

## O trabalho em saúde no MERCOSUL: uma abordagem brasileira sobre a questão

Health work in MERCOSUR: a Brazilian approach

Maria Helena Machado <sup>1</sup>  
 Aïda El-Khoury de Paula <sup>1</sup>  
 Wilson Aguiar Filho <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, Brasil.

### Correspondência

M. H. Machado  
 Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Sala 751, Edifício Sede, Brasília, DF 70058-900, Brasil.  
 helena.machado@saude.gov.br

### Abstract

*MERCOSUR Member Countries (Brazil, Argentina, Paraguay, Uruguay, and Venezuela) have viewed the regional integration process and management of work and education in health as a concern for government, considering the health sector's specificities. Key issues are professional accreditation and harmonization of current legislation. This article discusses initiatives in the Permanent MERCOSUR Forum related to work in the health field. The Forum serves as a space for dialogue between various actors: Ministry of Health, health workers, and professional boards, with the aim of supporting the work by the Sub-Commission on Professional Development and Practice, under MERCOSUR Working Sub-Group 11, Health, aiding in the formulation of health management and education policies. The current challenge involves the creation of mechanisms for implementing joint actions to solve problems in the regulation of professional practice, especially in municipalities along the borders between MERCOSUR countries.*

*Health Management; Health Policy; Workers*

### Introdução

A existência do Mercado Comum do Sul – MERCOSUL funda-se na idéia de que a integração entre Brasil, Argentina, Paraguai, Uruguai e Venezuela é condição fundamental para acelerar os processos de desenvolvimento econômico com justiça social na região.

Nesse processo de integração, ressalta-se a necessidade de ações conjuntas na área da saúde, com destaque para a implementação de políticas de gestão do trabalho e da educação, as quais definem, em grande parte, o acesso da população aos serviços de saúde.

Este artigo apresenta o debate promovido no âmbito do MERCOSUL na área. Um aspecto importante nesse campo, refere-se à organização das profissões de saúde, a delimitação de seus campos de prática e seus espaços dentro do mercado de trabalho, ou seja, o processo regulatório do exercício profissional.

Inicialmente, o artigo analisa o papel desempenhado pelos blocos regionais no processo atual de globalização. Em seguida, apresenta o processo de constituição e a estrutura institucional do MERCOSUL. O terceiro item aborda as ações do Subgrupo de Trabalho 11 *Saúde* (SGT 11), particularmente da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional e do Fórum Permanente MERCOSUL para o Trabalho em Saúde; apresenta ainda um breve perfil dos países integrantes do MERCOSUL e ressalta a imperiosa

necessidade de integração das fronteiras para o equacionamento das dificuldades no acesso aos serviços de saúde das populações ali residentes. Por fim, destaca alguns mecanismos criados na tentativa de harmonizar a legislação dos sistemas de saúde, com a finalidade de regulamentar o exercício profissional no MERCOSUL. As conclusões apontam para um conjunto de questões relacionadas à educação para o trabalho, assim como para a gestão e regulação do trabalho, prioritárias para a consolidação do MERCOSUL.

O objetivo deste estudo é o de mostrar o *estado da arte* em que se encontram as discussões sobre o trabalho em saúde no MERCOSUL, que entendemos de fundamental relevância para a efetivação do processo de integração que se opera na América Latina.

### Globalização e a criação dos blocos regionais

Ao longo das últimas décadas ocorreram profundas transformações no cenário global. A nova divisão econômica das relações internacionais, a globalização da produção, do consumo e dos mercados financeiros, facilitadas pelos avanços da informática, das telecomunicações, da biotecnologia, da engenharia genética, etc. devem ser consideradas na análise do mundo de hoje, em que o capital, os bens e os serviços não conhecem fronteiras e se organizam a partir de uma estratégia mundial, voltada para um mercado do mundo.

Na verdade, a globalização é a continuação, de forma acentuada e acelerada, da expansão mundializante inerente ao capitalismo, com manifestações na economia, na política, nas práticas culturais e nos comportamentos sociais.

Para alguns autores, os processos da globalização e da revolução tecnológica apontam para as possibilidades de construção de uma sociedade planetária unificada e a criação de uma cultura mundial, capazes de unir os povos mais diversos, superando as hostilidades manifestas ou latentes entre nações e etnias<sup>1,2,3</sup>.

O contraponto a essa visão otimista da globalização se configura nas críticas que questionam as conseqüências das mudanças trazidas por ela, uma vez que é fácil mostrar que muitas das promessas de desenvolvimento econômico e bem-estar social transformaram-se em problemas.

Se o processo de globalização facilitou de modo veloz a integração pela expansão do mercado capitalista, é evidente também que acentuou a desigualdade entre países ricos e pobres, aprofundou as desigualdades regionais, a partir da concentração das empresas de natureza global

nos países desenvolvidos que buscam vantagens financeiras e fiscais; alterou a estrutura social local das cidades, a organização do trabalho, a distribuição dos ganhos e a estrutura de consumo, criando novas formas de exclusão.

O domínio do capital financeiro e bancário embasam o argumento de que a globalização teria relegado o Estado à condição de instituição secundária, com reduzido poder para implementar políticas de desenvolvimento. Ou seja, em última análise, são as grandes corporações, e não os governos, que decidem sobre câmbio, taxa de juros, rendimento da poupança, dos investimentos etc. Entretanto, essa “globalização financeira” contrapõe-se a outras formas de globalizações “mais cooperativas”, em que o Estado desempenha papel importante no gerenciamento de estratégias baseadas no interesse geral, com destaque para ações na área da saúde e da educação<sup>4</sup>.

É preciso, porém, considerar as reações dos países diante das novas formas de competitividade empreendidas pelas grandes corporações transnacionais e pelo livre fluxo dos capitais, fenômenos observados na fase atual da globalização.

A iniciativa de formação de blocos econômicos regionais cumpre importante papel no fortalecimento das economias nacionais, na garantia de atratividade dos investimentos externos e na ampliação da participação de integrantes no mercado econômico global. A criação dos blocos econômicos virá, portanto, reduzir ou mesmo eliminar barreiras intra-regionais à atividade econômica dentro de uma região – frequentemente temida pelos não-membros como sendo um prejuízo de sua atividade com a região.

### A constituição do MERCOSUL

O relacionamento empreendido entre o Brasil e a Argentina durante os governos José Sarney e Raul Alfonsín iniciou o processo de integração que levou à formação do MERCOSUL. Essa aproximação culminou com a assinatura, em 1988, em Buenos Aires, do *Tratado de Integração, Cooperação e Desenvolvimento Brasil-Argentina*, que previa a liberalização completa do comércio de bens e serviços entre os dois países em prazo máximo de dez anos. Esse prazo foi modificado pelo *Acordo de Complementação Econômica n.º 14*, firmado em 1990, que instituiu cronograma para a criação de uma Zona de Livre Comércio de Bens, e antecipava para o final de 1994 o prazo para a formação do Mercado Comum entre os dois países.

A incorporação do Paraguai e do Uruguai a esse processo levou, em 1991, à criação do MERCOSUL, com a assinatura do *Tratado de As-*

*sunção*, objetivando a constituição de um Mercado Comum com a livre circulação de bens, serviços e fatores de produção entre estes países denominados Estados Partes. Estes, por sua vez, assumem o compromisso de harmonizar suas legislações em áreas pertinentes para lograr o fortalecimento do processo de integração. Desde então, o Brasil, a Argentina, o Paraguai e o Uruguai deram passos decisivos nessa direção. Por exemplo, está em vigor, desde 1º de janeiro de 1995, a Tarifa Externa Comum (TEC) que marcou o início efetivo da existência da União Aduaneira; esta continua ainda em fase de transição para a União Aduaneira completa.

Em 1996, a União Aduaneira do MERCOSUL concluiu acordos de livre comércio com o Chile e a Bolívia, estendendo posteriormente, acordos de igual teor com os países da Comunidade Andina. Da mesma forma, os países do MERCOSUL têm conduzido, em conjunto, negociações visando a acordos de comércio no Hemisfério e com a União Européia (UE).

Uma das conseqüências mais expressivas do *Tratado de Assunção* foi a expansão do comércio intrazona e o dinamismo das negociações econômicas na região. As trocas entre Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai passaram de US\$ 5,1 bilhões em 1991 para mais de US\$ 18,5 bilhões em 1997. Observa-se que ao longo dos anos 90, o MERCOSUL transformou-se em destino privilegiado das exportações brasileiras, onde a Argentina se apresenta como um importante parceiro comercial<sup>5</sup>. Ressalta-se que a Venezuela iniciou seu processo de adesão ao bloco em 2006.

Por outro lado, o MERCOSUL constituiu-se o quarto maior mercado consumidor do mundo, após os Estados Unidos, a UE e o Japão. O Produto Interno Bruto (PIB) conjunto de seus cinco membros demonstra um resultado acima de US\$ 1,2 trilhão<sup>5</sup>.

Como é comum e esperado em qualquer relacionamento que envolve trocas comerciais, a agenda de negociações do MERCOSUL é marcada, periodicamente, por tensões entre os Estados Partes e pelas conjunturas econômicas locais. Contudo, o compromisso político dos países integrantes do bloco, de suas lideranças e também de suas sociedades em relação ao MERCOSUL foi, e continuará sendo, a garantia mais importante de que a integração regional é uma realidade irreversível, com efeitos positivos não somente para o desenvolvimento econômico, mas também para a estabilidade política e o progresso social dos Estados Partes.

Concomitante ao cumprimento da agenda econômico-comercial, ocorre a expansão e consolidação da dimensão política do MERCOSUL, que se expressa inicialmente pela vontade do Bra-

sil e da Argentina na busca de convergências e aproximações entre as sociedades da sub-região.

Foram firmadas, em 1996, a *Declaração Presidencial de São Luís* sobre Diálogo Político entre os Estados Partes do MERCOSUL, e em 1998 a Decisão n°. 18, que criaram o Mecanismo de Consulta e Concertação Política (MCCP) e o Foro de Consulta e Concertação Política, respectivamente. Na *Declaração Presidencial de São Luís*, o MERCOSUL adotou um “compromisso democrático” que estabelece, como condição essencial para o desenvolvimento dos processos de integração, o respeito às instituições democráticas e pelo qual os países da região se comprometem a aplicar sanções em caso de ruptura do regime democrático. Isso significa que o MERCOSUL tornou-se garantia da consolidação dos regimes democráticos na região, permitindo um clima de entendimento e cooperação que sustenta a integração econômica.

Essa *Declaração Presidencial de São Luís* só se tornou uma “cláusula democrática”, no âmbito interno, após sua institucionalização pelo *Protocolo de Ushuaia* sobre Compromisso Democrático no MERCOSUL, Bolívia e Chile, acordado em 1998<sup>6</sup>.

Em 1999, considerando que a paz e o fortalecimento da democracia constituem elementos essenciais para a manutenção e o desenvolvimento do processo de integração do MERCOSUL, foi firmado, em Ushuaia, a *Declaração Política do MERCOSUL*, Bolívia e Chile como Zona de Paz, livre de armas de destruição em massa, visando a estimular medidas para o fortalecimento dos mecanismos de cooperação nas áreas judiciária e de segurança interna entre os quatro países.

Numa tentativa de ampliar as atuais dimensões de seus mercados nacionais e uma inserção maior no mercado internacional, os países do MERCOSUL têm conduzido negociações com a UE, iniciadas pelo *Acordo de Madri*, em 15 de dezembro de 1995, e com o Chile, a Bolívia, o Peru, a Colômbia e o Equador, denominados “Estados Associados”, por meio de acordos de convergência econômica.

Desse modo, o MERCOSUL não só proporciona aos Estados Partes a ampliação de mercados, mas é também um espaço para o desenvolvimento de importantes questões políticas da agenda regional.

## A estrutura institucional do MERCOSUL

A estrutura institucional do MERCOSUL, segundo o *Protocolo de Ouro Preto*<sup>6</sup>, assinado em 1994, é composta por duas grandes subestruturas. A primeira é formada por órgãos deliberativos, dotados de poder decisório:

- O Conselho do Mercado Comum (CMC). Órgão superior do MERCOSUL que conduz a política geral do processo de integração, por meio de tomada de Decisões para garantir a execução dos objetivos definidos pelo *Tratado de Assunção* e o estabelecimento progressivo de um mercado comum. Integram o CMC os chefes de Estado, os Ministros das Relações Exteriores e os Ministros da Economia, ou seus equivalentes, dos Estados Partes. A Presidência do Conselho do Mercado Comum é exercida por rotação dos Estados Partes, por ordem alfabética, pelo período de seis meses.
- O Grupo Mercado Comum (GMC). Órgão executor do MERCOSUL, constituído por quatro membros titulares e quatro membros alternos dos Estados Partes, entre os quais devem estar obrigatoriamente representados o Ministério das Relações Exteriores, o Ministério da Economia ou equivalente e o Banco Central. O consenso, com a presença de todos os Estados Partes, é obrigatório para a adoção de Resoluções.
- A Comissão de Comércio do MERCOSUL (CCM). Órgão de caráter intergovernamental encarregado de assistir o GMC, conforme orientação do *Protocolo de Ouro Preto*. A Comissão compõe-se de oito membros por país, sendo quatro titulares e quatro alternos, nomeados pelos seus respectivos governos. O consenso, com a presença de todos os Estados Partes, é obrigatório para a adoção de Diretivas.
- As Reuniões de Ministros – Saúde, Trabalho, Educação etc. – são vinculadas ao Conselho do Mercado Comum, encarregadas pela aprovação de políticas e programas de suas respectivas áreas.

A segunda subestrutura é dotada de órgãos consultivos e/ou administrativos, sem poder deliberativo. São os seguintes: (a) Comissão Parlamentar Conjunta (representação dos Parla-mentos dos Estados Partes); (b) Foro Consultivo Econômico e Social (representação dos setores econômicos e sociais); (c) Secretaria Administrativa do MERCOSUL.

A necessidade de fazer evoluir a Comissão Parlamentar Conjunta até constituir um Parlamento ocorreu em 14 de dezembro de 2006. O Parlamento é definido pelo protocolo constitutivo, como órgão de representação dos povos do MERCOSUL, “independente e autônomo”, e cujo processo de sua implantação será gradual até 2014.

## O MERCOSUL e o setor saúde

A livre circulação de bens, de capital e de serviços, preconizada pelo MERCOSUL, supõe a coor-

denação de um conjunto de políticas macroeco-nômicas e setoriais – de comércio exterior, agrí-cola, industrial, fiscal, monetária, cambial e de capitais, de serviços, alfandegária, de transportes e comunicações e outras que se acordem – para assegurar condições adequadas de concorrência entre os Estados Partes.

A implementação dessas políticas, de cunho fundamentalmente econômico, impôs aos Es-tados Partes, de um lado, a incorporação de um conjunto de direitos fundamentais ligados, notadamente, ao trabalho, à saúde e à educa-ção; e de outro lado, o compromisso de harmo-nizar as legislações dos países do bloco nestas áreas.

É com a finalidade de assegurar esses direitos que Subgrupos de Trabalho foram criados, como o SGT 10 *Relações de Trabalho, Emprego e Seguri-dade Social*, o SGT 11 *Saúde* e o Setor Educacional do MERCOSUL (SEM).

O SGT 11 *Saúde*, criado pela *Resolução GMC nº. 151/96*, tem como objetivo a harmonização das legislações dos Estados Partes no que se referem aos bens, serviços, matérias-primas e produtos da área da saúde, como também os critérios para a vigilância epidemiológica e o controle sanitário. Esse Subgrupo de Trabalho definiu para todos os Estados Partes uma pauta negociadora comum, cujo cumprimento é efe-tuado pelas Coordenações Nacionais, Comis-sões, Subcomissões e Grupos *Ad Hoc*.

São três Comissões que compõem a estrutura do SGT 11 *Saúde*: (1) Comissão de Produtos para a Saúde; (2) Comissão de Vigilância em Saúde; e (3) Comissão de Serviços de Atenção à Saúde, esta última composta por três Subcomissões: Subcomissão de Serviços de Saúde, Subcomissão de Avaliação e Usos das Tecnologias em Serviços de Saúde e a Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional.

A partir dessa composição e de sua pauta de trabalho, o SGT 11 *Saúde* busca fortalecer a dimensão social de integração, transcendendo os aspectos exclusivamente comerciais e econô-micos.

O exercício profissional na área da saúde é parte fundamental desta dimensão social e está estreitamente ligado ao entendimento de que a saúde constitui-se um núcleo de proteção do Estado e o seu exercício está condicionado à for-mulação e implementação de políticas consen-sadas pelos Estados Partes, vinculadas à harmo-nização das legislações no tocante à formação profissional, à regulação do trabalho, ao controle do exercício profissional e à garantia de assistên-cia qualificada à população.

A análise dos dados demográficos (Tabe-la 1) mostra que quase 60% da população total

dos cinco países estão no Brasil. Com exceção do Paraguai, a composição da população por sexo mostra uma pequena variação positiva na proporção de mulheres. A população desses países é predominantemente urbana, com variações extremas no Paraguai (57,3%) e no Uruguai (92,3%).

Nos cinco países crescem os índices de alfabetização, com um intervalo composto pelo menor índice no Brasil (86%) e pelo maior no Uruguai (97,9%). De acordo com os dados, a concentração de renda apresenta uma grande heterogeneidade. Na Argentina, o extrato populacional dos 20% mais ricos detêm 12,6% a mais de renda do que os 20% mais pobres; na Venezuela essa razão é de 17,9%, alcançando 31,9% no Paraguai. Isso significa que os recursos individuais da maioria

da população não permitem alcançar padrões minimamente razoáveis de acesso a bens e serviços de saúde.

A esperança de vida ao nascer apresenta pequenas variações entre os cinco países, com extremos nos Brasil (68,3 anos) e no Uruguai (75,0 anos), sendo maior para as mulheres. Já os dados sobre mortalidade infantil são bastante discrepantes na região e embora devam ser comparados com a estrutura da população, são índices evidentes da qualidade de vida e de assistência à saúde. O Brasil se apresenta com 31,8 óbitos de menores de um ano por mil nascidos-vivos, a Venezuela com 18,5 e o Uruguai com 14,1 óbitos por mil nascidos-vivos.

A distribuição de trabalhadores de saúde também é bastante heterogênea. Em relação aos

Tabela 1

Indicadores sociais, econômicos, demográficos e do sistema de saúde do MERCOSUL.

Indicadores	Estados Partes				
	Argentina	Brasil	Paraguai	Uruguai	Venezuela
Demográficos					
População total	37.944.000	174.706.000	5.778.000	3.385.000	26.749.000
Masculina	18.612.000	86.201.000	2.914.000	1.643.000	s.d.
Feminina	19.332.000	88.505.000	2.864.000	1.742.000	s.d.
Proporção de população urbana	88,5	82,2	57,3	92,3	88,1
Socioeconômicos					
Taxa de alfabetização	97,0	86,9	93,7	97,9	94,0
Taxa de alfabetização (homens)	97,0	85,8	94,7	97,5	94,2
Taxa de alfabetização (mulheres)	97,0	86,2	92,7	98,3	93,0
% População > 15 anos analfabeta em 2000	3,1	14,7	6,7	s.d.	s.d.
Ingresso Nacional Bruto <i>per capita</i> em US\$	12.050,00	7.300,00	4.450,00	8.880,00	3.490,00
Razão de renda 20% superior/20% inferior	12,6	29,1	31,9	13,7	17,9
Proporção de população abaixo da linha internacional de pobreza	....	11,6	19,5	....	14,3
Saúde					
Taxa global de fecundidade	2,4	2,2	3,8	2,3	2,6
Esperança de vida ao nascer	73,8	68,3	70,7	75,0	73,4
Esperança de vida ao nascer (homens)	70,6	64,7	68,6	71,6	70,5
Esperança de vida ao nascer (mulheres)	77,7	72,6	73,1	78,9	76,4
Proporção de população com acesso a serviços de água potável	78,6	89,0	43,6	97,8	83,0
Taxa de mortalidade infantil	16,6	31,8	19,4	14,1	18,5
Taxa de mortalidade infantil em menores de 5 anos	23,2	44,3	45,2	15,3	28,0
Taxa de mortalidade materna	35,0	55,8	14,4	11,1	n.d
Cobertura					
Razão de médicos por 10 mil habitantes	26,8	14,0	4,9	43,8	20,0
Razão de enfermeiros por 10 mil habitantes	5,9	4,5	4,4	9,1	7,9
Caracterização de recursos humanos em saúde					
<b>Total de trabalhadores do setor</b>	55.000	2.180.598	19.376	54.000	s.d.

Fonte: adaptado da Comissão Econômica para a América do Sul e Caribe <sup>12</sup>; Asociación Latinoamericana de Integración <sup>13</sup>; Organización Panamericana de la Salud <sup>14,15,16,17</sup>; Ministério da Saúde <sup>18</sup>; Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social <sup>19</sup>.

s.d.: sem dados.

médicos, varia de 4,9 por 10 mil habitantes no Paraguai a 20,0 por 10 mil habitantes na Venezuela, chegando a 43,8 no Uruguai. Quanto à distribuição de enfermeiros, esta se apresenta mais homogênea entre os cinco países, porém claramente inferior à dos médicos.

A aspiração de promover a integração econômica e melhorias nos indicadores sociais no MERCOSUL será frustrada caso não se planeje também a integração das fronteiras e não se equacione as dificuldades no acesso aos serviços de saúde das populações ali residentes.

O Brasil possui 3.694,8 km de fronteira com a Argentina, Paraguai e Uruguai, e com a Venezuela, 2.199,0 km. São seis os estados – Amazonas, Roraima, Mato Grosso do Sul, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul – e 73 os municípios fronteiriços, representando uma população de 1.707.837 habitantes. No entanto, 80% dos municípios possuem população inferior a 30.000 mil habitantes. Do total de mais de 2 milhões de empregos em saúde no Brasil, 15.388 se concentram nos municípios de fronteira (Tabela 2).

### O trabalho em saúde no MERCOSUL: estratégias de integração

Estudo recente mostra que as migrações transfronteiriças têm aumentado nestes últimos anos <sup>7</sup> e que acordos entre os países do MERCOSUL têm sido assinados, com vistas ao enfrentamento do problema <sup>8</sup>. A livre circulação de pessoas e de serviços entre os Estados Partes pressupõe a formulação de políticas e a implementação de ações que permitam a garantia de direitos dos trabalhadores.

Nesse sentido, em 1998, na reunião do Conselho do Mercado Comum, foi aprovada a *Declaração Sociolaboral do MERCOSUL* <sup>9</sup>, que apresenta políticas de emprego e de mercado de trabalho,

definindo um conjunto de padrões sociais e trabalhistas que devem ser observados pelos Estados Partes – fomento ao emprego, proteção aos desempregados, formação profissional e desenvolvimento dos recursos humanos.

Por sua vez, a mobilidade de cidadãos na busca de trabalho, de educação e de condições melhores de vida provoca o surgimento de novas demandas de atenção à saúde na região, que criam a necessidade de desenvolver mecanismos de harmonização da legislação dos sistemas de saúde com a finalidade de regulamentar o exercício profissional, especificamente nas fronteiras desses países.

Entendendo a dimensão do desafio a ser enfrentado, no Brasil, o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e o Ministério do Trabalho e Emprego vêm desenvolvendo um trabalho inter-setorial orientado pelo diálogo entre instituições e atores, cujo ponto principal é a formulação de políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde.

No tocante ao exercício profissional no setor saúde, a Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional tem como objetivos definir políticas de desenvolvimento para a área, bem como identificar mecanismos para regular a formação e o exercício profissional intrabloco.

Para atingir tais objetivos, foi definida uma proposta de ações imediatas e uma agenda de trabalho de médio e longo prazos, em consonância com a pauta negociadora acordada nas Reuniões Ordinárias do SGT 11, relacionadas à formulação de políticas de gestão e educação na saúde, à harmonização da legislação do exercício profissional, à compatibilização dos critérios de formação profissional, à implementação da Matriz Mínima com vistas ao registro profissional único para o exercício no MERCOSUL, à promoção de programas conjuntos de treinamento em serviço e fortalecimento das entidades de saúde

Tabela 2

População e empregos de saúde dos municípios brasileiros de fronteira com o MERCOSUL, 2002.

Estados	Municípios fronteiriços (total)	População	Empregos de saúde
Amazonas	3	73.857	425
Roraima	5	48.891	1.302
Mato Grosso do Sul	12	271.556	2.345
Paraná	16	485.592	4.133
Santa Catarina	10	144.182	653
Rio Grande do Sul	27	683.759	6.530
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>1.707.837</b>	<b>15.388</b>

Fonte: Ministério da Saúde <sup>18</sup>.

formadoras de recursos humanos e à constituição de uma base comum de dados.

Grandes desafios, inerentes ao processo de integração, precisam ser considerados neste debate, destacando-se: as diferenças culturais e especificidades regionais; a falta de dados na área de recursos humanos que orientem a tomada de decisões; o desequilíbrio quantitativo de profissionais de saúde nos Estados Partes; as diferentes estruturas de organização dos profissionais; a desigual estrutura de fiscalização do exercício profissional; as dificuldades na definição de políticas no setor saúde para as áreas de fronteiras; a inadequação de programas de educação permanente voltados para os profissionais de saúde no âmbito do MERCOSUL; a criação indiscriminada de faculdades e escolas *off-shore*.

Esse cenário retrata a complexidade e os múltiplos aspectos que revestem a discussão do exercício profissional na saúde e revela a necessidade de amplas e permanentes negociações e estabelecimento de consensos entre os países. É significativo constatar que das Resoluções aprovadas pelo GMC do MERCOSUL referentes à saúde, poucas dizem respeito diretamente à gestão do trabalho e à educação na saúde.

A *Resolução n.º. 29/1996*, por exemplo, se refere às boas técnicas em investigação clínica; a *Resolução n.º. 21/2000*, por sua vez, estabelece um glossário comum aos serviços de saúde no MERCOSUL; a *Resolução n.º. 73/2000* trata do reconhecimento mútuo da Lista de Especialidades Médicas Comuns no MERCOSUL, considerando de interesse dos Estados Partes o atendimento da população por profissionais médicos com formação equivalente e conduta de atenção adequada; a *Resolução n.º. 58/2001* estabelece os princípios éticos médicos comuns ao MERCOSUL; por fim, a *Resolução n.º. 27/04* do GMC, que aprova a Matriz Mínima de Exercício Profissional.

A Matriz Mínima, aprovada também pelo Ministério da Saúde, por meio da *Portaria/GM n.º. 552*, de 13 de abril de 2005<sup>10</sup>, é um dos resultados mais relevantes alcançados no tocante à questão do exercício profissional no MERCOSUL, e trata do registro de profissionais de saúde do MERCOSUL que exercem ou tentam exercer a sua profissão no exterior e/ou que trabalham em municípios ou jurisdições de fronteira.

A Matriz se apresenta sob a forma de dados sobre o profissional de saúde, sua formação (graduação e pós-graduação, *lato e stricto sensu*) e sobre a conduta ética e disciplinar. Esses dados serão disponibilizados entre os Ministérios da Saúde dos Estados Partes, as únicas instituições oficiais responsáveis pela base de dados do registro profissional.

A incorporação da Matriz Mínima pelos Estados Partes a seus ordenamentos jurídicos nacionais, e a adoção das disposições legislativas regulamentares e administrativas necessárias para o seu cumprimento, se encontram em processo de efetivação.

### O Fórum Permanente MERCOSUL para o Trabalho em Saúde

Com a finalidade de subsidiar as decisões da Coordenação da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional, foi criado o Fórum Permanente MERCOSUL para o Trabalho em Saúde, vinculado ao Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, em 13 de abril de 2004, e institucionalizado pela *Portaria/GM n.º. 929*, de 2 de maio de 2006<sup>11</sup>. Seus principais objetivos são: (i) construir uma posição comum do Brasil, por meio de debates realizados pelas instâncias que compõem o Fórum, no que diz respeito aos itens da pauta negociadora da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional; (ii) apresentar proposições que auxiliem na formulação de políticas para a gestão do trabalho e da educação em saúde, que levem a uma maior cobertura e qualidade da atenção à saúde da população, prioritariamente nas regiões fronteiriças do MERCOSUL; (iii) elaborar propostas que auxiliem na definição e aplicação dos itens que compõem a agenda de trabalho do Fórum.

Participam do Fórum Permanente MERCOSUL os representantes das seguintes instâncias: Ministério da Saúde (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Participativa, Coordenação Nacional do SGT 11 Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Fundação Oswaldo Cruz e Fundação Nacional de Saúde); Ministério da Educação; Ministério do Trabalho e Emprego; Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); integrantes do Fórum Nacional dos Conselhos Federais da Área de Saúde; entidades científicas de âmbito nacional das profissões de saúde; entidades sindicais de base nacional que integram a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; e entidades de estudantes de base nacional da área da saúde.

As temáticas tratadas no Fórum abordam fundamentalmente, de um lado, a problemática do processo de integração regional, que cria várias “desregulações” no mercado de tra-

balho, no acesso à saúde, nas normas legais protecionistas etc. e, por outro, a questão do exercício profissional, criada pela livre circulação de trabalhadores no bloco.

A metodologia de trabalho se caracteriza pela realização de reuniões bimestrais e pela criação, no Fórum, de três Grupos de Trabalho (GT): (i) GT Formação Profissional: debate os critérios para compatibilizar a formação profissional dos trabalhadores de saúde nos Estados Partes; (ii) GT Regulação do Trabalho: aborda o processo de regulação e de regulamentação do exercício profissional; e (iii) GT Organização Política do Setor Saúde: analisa o papel da estrutura organizativa, ou seja, das corporações e outras instâncias representativas das entidades profissionais no sistema de saúde das profissões de saúde no MERCOSUL. As propostas elaboradas pelos GTs são encaminhadas à Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional, analisadas nas reuniões ordinárias do SGT 11 *Saúde* no país da presidência *Pró-tempore* e, quando consensadas, incorporadas e implementadas pelos Estados Partes. Essa metodologia permite a participação efetiva de conselhos profissionais e entidades representantes de trabalhadores que, juntamente com o governo, debatem questões de interesse nacional e supranacional.

Dentre as principais realizações do Fórum, destaca-se, no âmbito do Brasil, o levantamento de dados sobre: instituições formadoras das quatorze profissões de saúde regulamentadas em Lei; especialidades médicas e as áreas de atuação; especialidades por profissão no Brasil; representações regionais das entidades profissionais.

No âmbito do MERCOSUL, os dados coletados tratam dos códigos de ética das profissões de saúde; das especialidades médicas comuns no MERCOSUL (forma de titulação, tempo de formação, título obtido etc.), das profissões de saúde e das especialidades das profissões comuns no MERCOSUL; do conteúdo programático das 29 especialidades médicas compatibilizadas; da modalidade de regulação do exercício e da formação profissional (graduação e pós-graduação); das organizações oficiais e não-oficiais das profissões de saúde, etc.

Também fruto do trabalho do Fórum e de iniciativa do Brasil, foram apresentados na XXV Reunião do SGT 11 *Saúde*, em Montevideu de 3 a 6 de outubro de 2005, três produtos: (i) Projeto de Resolução sobre "Profissões de Saúde do MERCOSUL"; (ii) Projeto de Resolução de "Princípios Éticos para o Trabalho em Saúde no MERCOSUL"; e (iii) Cartilha instrutiva sobre a Matriz Mínima, contendo o guia de uso interno para difundir informações básicas que facilitem a sua implementação.

À iniciativa inédita de reunir no Fórum Permanente MERCOSUL trabalhadores e gestores, para debater conjuntamente as principais questões ligadas ao exercício profissional na área da saúde no âmbito do MERCOSUL, soma-se o mérito de tentar negociar consensos entre as partes envolvidas, permitindo avançar nas propostas para a Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional. A expectativa é que o Fórum possa abranger, além dos cinco Estados Partes integrantes do MERCOSUL atualmente, os demais países do continente, propiciando, desta forma, uma estratégia de integração de toda a América Latina.

### Considerações finais

Desde a constituição do MERCOSUL, 14 Subgrupos de Trabalho foram criados com estruturas similares nos Estados Partes para atender às demandas e necessidades políticas do GMC e avançar no processo de integração.

Embora o SGT 11 *Saúde* tenha definido para todos os Estados Partes uma Pauta Negociadora comum, aprovada pela *Resolução GMC n.º 21/01*, as contradições intrínsecas ao processo de integração e modernização na América Latina são profundas, conflituosas, necessitando de ajustes e acordos para serem consensadas e harmonizadas.

Na área da saúde e, especialmente no campo do trabalho e do exercício profissional, existe a preocupação dos governos e o compromisso político dos Estados Partes (gestores e trabalhadores) na busca de soluções pactuadas, que deve caminhar no sentido de dar respostas aos desafios e demandas que se apresentam.

Algumas questões podem ser consideradas prioritárias pelos Estados Partes, para que, de fato, se possa falar em integração supra-regional, como por exemplo:

- a) Definição das profissões de saúde que devem ser alvos da agenda política dos Estados Partes;
- b) Identificação das profissões prioritárias à luz das necessidades sociais do MERCOSUL;
- c) Formulação de políticas de gestão do trabalho e da educação que considerem as diferenças culturais e regionais;
- d) Implementação de ações no sentido de harmonizar a formação;
- e) Regulamentação e organização das profissões;
- f) Regularização do exercício profissional.

A solução para essas questões passa pela realização de uma série de ações a serem implementadas, dentre as quais destacamos: (i) a adoção de um Código de Ética Marco do MERCOSUL

para o trabalho na saúde, uma vez que, nos demais Estados Partes, poucas são as profissões que têm seus códigos de ética profissionais, o que dificultará e trará problemas futuros quando do exercício profissional no MERCOSUL; (ii) a constituição de um sistema supra-regional de informação de recursos humanos, com o intuito de fornecer aos Estados Partes informações concernentes à Matriz Mínima; (iii) a construção de um sistema de educação permanente para os trabalhadores de saúde que atuam nos municí-

pios fronteiriços, uma vez que os mesmos estão em situações especiais de trabalho, atendendo populações supra-regionais sem a devida qualificação. Da mesma forma, torna-se fundamental a realização de estudos e pesquisas comparadas sobre os mercados de trabalho, sobre processos migratórios e seus efeitos no MERCOSUL, sobre as profissões em saúde e gestão do trabalho em saúde e sobre formação e capacitação de profissionais de saúde.

## Resumo

*No MERCOSUL, o processo de integração regional, a gestão do trabalho e da educação em saúde têm sido uma preocupação dos governos dos Estados Partes (Brasil, Argentina, Paraguai, Uruguai e Venezuela), tendo em vista as especificidades do setor saúde. Uma questão de interesse especial diz respeito à regulação do exercício profissional e à harmonização da legislação vigente. O presente artigo apresenta as iniciativas desenvolvidas no Fórum Permanente MERCOSUL para o trabalho em saúde nessa área. O Fórum caracteriza-se como espaço de diálogo criado a partir da interlocução de diversos atores – Ministério da Saúde, trabalhadores e conselhos profissionais, com o objetivo de subsidiar os trabalhos da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional, do Subgrupo de Trabalho 11 Saúde/MERCOSUL, auxiliando na formulação de políticas de gestão e de educação na saúde. O desafio atual passa pela criação de mecanismos para a implementação de ações conjuntas que possam equacionar os problemas ligados ao processo regulatório do exercício profissional, principalmente nos municípios de fronteira.*

*Gestão em Saúde; Política de Saúde; Trabalhadores*

## Colaboradores

Todos os autores participaram de todas as etapas de redação do artigo.

## Referências

1. Ianni O. A sociedade global. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira; 1992.
2. Boff L. Ecologia, mundialização, espiritualidade. A emergência de um novo paradigma. São Paulo: Editora Ática; 1993.
3. Ortiz R. Mundialização e cultura. São Paulo: Brasiliense; 1994.
4. Kaufmann JN. Mundialização e globalização: desafios ético-políticos. *Ser Social* 1999; (4):9-34.
5. Câmara dos Deputados, Comissão Parlamentar Conjunta do MERCOSUL. Mercado Comum do Sul (MERCOSUL). <http://www.camara.gov.br/comissoes/cpcm/blocoeconomicos.html/mercosul.html> (acessado em 27/Abr/2006).
6. Congresso Nacional, Comissão Parlamentar Conjunta do MERCOSUL. MERCOSUL: legislação e textos básicos. 4ª Ed. Brasília: Gráfica do Senado Federal; 2005.
7. Astorga JI. Estudio de la red de servicios de salud en la región de frontera Argentina, Brasil y Paraguay: 2001-2002. Brasília: Organización Panamericana de la Salud; 2004.
8. Brasil. Decreto nº. 5.105, de 21 de agosto de 2002. Promulga o acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai para a permissão de residência, estudo e trabalho a nacionais fronteiriços brasileiros e uruguaios. *Diário Oficial da União* 2004; 15 jun.
9. Ferreira MC, Payssé S. La formación profesional en el Mercosur. Montevideo: Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional; 2003.
10. Brasil. Portaria nº. 552/GM, de 13 de abril de 2005. Aprova o documento Matriz Mínima de Registro de profissionais de saúde do MERCOSUL. *Diário Oficial da União* 2005; 14 abr.
11. Brasil. Portaria nº. 929, de 2 de maio de 2006. Institui o Fórum Permanente MERCOSUL para o trabalho em saúde. *Diário Oficial da União* 2006; 3 mai.
12. Comissão Econômica para a América do Sul e Caribe. Panorama Social da América Latina 2000-2001. Santiago: Comissão Econômica para a América do Sul e Caribe; 2001.
13. Asociación Latinoamericana de Integración. Indicadores sócio-econômicos. <http://www.aladi.org.uy> (acessado em 24/Mai/2006).
14. Organización Panamericana de la Salud. Sistema regional de datos básicos en salud – perfil de salud del país, año 2002, Argentina. <http://www.paho.org/spanish/DD/AIS/SistemaRegionaldeDatosBasicosenSalud-PerfildeSaluddePais2002ARGENTINA.html> (acessado em 05/Mar/2006).
15. Organización Panamericana de la Salud. Sistema regional de datos básicos en salud – perfil de salud del país, año 2002, Brasil. <http://www.paho.org/spanish/DD/AIS/SistemaRegionaldeDatosBasicosenSalud-PerfildeSaluddePais2002BRASIL.html> (acessado em 05/Mar/2006).
16. Organización Panamericana de la Salud. Sistema regional de datos básicos en salud – perfil de salud del país, año 2002, Paraguay. <http://www.paho.org/spanish/DD/AIS/SistemaRegionaldeDatosBasicosenSalud-PerfildeSaluddePais2002PARAGUAY.htm> (acessado em 05/Mar/2006).
17. Organización Panamericana de la Salud. Sistema regional de datos básicos en salud – perfil de salud del país, año 2002, Uruguay. <http://www.paho.org/spanish/DD/AIS/SistemaRegionaldeDatosBasicosenSalud-PerfildeSaluddePais2002URUGUAY.htm> (acessado em 05/Mar/2006).
18. Ministério da Saúde. SIG Trabalho: Sistema Gerencial para a Gestão do Trabalho. <http://www.saude.gov.br/sgtes/sigtrabalho> (acessado em 24/Mai/2006).
19. Ministério de Salud Pública y Bienestar Social. Censo integral de funcionários. Asunción: Ministério de Salud Pública y Bienestar Social; 2003.

---

Recebido em 14/Jun/2006

Versão final reapresentada em 30/Mai/2007

Aprovado em 05/Jun/2007