneira diferenciada de nomenclatura e apresentação dessa política, e aqui digo apenas essa, pois não me inteirei das demais, por não serem alvo deste trabalho. A política é periodicamente atualizada e válida por um período definido. A nova é apresentada no último ano descrito e passa a valer no ano

seguinte, mas por motivos da pandemia de Covid-19, não entrou em vigor a de 2020. Sendo assim, essa permanece em uso.

O país entende sua política como orientadora e condutora para as intervenções em Promoção da Saúde baseados na Constituição Nacional, na legislação sanitária, nas leis complementares e na Política Nacional de Saúde.

La Política de Promoción de la Salud es una responsabilidad compartida entre el Estado, la sociedad civil, las familias y las personas a favor de la salud y requiere del esfuerzo intra e intersectorial para su implementación a través de planes, programas e iniciativas nacionales, departamentales y locales. (PNPS, 2017, p. 5).

A PNPS paraguaia se estreita aos referenciais históricos da Promoção em Saúde ao colocar como marco conceitual na apresentação de sua política a Carta de Ottawa (1986). Além disso, traz outros acontecimentos importantes para o campo da Promoção em Saúde, e salienta que a Conferência realizada em Helsinki, na Finlândia, em Junho de 2013, foi a base para a sua política.

Outra observação relevante para essa pesquisa, é perceber que o país entende a política como uma responsabilidade compartilhada, assim como mencionado na citação acima. Coloca também a família e as pessoas como parte estruturante de sua PNPS e leva em consideração a espiritualidade como um determinante da saúde.

La promoción de la salud es un proceso desarrollado por diferentes actores y sectores sociales, que va creando condiciones, facilitando infraestructura y medios necesarios para contribuir a la preservación del ambiente y al mejoramiento de la salud individual y colectiva de la población en cada ámbito y en cada función de la vida cotidiana. (PNPS, 2017, p. 6).

Em seu documento, o Paraguai coloca que alguns sistemas de saúde possuem abordagens distintas, e que no seu, se privilegia a Promoção da Saúde como

estrategia de cambio orientada a crear sociedades saludables mediante ambientes físicos y sociales, actitudes, comportamientos y formas de vida individuales y colectivas favorables a la salud. Con un enfoque de derechos, el Paraguay cuenta con un Sistema Nacional de Salud participativo, descentralizado, centrado en la población y sus necesidades. (PNPS, 2017, p. 7).



Isso forma um pilar fundamental para a Política Nacional que usa a Promoção da Saúde como uma estratégia de política pública saudável para estabelecer como prioridade: “Desarrollar una Política Específica de Promoción de la Salud orientada a actuar sobre los determinantes de la salud para transformarlos en condiciones favorables al bienestar de las personas y la salud del ambiente”. (PNPS, 2017, p. 7).

Particularmente, a PNPS do Paraguai assume uma postura que privilegia os determinantes sociais da saúde, mencionado no Objetivo VI, e enfatiza a consolidação de espaços e mecanismos de diálogo e participação para a ação, conforme descreve o Objetivo II. Essa abordagem pode ser percebida, em parte, pelo fato do país ainda não possuir bases sólidas para desenvolver práticas de Promoção em Saúde, uma vez que está buscando a consolidação desses, e pelo fato de usar como referência para criação da PNPS, a Conferência de Helsink, de 2013.

É claro, dado as suas particularidades, vale dizer que o atual momento pandêmico não favoreceu a atualização da política, logo, acredito que avanços significativos constariam no documento atual. Não obstante, o Paraguai é feliz ao incluir a percepção de espaços saudáveis, seja no contexto individual ou coletivo, colocando holisticamente a promoção da saúde como mediadora na “Ausencia de todo tipo de discriminación, estigmas, estereotipos y prejuicios.” (PNPS, 2017, p. 9).

## **Uruguai**

A terceira e última política analisada possui alguns incrementos, isso por que o Uruguai, além de possuir uma Política Pública de Promoção da Saúde, conta com outros dois documentos, esses mais atuais e com uma forte influência da OPAS, e consequentemente da OMS.

Diferentemente dos outros países, o Uruguai possui uma relação mais estreita com as organizações internacionais de saúde, e aqui chamo a atenção para dois pontos. O primeiro diz respeito a uma cultura institucional de adesão aos tratados internacionais, como a Agenda 2030, por exemplo, o que o coloca, por vezes, como um dos primeiros ou primeiro país a ser signatário na América Latina. O segundo ponto diz respeito à

celeridade em que as legislações de saúde avançam, incorporando práticas e redefinindo seu sistema universal de saúde.

Para exemplificar, o primeiro documento intitulado “*Guía Para La Acción De Comunidades Productivas y Saludables*”, foi criado em novembro de 2007 com a coautoria da OPAS e trouxe em seu título a ideia que seguiria na política. Esse foi o ponto de partida para os documentos seguintes e destaco aqui, que desde sua elaboração já se percebia e assumia a intrínseca relação da área da saúde com as ciências sociais.

Siendo conscientes del aporte actual de las ciencias sociales que nos fundamentan la imposibilidad de que se den situaciones sociales similares, por semejantes que sean los indicadores recogidos, el poder analizar elementos claves que han surgido de la realidad en intervenciones y programas locales permite ampliar la necesaria cosmovisión de la riqueza de los elementos sociales que están en juego y que aparecen sencillamente presentados en el presente aporte. (PPPS, 2007, p. 1).

O segundo documento “*URUGUAY: Aportes para la construcción de una estrategia regional de Promoción de la Salud*”, é datado de outubro de 2018. Já em seu título aponta o componente regional como norteador dos debates, das tomadas de decisões e das práticas promotoras de saúde. O destaque vai para o fato de que, em seu preâmbulo, o documento dispõe sobre tendências da América Latina, o que reafirma o olhar regional no pensar e fazer saúde. Outra informação que vale destaque é que em comparação com os demais países analisados, o Uruguai reconhece desafios socialmente estruturados como:

las amenazas no se limitan a deterioros en materia de pobreza medida por ingresos, sino que incluyen el incremento de las desigualdades y aspectos políticos y culturales, como el racismo, la xenofobia, la violencia institucionalizada contra sectores sociales, la violencia de género y generaciones, la instalación de discursos de odio y segregación. (Uruguay - OPAS, 2018, p. 5).

Cabe mencionar também que o país possui um componente político que por vezes se mostrou favorável ao acolher o debate e progredir com a criação de leis para uma robustez em matéria de seguridade social. O documento aponta que:

Uruguay ha logrado mantener un proceso de crecimiento económico ininterrumpido a lo largo de 15 años y sostiene los avances en sus principales indicadores sociales. En particular el abatimiento de la pobreza y la indigencia que han llegado a mínimos históricos en el país, la mejora en el salario real y las pasividades, la cobertura de salud y

seguridad social. Una nueva agenda de derechos ha dado pasos importantes con el aborto despenalizado, el matrimonio igualitario y la regulación del mercado cannabis. Junto a avances sociales relevantes subsisten desigualdades por razones étnicas (infantilización de la pobreza), por segmentación territorial y condición étnico-racial. (Uruguay - OPAS, 2018, p. 5).

Neste sentido, a discussão da legalidade da maconha, o forte debate por igualdade de gênero e a união estável por pessoas homoafetivas, colocam o país a frente no cenário latino. Seja nos avanços sociais e da saúde, assim como seu perfil participativo e condizente com os desafios da atualidade, o Estado marca positivamente ao se colocar firme na garantia de direitos fundamentais e consequentemente oportunizar uma sociedade menos desigual e mais próspera e receptiva aos Direitos Humanos. Assim mencionado pelo documento em “La reafirmación de principios de la Salud como derecho humano fundamental, como bien público, como obligación de los gobiernos y como construcción social, sigue siendo el punto de partida para analizar lo hecho y lo que falta por hacer.” (Uruguay - OPAS, 2018, p. 7).

O terceiro documento intitulado “OSN - *Objetivos Sanitarios Nacionales 2020*”, elaborado pelo Ministério da Saúde uruguaio, contou com apoio da OPAS e OMS. Sua similaridade com os ODS da Agenda 2030 são visíveis, mas cabe lembrar que, embora existam elementos políticos, históricos e sociais que explicam essa aproximação, a maneira como o Uruguai apresenta suas leis, descreve sobre elas e apresenta seus resultados, é fruto de um conjunto de escolhas feitas em décadas, marcadas por movimentos sociais, que não apenas demonstram a vontade popular, mas a legitimidade com a qual seu sistema de saúde se constitui e se organiza.

Os OSN entendem a saúde como um direito humano e isso implica em assumir um conjunto de responsabilidades inerentes ao Estado uruguaio em sua condição de garantir. Para isso são colocadas três obrigações.

La obligación de definir y liderar políticas intersectoriales en materia de salud, estimulando la participación e involucramiento de los usuarios, de los trabajadores y de la sociedad toda en mejorar estilos de vida y disminuir riesgos para la salud. La obligación de promover la adopción de distintas medidas legislativas, administrativas, judiciales, programáticas y presupuestarias, que determinen que las instituciones vinculadas al proceso salud-enfermedad brinden el mejor nivel de calidad posible en la atención integral a la salud física y mental. La obligación de proteger, lo que implica que el Estado impida que terceros interfieran, violentando o dificultando el goce del derecho a la salud. (OSN, 2020, p. 20).

Essas obrigações, bem como os demais elementos jurídicos mencionados sobre o país sustentam o funcionamento, a visão e os interesses da sociedade uruguaia em manter suas escolhas políticas apoiadas pelos direitos humanos, pela seguridade social e pela promoção da saúde em seu espectro mais amplo, componentes essenciais na direção do país em resposta a Agenda 2030 e ao século XXI. “Jerarquizar el vínculo entre OSN y ODS, desarrollando la amplitud y diversidad de objetivos de los ODS como concepción de salud colectiva.” (Uruguay - OPAS, 2018, p. 28).

Antes de finalizar a análise, gostaria de deixar claro que, o objetivo de mapear as políticas e de analisar seu conteúdo tendo como referência os pressupostos sobre Promoção em Saúde de OPAS e OMS, além dos ODS da Agenda 2030, culminaram neste breve apanhado de informações que me permitiram lançar luz sobre a temática da regionalização, da integração e do quão atual é o debate sobre os ODS. Embora possa parecer redundante pensar em atualidade na perspectiva da Agenda 2030, o histórico sobre a fina relação entre o campo da Promoção em Saúde, os Direitos Humanos, as Relações Internacionais e mais recentemente a Diplomacia em Saúde, só apontam que, muito mais que afinidades, essas áreas do conhecimento possuem objetivos em comum.

A sistematização das ideias que chegaram ao acordo que criou a Agenda 2030 é fruto do constante compromisso humano em melhorar as condições de vida de todos os povos. É correto pensar que ao avaliar as políticas dos três países, não quis esgotar a análise, pois este trabalho não propôs esse tipo de discussão. Embora, seja possível que em outro momento possam surgir demandas que ampliem e tragam mais consistência para o campo da Promoção em Saúde.

As diferenças encontradas entre os países mostraram dentro da ótica sanitária que cada Estado conta com demandas mais ou menos urgentes. O que ficou evidente é que o que permite a um ou outro estar ou não mais afinado com a Agenda 2030, não é apenas o contexto cultural, social ou de governo, mas o quão robustas são as políticas públicas de saúde que permitem maiores avanços ou não. Mesmo o Brasil tendo o SUS como um marco na garantia de direito à saúde, o Uruguai conseguiu alcançar métricas e balizar suas políticas de uma maneira mais participativa, orientada com as demandas deste tempo, com aquilo que é pujante. Os países escolheram modos de criar e fazer

políticas públicas que não se assemelham. No entanto, a metodologia proposta por este trabalho permitiu que elas fossem objeto de análise.

Em relação a política do Paraguai, mesmo sendo das três a mais concisa, ela chama a atenção por introduzir o elemento “família” e “indivíduos” como algo central *“Dignidad y transcendencia de la vida de cada ser humano en sus ámbitos individual, familiar, comunitario, social y ambiental.”* (PNPS, 2017, p. 8), além de possuir boas referências de criação, que nas demais são algo menor. Essa atitude insinua uma busca por maturidade e autonomia na elaboração das próximas políticas de promoção em saúde.

Por fim, independentemente do país, a análise me permite afirmar que, um dos grandes desafios dos ODS será encontrar novas métricas para se medir o desenvolvimento que substituam o PIB. É fato que a abordagem de crescimento centrada no aumento do PIB trouxe sérios problemas ao planeta e às pessoas nos últimos 50 anos. Adotar os ODS significará incorporar questões sociais e ambientais como centrais ao desenvolvimento, construindo, no campo das políticas públicas, um olhar criativo, intersetorial, para que se desvendem sinergias entre diferentes setores em prol da Agenda 2030.

As crises representam oportunidades e, se a saída imediata é o pragmatismo, este com certeza não deve ser orientador de futuro. Neste momento é preciso mais do que nunca discutir ideologias, ampliar os debates e trazer profissionais de diferentes setores para sentarem juntos e discutirem problemas. Será essencial juntar sanitaristas, políticos, economistas, sociólogos, antropólogos, ambientalistas, da academia, governos e sociedade civil num mesmo espaço, e buscar um projeto integrado para a implementação dos ODS nos países que pactuaram com a ONU.

## **Considerações Finais**

Os temas saúde e desenvolvimento sempre estiveram intimamente vinculados, independente do significado que se apresente de ambos os processos. Isso deveria

ocorrer mais claramente para os que de alguma maneira estão imersos nas discussões e na esfera da saúde, seja profissional da área ou não. É claro, existe um abismo entre algumas formações (públicas ou privadas), pois algumas sequer abordam a temática histórica da saúde brasileira, e muito menos a latina e mundial. Como exemplo, minha primeira formação em biomedicina, que além do perfil altamente tecnocrata e construtivista, pouco ou quase nada deu lugar a Saúde como parte indissociável da esfera social. Felizmente, a graduação em Saúde Coletiva da UNILA, ainda oferece uma experiência mais robusta no que diz respeito às discussões da interface desenvolvimento-saúde. Não à toa, pois saúde é política, economia, meio ambiente e faz parte de tudo aquilo que é socialmente produzido. Essa maneira de enxergar e se relacionar com o campo, evidenciam os vínculos e a intrínseca relação dos saberes.

As radicais transformações da economia, do social, e do meio ambiente que se aceleraram nos últimos anos indicam que no horizonte futuro as transformações se acelerarão ainda mais, com consequências profundas, e muitas vezes sem volta, para questões fundamentais como a distribuição do poder político e econômico, a crise ambiental, a mudança climática e a distribuição internacional da produção e do consumo, do emprego e da renda, tudo isso com reconhecida e influência sobre a situação da saúde das populações humanas. Por essa razão, parece importante que seja estabelecida uma ampla mobilização, no plano dos países e na esfera internacional, da sociedade civil, incluindo as universidades e institutos de pesquisa, representações de trabalhadores e outras instituições, para que seus interesses, visões e propostas saiam da Agenda 2030 e sejam colocadas em prática.

Acredito que o estudo permitiu responder ao objetivo *“mapear, analisar e comparar em que cenário a temática está sendo aplicada e em que medida essas normativas são influenciadas pela OPAS e OMS.”* Uma vez que, os objetos de comparação (as políticas) foram apresentadas em suas particularidades e analisadas, mostraram o quão foram influenciadas pelas autoridades internacionais de saúde.

Após a imersão nos estudos das políticas para realização deste trabalho, entendo que serão necessárias mudanças de paradigmas na redefinição do papel do Estado como provedor de direitos fundamentais como a saúde e outros elementos que constituem os

ODS, assim como planejamentos e ações intersetoriais sob a regência do poder público e da participação social, nos planos nacionais, regionais e globais.

Finalmente, considero também que a cooperação internacional pode contribuir com os processos de sistematização, reflexão e geração de aprendizado a partir das diferentes linhas de ação e promoção da saúde. Neste sentido, a Diplomacia em Saúde e a Saúde Coletiva oferecem recursos técnicos essenciais para que alcancemos patamares mais elevados na busca pela garantia de direitos, sistemas de saúde mais integrados, universais e transparentes, assim como contribuições para o fortalecimento da criação de políticas públicas que estejam orientadas pelas demandas coletivas de seu tempo, e propiciem um ambiente favorável ao desenvolvimento sustentável.

## REFERÊNCIAS

- AMORIM, C. et al. Oslo Ministerial Declaration. Global health: a pressing foreign policy issue of our time. *The Lancet*, 2007. doi: 10.1016/S0140-6736(07)-60498-X.
- Assembléia Mundial da Saúde (AMS). OMS, 1958.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011
- BROWN, T. M.; CUETO, M. e FEE, E. The World Health Organization and the transition from “international” to “global” public health. *American Journal of Public Health*, 62-72, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1470434/>>. Acesso em 24 maio. 2021.
- BUSS, P. Promoção da Saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, 163-177, 2000.
- BUSS, P. M. e TOBAR, S. Diplomacia em Saúde Global e Saúde Global - Perspectivas Latino-Americanas. Editora Fiocruz, 2017.
- BUSS, P. M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. *Promoção da Saúde - conceitos, reflexões, tendências*. Ed. Fiocruz, cp. 1, p. 19-42. 2009.
- CUETO, M. El valor de la Salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D. C: OPS, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rimtsp/a/Hd7bzzPvXfSfvQf6DmLVy3r/?lang=es>>. Acesso em: 01 junho. 2021.
- CZERESNIA, D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Promoção e Prevenção. *Promoção da Saúde - conceitos, reflexões, tendências*. Ed. Fiocruz, cp. 2, p. 43-58. 2009.
- DAVIES, S. E. et al. Global health in international relations. Editors` Introduction. *Review of International Studies*: 825-834, 2014. doi: 10.1017/S0260210514000308.
- DODGSON, R.; LEE, K. e DRAGER, N. Global health governance: a conceptual review. London, Geneva, 2002. Disponível em: <[www.shi.or.th](http://www.shi.or.th)>. Acesso em: 01 junho. 2021.
- FORTES, P. A. C. e RIBEIRO, H. Saúde global em tempos de globalização. *Saúde e Sociedade*, 366-375, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/3SZQCBNKhKBWJWbq3LbQtpz/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 27 maio. 2021.
- GONZÁLEZ, Rodrigo Stumpf; BAQUERO, Marcello. A Política Comparada na América Latina: dilemas e desafios no Brasil. *Revista Debates*. v. 7. n. 3. p. 111-126. set-dez, Porto Alegre, 2013.
- HOYEZ, A. C. Transnationalisation, migrants et santé. In: CHASLES, V. Santé et Mondialisation. Lyon: Université Jean Moulin, 2010. Disponível em: <<https://perso.univ-rennes2.fr/anne.cecile.hoyez>>. Acesso em 27 maio. 2021.
- LEFEVRE, F e LEFEVRE, A. M. C. Promoção de Saúde - a negação da negação. São Paulo. 2004.
- Kinshore, S. et al. Preparing the university communiti to respond to 21st century global public health needs: viewpoint. *Global Heart*, 183-190, 2011. Disponível em: <<https://globalheartjournal.com/articles/abstract/10.1016/j.gheart.2011.07.002/>>. Acesso em: 24 maio. 2021.
- KOPLAN, J. P. et al. Towards a common definition of global health. *The Lancet*, 373, 2009. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60332-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60332-9/fulltext)>. Acesso em 25 maio. 2021.
- MACFARLANE, S. B.; JACOBS, M. e KAAYA, E. E. In the name of global health: trends in academic institutions. *Journal of Public Health Policy*, 383-401, 2008. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19079297/>> . Acesso em 26 maio. 2021.



- MENDES GONÇALVEZ, R. B. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec / Abrasco, 1994.
- Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria N 2.446, Brasília, 11 de Novembro de 2014.
- Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. *Promoção da Saúde: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília (DF): Ministério da Saúde/IEC, 1986.
- PINTO, A. D.; BIRN, A. E. e UPSHUR, R. E. G. The context of global health ethics. In: PINTO, A. D. e UPSHUR, R. E. G. *An Introduction to Global Health Ethics*. Oxon: Routledge, 2013. Disponível em: <<https://www.routledge.com/An-Introduction-to-Global-Health-Ethics/Pinto-Upshur/p/book/9780415681834>>. Acesso em 27 maio. 2021.
- PINTO, A. et al. Promoção da saúde e intersectorialidade: um processo em construção. *Revista Mineira de Enfermagem*. V. 16.4. Relotas, 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/552>. Acesso em 29 maio. 2021.
- PLANO ESTRATÉGICO DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE 2020–2025. A EQUIDADE, O CORAÇÃO DA SAÚDE. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52968>>. Acesso em 07 junho. 2021.
- Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, 2018. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf)>. Acesso em 04 junho. 2021.
- PRZEWORSKI. A. e TEUNE. H. *Diseños de Investigación. Tomado de The Logic of Comparative Social Inquiry* John Wiley ed., Estados Unidos, p. 31-46, 1970.
- RIBEIRO, Helena. *Saúde Global: Olhares do Presente*. Editora Fiocruz, p. 9-94, 2016.
- RUCKERT, A. *et al.* *Diplomacia da Saúde Global: Uma revisão Crítica da Literatura*. Livro - *Diplomacia em Saúde Global e Saúde Global - Perspectivas Latino-Americanas*. Editora Fiocruz, p. 143-162, 2017.
- RUCKERT, A. e LABONTÉ, R. Public-private partnerships (PPPs) in global health: the good, the bad and the ugly. *Third World Quarterly*, 1598 - 1614, 2014. doi: 10.1080/01436597.2014.970870.
- SARTORI, G. e MORLINO, L. LA COMPARACIÓN EN LAS CIENCIAS SOCIALES. p 29-50, 1999.
- SOLIMANO, G. e VALDIVIA, L. Salud global en las instituciones académicas latinoamericanas: hacia un desarrollo e identidad propia. *Saúde e Sociedade*, 357-365, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/XNVWRTLwhynjgxLkxY8Ms4g/abstract/?lang=es>>. Acesso em 25 maio. 2021.
- TOBAR, S. *Governança da Saúde Global e Regional: OMS/OPAS*. p. 385-420. 2017.
- UNITED NATIONS. *Health in the Post-2015 Agenda: report of the global thematic consultation on health*, April 2013. Disponível em: <[www.worldwewnt2015.org/file/337378/download/366802](http://www.worldwewnt2015.org/file/337378/download/366802)>. Acesso em: 02 junho. 2021.
- VENTURA, Deisy. *Saúde Pública e Política Externa Brasileira*. *Revista Internacional de Direitos Humanos*. ed. 19, dez, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <http://sur.conectas.org/saude-publica-e-politica-externa-brasileira/>. Acesso em 28 maio 2021.

VENTURA, Deisy; PEREZ, Fernanda Aguilar. Crise e reforma da Organização Mundial da Saúde. *Lua Nova* [online]. n.92, p.45-77, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-64452014000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-64452014000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em 28 maio. 2021

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health 2015: from MDG to SDG, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/publications/mdgs-sdgs>. Acesso em 02 junho. 2021.

WHITE, F. e NANAN, D. J. International and global health. In: MAXCY, M. J.; ROSENAU, M. J. LAST, J. Public Health and Preventive Medicine. 15 ed. Washington: MacGraw Hill, 2008. Disponível em: <https://dokumen.pub/public-health-and-preventive-medicine-15nbsped-0071441980-9780071441988.html>. Acesso em 26 maio. 2021.

WERNLI, D. et al. Moving global health forward in academic institutions. *Journal of Global Health*, June 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4766794/>. Acesso em 24 maio. 2021.