



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

ARTHUR DE OLIVEIRA E OLIVEIRA

**POLÍTICAS PÚBLICAS PARA RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NO
MERCOSUL: UMA ANÁLISE DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO BLOCO
(2006-2016).**

Palmas, TO

2023

Arthur de Oliveira e Oliveira

**POLÍTICAS PÚBLICAS PARA RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NO
MERCOSUL: UMA ANÁLISE DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO BLOCO
(2006-2016).**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão de Políticas Públicas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mônica
Aparecida da Rocha Silva

Palmas, TO

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

- O49p Oliviera, Arthur.
 Políticas públicas para recursos humanos em saúde no Mercosul: uma
 análise das ações desenvolvidas pelo bloco (2006-2016).. / Arthur Oliviera. –
 Palmas, TO, 2022.
 106 f.

 Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal do Tocantins
 – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado)
 Profissional em Gestão de Políticas Públicas, 2022.
 Orientadora : Mônica Aparecida da Rocha Silva

 1. Recursos Humanos em Saúde. 2. Força de Trabalho no MERCOSUL. 3.
 Sistemas de Saúde América do Sul. 4. Subgrupo de Trabalho nº 11. I. Título

CDD 350

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

ARTHUR DE OLIVEIRA E OLIVEIRA

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NO
MERCOSUL: UMA ANÁLISE DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO BLOCO
(2006-2016).

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão de Políticas Públicas.

Aprovada em ____/____/____

Banca examinadora:

Profa. Dra. Mônica Aparecida da Rocha Silva, Orientadora (UFT)

Prof. Dr Waldecy Rodrigues, Examinador (UFT)
Membro Interno

Profa. Dra. Andréa Freire de Lucena, Examinadora (UFG)
Membro Externo

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meu pai, Clemente Martins de Oliveira Neto e a meu avô, João Borges de Oliveira, que não puderam acompanhar essa minha conquista na forma física, mas que sempre estarão comigo em espírito, me guiando e orientando. Obrigado meus anjos!

AGRADECIMENTOS

À Prof. Dra. Mônica Aparecida da Rocha Silva, pela orientação nestes anos do curso, além da compreensão e paciência comigo ao longo dos momentos complicados que passei. Obrigado pelo apoio professora e, especialmente, por não desistir de mim, insistindo para que eu concluísse o trabalho.

A todos os amigos e familiares que participaram direta e indiretamente na elaboração deste trabalho em especial à minha mãe, Roseane Rodrigues de oliveira, que brigava comigo todos os dias em que eu procrastinava e não concluía o trabalho. Mãe, eu te amo, obrigado por puxar minha orelha e desculpes se brigamos nesse período difícil, mas sei que podia contar com você sempre!

Por fim agradeço à minha amora, minha paixão, minha noiva e futura esposa, Maria Carolina Campos Martins de Oliveira, obrigado por me aturar nessa árdua tarefa. Foram momentos difíceis estes que passamos, porém continuamos cada vez mais unidos. Nos vemos no altar lindona.

RESUMO

O presente trabalho faz uma análise sobre a política pública de saúde e os sistemas de saúde dos quatro países do MERCOSUL - Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai. Tendo como abordagem principal a temática de Recursos Humanos em Saúde nestes países e o que se avançou na política pública de cada um deles derivado dos acordos do MERCOSUL. Para ter o desenvolvimento satisfatório foi adotado no estudo a pesquisa documental de normativas internas de saúde dos países membros do MERCOSUL e das resoluções/recomendações ditadas pelo bloco de integração regional. Além disso, foi realizada a análise de conteúdo dos referidos documentos, sendo feita a Organização, a Codificação, a Categorização, a Inferência dos artigos e documentos com maior relevância para a temática. Por meio dessas análises e sob a ótica da teoria das relações internacionais escolhida, o presente estudo foi capaz de confirmar a premissa inicial, de que é possível notar uma falta de interesse por parte dos Estados no desenvolvimento de políticas de recursos humanos no MERCOSUL, especialmente por parte do Brasil, sendo essas elaboradas em pequena escala, e em grande prazo, atingindo um grau de relevância baixo para os sistemas de saúde nacionais.

Palavras-chave: Recursos Humanos em Saúde, Força de Trabalho no MERCOSUL, Sistemas de Saúde América do Sul, Subgrupo de Trabalho nº 11.

ABSTRACT

The present paper makes an analysis of the public health policy and health systems of the four Mercosur countries - Argentina, Brazil, Paraguay and Uruguay. The main approach is the theme of Human Resources in Health in these countries and what has been advanced in the public policy of each of them derived from the Mercosur agreements. In order to have a satisfactory development it was adopted in the study the documental research of internal health norms of the MERCOSUR member countries and of the resolutions/recommendations dictated by the regional integration bloc. In addition, the content analysis of these documents was performed, including the organization, coding, categorization, and inference of the articles and documents with the greatest relevance to the theme. Through these analyses and from the perspective of the chosen theory of international relations, this study was able to confirm the initial assumption, that it is possible to note a lack of interest on the part of the States in the development of human resources policies in MERCOSUR, especially on the part of Brazil, being elaborated on a small scale, and over a long term, reaching a low degree of relevance for national health systems.

Keywords: Human Resources in Health, Workforce in MERCOSUR, Health Systems South America, Working Subgroup No. 11.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Revisão de teses e dissertações	26
Quadro 2 - Organograma da Reunião de Ministros da Saúde do CMC	38
Quadro 3 - Organograma do SGT11 – Saúde.....	40
Quadro 4: Convenções da OIT para a segurança e saúde no trabalho	42
Quadro 5 - Recomendações da OIT para a segurança e saúde no trabalho.....	42
Quadro 6 - Princípios do Sistema Nacional de Saúde Integrado.....	61
Quadro 7 - Lista com os Conselhos Federais das Profissões de Saúde no Brasil	76

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Estrutura Oraganizacional MERCOSUL.....	36
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC	Agência Brasileira de Cooperação
ALC	América Latina e Caribe
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ARCU-SUL	Sistema de Acreditação Regional de Cursos de Graduação do MERCOSUL e Estados Associados
ASSE	Administração Estadual de Serviços de Saúde do Uruguai
CAREX	CARcinogen Exposure
CMC	Conselho Mercado Comum
CCMAS	Comissão de Coordenação de Ministros de Assuntos Sociais
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COSERATS	Comissão de Serviços de Atenção à Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPLP	Comunidade de Países de Língua Portuguesa
CRC-ES	Comissão Regional Coordenadora de Educação Superior
CRC-ET	Comissão Regional Coordenadora de Educação Tecnológica
FCCP	Fórum de Consulta e Concertação Política
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FONASA	Fundo Nacional de Saúde do Uruguai
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde

GANEMPLE	Grupo de Alto Nível para a Estratégia MERCOSUL de Crescimento do Emprego
GTEB	Grupo de Trabalho Especial sobre Biocombustível
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MRE	Ministério das Relações Exteriores
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGS	Organizações não governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PNUD/ONU	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RMS	Reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL
SCOEJER	Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SGT-11	Subgrupo de Trabalho Número-11
SIREPRO	Sistema Informático para Cadastro de Profissionais de Saúde
SISA	Sistema Integrado de Informação em Saúde da Argentina
Sistema ARCU-SUL	Sistema de Acreditação Regional de Cursos de Graduação

SNIS	Sistema Nacional de Saúde Integrado do Uruguai
SUS	Sistema Único de Saúde do Brasil
TEC	Tarifa Externa Comum

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	15
1.1.	Objetivo Geral.....	18
1.2.	Objetivos Específicos	18
1.3.	Procedimentos metodológicos.....	19
1.4.	Pesquisa Documental.....	19
1.5.	Análise de Conteúdo	20
1.6.	Organização.....	21
1.7.	Codificação	22
1.8.	Categorização	23
1.9.	Inferência.....	24
1.10.	Procedimentos para a realização de revisão de literatura e pesquisa documental - Recursos Humanos em Saúde no MERCOSUL: o debate na área ..	25
2.	PANORAMA DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NO MERCOSUL	33
2.1.	Histórico.....	33
2.2.	Composição e estrutura do MERCOSUL	35
2.2.1.	Conselho do Mercado Comum (CMC).....	37
2.2.1.1.	<i>Panorama da Saúde no Conselho Mercado Comum</i>	<i>37</i>
2.2.2.	Grupo Mercado Comum (GMC)	38
2.2.2.1.	<i>Componentes e Subgrupos</i>	<i>39</i>
2.2.2.2.	<i>Panorama da Saúde no GMC.....</i>	<i>39</i>
2.2.2.3.	<i>Recursos Humanos em Saúde no CMC</i>	<i>41</i>
2.2.3.	Convenções e recomendações da Organização Internacional do Trabalho (OIT)	41
2.2.3.1.	<i>Elaboração de manuais de enfermidades e acidentes laborais e os riscos derivados dos ambientes de trabalho.</i>	<i>43</i>
2.2.3.2.	<i>Elaboração de uma estratégia de auxílio a profissionais expostos a agentes cancerígenos</i>	<i>43</i>
3.	Estratégias de Recursos Humanos em Saúde no bloco MERCOSUL e em seus países membros	45
3.1.	Matriz Mínima de Registro Profissional	45
3.1.1.	Compatibilização das Profissões de Saúde Nível Superior	47

3.1.2. Integração com MERCOSUL Educativo.....	48
3.1.3. Exercício Profissional em Fronteira	49
3.2. Descrição dos Sistemas de Saúde nos Países Membros Do MERCOSUL (Argentina, Uruguai e Paraguai).....	51
3.2.1. Argentina	51
3.2.1.1. <i>Sistema de saúde argentino</i>	51
3.2.1.2. <i>Avanços da política pública de Recursos Humanos em Saúde do MERCOSUL</i>	54
3.2.2. Paraguai	55
3.2.2.1. <i>O sistema de saúde do Paraguai</i>	55
3.2.2.2. <i>Avanços da política pública de Recursos Humanos em Saúde do MERCOSUL</i>	58
3.2.3. Uruguai	60
3.2.3.1. <i>Sistema de saúde do Uruguai</i>	60
3.2.3.2. <i>Avanços da política pública de Recursos Humanos em Saúde do MERCOSUL</i>	63
3.2.3.3. <i>Acordo de localidade fronteiriça entre Brasil e Uruguai</i>	64
4. O SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL, IMPACTOS EM RECURSOS HUMANOS ORIUNDOS DO MERCOSUL E ASSIMETRIAS EM SAÚDE NO BLOCO QUE DIFICULTAM A INTEGRAÇÃO.	67
4.1. O Sistema de Saúde do Brasil.....	67
4.1.1. Histórico	67
4.1.2. O Sistema Único de Saúde (SUS)	70
4.1.2.1. <i>Desafios do Sistema Único de Saúde</i>	73
4.1.3. Regulação Profissional em Saúde no Brasil	74
4.1.4. Avanços da política pública de Recursos Humanos em Saúde do MERCOSUL	76
4.2. As Relações das Assimetrias dos Países Membros que refletem nas dinâmicas afetas aos Recursos Humanos de Saúde do MERCOSUL.	79
4.2.1. Assimetrias nos Sistemas de Saúde dos Países membros.....	80
4.2.2. Assimetrias nas Legislações de Recursos Humanos em Saúde dos Países membros	81
4.2.3. Assimetrias governamentais do MERCOSUL	82
4.2.4. Assimetrias tecnológicas em na área de saúde do MERCOSUL	82

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS	86
ANEXO I - TRATADO DE ASSUNÇÃO EM 1991	96
ANEXO II - PROTOCOLO DE OURO PRETO	97
ANEXO III - RESOLUÇÃO GMC Nº 27/04	98
ANEXO IV - RESOLUÇÃO Nº 56 DE 2018.....	99
APÊNDICE 1 - Proposta do autor	100

1. INTRODUÇÃO

A cooperação internacional é uma temática crescente no mundo moderno, tendo em vista as necessidades populacionais de cada país, necessidades essas que perpassam não somente pelo campo econômico/comercial, mas também no tocante ao setor social. Com relação a sociedade, atualmente, o planeta tem uma população complexa e globalizada que se desloca com maior frequência e consome bens, serviços e notícias de todo o local.

Por sua vez, pode-se observar uma interação ligeiramente mais lenta entre governos, que se comunicam e fazem acordos entre si movidos por interesses em comum. Dificilmente, observamos nações celebrarem tratados ou memorandos de intenções/entendimento entre si, ou ainda aprovar sanções contra outros Estados, quando há um prejuízo ou uma falta de interesse de valores entre eles (WALTZ, 2011).

Dentro das possíveis formas de cooperação internacional entre países podemos observar mais frequentemente no mundo as modalidades de: cooperação humanitária, militar, científica, tecnológica, econômica e técnica, além de outros tipos de cooperações que forem cabíveis a depender da situação global (AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO, 2022).

Cabe ainda destacar a cooperação Sul-Sul, que é uma forma de cooperação entre países do denominado “Sul” econômico, se referindo aos países que se encontram em desenvolvimento e possuem índices socioeconômicos menores quando comparados aos países do “Norte”, que são países já desenvolvidos.

Nesse sentido, ao abordarmos o bloco de integração regional Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), tratamos de países membros que estão no “Sul” econômico e buscam formas de cooperar entre si para aumentar seus índices de desenvolvimento.

Assim, podemos definir o MERCOSUL como um bloco econômico em processo de integração, contendo 4 países fundadores e membros plenos. O processo de integração, contudo é ainda incompleto, tendo como grande objetivo a instituição de um Mercado Comum na Região da América do Sul (MERCOSUL, 2020).

O Mercado Comum do Sul é um processo de integração regional conformado inicialmente pela Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai ao qual recentemente incorporaram-se a Venezuela e a Bolívia, esta última em processo de adesão. (MERCOSUL, 2020)

A proposta de trabalho é uma análise descritiva sobre a política pública de saúde e os sistemas de saúde dos quatro países do MERCOSUL - Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai. Com isso, a presente pesquisa terá como a abordagem a temática de Recursos Humanos em Saúde nestes países e o que se avançou na política pública de cada um deles derivado dos acordos do MERCOSUL.

O tema Saúde vem, cada dia mais, sendo discutido no mundo, isso, pois é visto como uma área de primeira necessidade para todos, mas também porque seus desdobramentos atingem diversas vertentes que são afetadas pela saúde, tais como: trabalho, imigração, economia, entre outras.

Para fazer tal análise, este trabalho pretendeu abordar como um ator gerador de políticas públicas na área de saúde, o MERCOSUL, que vem por meio do seu subgrupo de trabalho número 11(SGT-11) trata especificamente dos assuntos de saúde no bloco (BRASIL, 2007).

Conforme citado no tratado de Assunção que fundou o bloco no ano de 1991, as resoluções aprovadas no MERCOSUL devem ser internalizadas nos países membros (MERCOSUL, 1991). Assim as resoluções do SGT11 necessitam de aplicação e desenvolvimento local nos países membros e devem ser tratados como políticas públicas de alta prioridade para o contínuo desenvolvimento do bloco.

Cabe-se ainda destacar a conceituação de Gestão de Recursos Humanos em Saúde, que será o tema principal do presente estudo a respeito do MERCOSUL. Nesse sentido, a referida gestão pode ser definida como ações governamentais que visam o gerenciamento do trabalho e dos profissionais da saúde. Ações essas que podem incluir capacitações e demais valorizações da força de trabalho, assim como ações de regulação profissional, como a criação de normativas para cada categoria profissional de saúde (BRASIL, 2005).

A temática ora abordada, justifica-se dada a relevância do papel dos trabalhadores de saúde que atuam diretamente na assistência, seja na rede de Urgência e Emergência, seja na Atenção primária à saúde. Sendo essa parte fundamental dos sistemas de saúde de cada país a ser analisado e nas políticas públicas do bloco de desenvolvimento regional de maneira geral.

O tema do desenvolvimento das políticas públicas em âmbito regional não é novo no mundo, porém tem ganhado notoriedade nos últimos anos, especialmente, pela aprovação de medidas de cortes de gastos, mais especificamente em países em

desenvolvimento. Com essas medidas, não somente as políticas públicas econômicas, como também aquela social, como a saúde, tem sofrido uma drástica redução de capital. (SOUZA, 2006).

No Brasil, essa limitação orçamentária para questões sociais, como saúde e educação veio à tona em 2016 com a aprovação da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 55, de 2016, que limita os gastos com esses setores à inflação do ano anterior (BRASIL, 2016). Com isso, a política governamental passa a fomentar e ajustar políticas públicas já existentes fazendo com que possam ser mais efetivas a realidade nacional, limitando a busca por novos acordos que gerem políticas públicas no setor.

Outro fator que motiva o desenvolvimento das políticas públicas na área de saúde é a globalização intensa que o mundo vem passando, sendo o aumento do trânsito de pessoas identificado neste trabalho como fator principal. Isso acarreta no trânsito de profissionais entre esses países, fazendo com que estes possam atuar de fato em novos locais e com populações diferentes, podendo este fator ser visto como uma liberalização do setor de serviços, mesmo que ainda pouco desenvolvida.

A livre movimentação de profissionais é um tema atual no mundo, em especial para os países em desenvolvimento, como o Brasil. O tema primeiramente é abordado de maneira regional nos blocos econômicos, como União Europeia e MERCOSUL, sendo desenvolvidas matrizes de reconhecimentos de cursos na área da saúde, e bases curriculares comuns para todos os países componentes desses blocos, no caso europeu houve a criação de normas educacionais comuns para os países membros.

No Brasil, essa movimentação de profissionais, com reconhecimento de diploma para cursos de saúde, veio acompanhada de diversas políticas públicas estabelecidas pelo Ministério da Educação. Outro órgão que desenvolveu políticas públicas sobre o assunto foi o Ministério da Saúde do Brasil, que busca a redução de riscos à saúde no país, sendo uma das ameaças às muitas fronteiras existentes que incluem cidades gêmeas, sendo essas cidades que ficam localizadas entre dois países.

No âmbito do MERCOSUL foi aprovada a Resolução GMC Nº 27 de 2004, que institui a criação de uma matriz mínima para registro dos profissionais de saúde do bloco, além do reconhecimento inicial de 8 profissões comuns de saúde entre os países (BRASIL, 2007).

A objeto de pesquisa deste trabalho já foi abordado anteriormente por alguns autores (AGUIAR FILHO, 2012; DAL PRÁ 2009) de diferentes formas, porém a

presente pesquisa possui uma abordagem inovadora: procura-se analisar Recursos Humanos em Saúde no MERCOSUL, em parte, à luz da teoria das Relações Internacionais, mas sobretudo por meio de pesquisa documental e pesquisa bibliográfica que retratam e discutem o processo de institucionalização dessa política pública, procurando descrever acordos internacionais do Brasil firmados no âmbito do MERCOSUL Saúde e tendo o foco na questão de recursos humanos para saúde em âmbito regional.

Sendo assim, a presente dissertação, parte dos requisitos para obtenção de título de Mestre em Gestão de Políticas Públicas, possui a seguinte questão norteadora: Quais os principais efeitos das ações do bloco de integração regional MERCOSUL na política pública de Recursos Humanos em Saúde dos países membros?

Para este questionamento tem-se a hipótese inicial de que existe uma influência deste bloco na organização dos sistemas de saúde de cada país, no quesito recursos humanos para saúde e na regulação do trabalho nas regiões de fronteiras, porém seus efeitos ainda são incipientes.

1.1. Objetivo Geral

Analisar as ações do bloco de integração regional MERCOSUL voltadas para a política pública de Recursos Humanos em Saúde.

1.2. Objetivos Específicos

a) Analisar a trajetória das políticas públicas do MERCOSUL, especialmente a política Recursos Humanos em Saúde.

b) Descrever de que forma as políticas públicas de Recursos Humanos em Saúde do MERCOSUL afetaram ações voltadas para a saúde dos países membros (Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai).

c) Descrever o Sistema de Saúde brasileiro, apontando brevemente o histórico, as perspectivas e os desafios.

d) Analisar, no setor de recursos humanos para saúde, o efeito da gestão das políticas públicas oriundas de acordos no MERCOSUL no Brasil.

e) Elaborar uma proposta de projeto no bloco, para ações efetivas com relação aos Recursos Humanos em Saúde.

1.3. Procedimentos metodológicos

No presente trabalho foi realizada uma análise de fontes documentais, como acordos firmados no âmbito do MERCOSUL, podendo esses serem Resolução (ratificadas ou não pelos Estados Partes), Recomendações Ministeriais, Portarias e demais instrumentos normativos julgados relevantes pelo autor. A metodologia a ser aplicada foi baseada na pesquisa de fontes primárias e secundárias impressas e digitalizadas, sendo elas, o Diário Oficial da União, Banco de Resoluções do MERCOSUL, artigos científicos, jornais específicos, livros, revistas e relatórios técnicos. Todas essas informações foram apresentadas conforme a regulamentação atual da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Com a definição do problema de pesquisa, e com a explicitação dos objetivos específicos demonstram que a pesquisa foi realizada em três momentos principais.

O primeiro momento diz respeito a pesquisa documental, a fim de demonstrar no que o bloco de integração tem avançado de maneira jurídica em Recursos Humanos para Saúde.

No segundo momento, o autor se propõe a fazer uma análise de conteúdo, baseada na pesquisa documental, sobre qual a efetividade das ações do MERCOSUL em âmbito regional, e se existe um interesse dos países membros na cooperação para Recursos Humanos em Saúde.

1.4. Pesquisa Documental

A pesquisa documental consiste na coleta de dados documentais, tornando essas fontes primárias para a pesquisa, sendo que os dados podem ter a mesma data em que o fenômeno pesquisado ocorre, ou pode ainda ser posterior. Esse tipo de metodologia é utilizado em larga escala em meio acadêmico, seja em ciências humanas, biológicas ou exatas (MAGALHÃES, 2018).

De acordo com Kelly *apud* Gauthier (1984 p. 296), a referida estratégia de coleta de dados, também, pode ser definida como:

(...) um método de coleta de dados que elimina, ao menos em parte, a eventualidade de qualquer influência – presença ou intervenção do pesquisador – do conjunto das interações, acontecimentos ou comportamentos pesquisados, anulando a possibilidade de reação do sujeito à operação de medida.

A pesquisa documental ainda pode ser vista como semelhante a pesquisa bibliográfica, porém sua fonte de dados é diferenciada, pois ela trata de todo e qualquer tipo de documentação julgada relevante pelo autor da pesquisa, enquanto na pesquisa bibliográfica a fonte de dados é delimitada.

Nessa metodologia também deve ser considerado o conceito de documento, que pode ser entendido como uma declaração escrita, oficial que pode servir como prova, arquivo de textos gerados ou ainda como qualquer objeto que comprove um fato (HAUAISS, 2008). Para a aplicação na pesquisa documental elencou-se então o documento, analisando o contexto em que ele foi criado, seus autores e a autenticidade, assim como a natureza dele para que assim a pesquisa consiga ser a mais fidedigna possível.

A pesquisa documental é um procedimento metodológico decisivo em ciências humanas e sociais porque a maior parte das fontes escritas – ou não – são quase sempre a base do trabalho de investigação. Dependendo do objeto de estudo e dos objetivos da pesquisa, pode se caracterizar como principal caminho de concretização da investigação ou se constituir como instrumento metodológico complementar. (SA-SILVA, 2009).

A pesquisa documental feita pelo autor foi realizada nas plataformas Scielo, Google Acadêmico, Banco de Teses da CAPES e IPEA/DATA. Foram analisados com isso dados de pesquisa primários e secundários, artigos acadêmicos, publicações institucionais Ministério da Saúde, Resoluções de Conselhos Federais, Portarias Ministeriais, Informações advindas de reuniões institucionais do Ministério da Saúde e do Ministério das Relações Exteriores, Atas aprovadas do bloco, Leis dos países e Constituições Federais dos países do MERCOSUL.

Além disto procedimento ocorreu a sistematização de teses área de conhecimento como “Ciência Política”, “Relações Internacionais”, “Sociologia” e “Saúde”, a ser apresentada posteriormente nos procedimentos para a realização de revisão de literatura e pesquisa documental.

1.5. Análise de Conteúdo

No presente trabalho também foi utilizado pelo autor o conceito de análise de conteúdo adotado pela pesquisadora Laurence Bardin, sendo essa uma análise feita para dados qualitativos.

A análise de conteúdo pode ser entendida como um conjunto de técnicas de análise documentais pesquisadas, ela possui como objetivo eliminar as incertezas de uma pesquisa prévia e qualificar o entendimento dos dados coletados (BARDIN, 1977).

Segundo a autora para a realização de uma análise de conteúdo eficiente são necessários cinco métodos de análise documental, sendo eles a Organização, a Codificação, a Categorização, a Inferência e o Tratamento Informático. (BARDIN, 1977).

1.6. Organização

A organização consiste em organizar todos os documentos pesquisados e avaliar quais desses documentos são relevantes para a pesquisa. Ela ainda é subdividida em a pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise se trata de um período de compreensões da pesquisa realizada, e elaborar em um plano de análise uma esquematização das operacionalizações realizadas pelo autor. Trata-se da organização da pesquisa propriamente dita, com vistas a torná-la operacional.

Geralmente, esta primeira fase possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final (BARDIN, 1977, p.95)

A exploração do material se trata do gerenciamento das decisões tomadas pelo autor na organização. Essa podem ser decisões de sistemática automatizadas pelo autor ou por operações de pesquisas manuais. Esta fase da operacionalização pode vir a ter um tempo longo pois, consiste basicamente em uma sistematização das operações escolhidas.

A exploração do material consiste numa etapa importante, porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. Esta é a fase da

descrição analítica, a qual diz respeito ao corpus (qualquer material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011, p. 735).

O tratamento dos resultados é fase na qual se dá a condensação dos dados obtidos na sistematização da fase anterior, resultando assim nas interpretações dedutivas sobre os resultados, nesse momento o autor faz uma análise crítica e reflexiva (BARDIN, 1977).

O analista, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas (BARDIN, 1977, p.101).

Na presente dissertação, realizou-se um levantamento de todos os materiais relacionados ao tema “trabalho” no MERCOSUL, sendo esses documentos oficiais e pesquisas científicas. Sistematizando o material para realização de uma análise e separação do trabalho em saúde, com uso de esquemas dos documentos a serem utilizados para a pesquisa inicial.

Após a coleta dos dados, os documentos foram organizados tendo como base as normativas vinculantes como resoluções de conselhos federais, portarias ministeriais, leis e constituições federais. Além disto, também foram analisados e colocados na metodologia da “Organização” atas de reuniões do MERCOSUL, relatórios de reuniões ministeriais e conferências que abordaram a temática Recursos Humanos em Saúde no MERCOSUL.

1.7. Codificação

A Codificação consiste em uma tradução dos dados brutos obtidos transformando-os em material textual, essa transformação representa o conteúdo em si da pesquisa ou expressa de forma mais sucinta a razão e objetivos da pesquisa (BARDIN, 1977). Segundo a autora, a Codificação pode ser compreendida por três escolhas, sendo elas o Recorte (escolha das unidades), a Enumeração (escolha das regras e contagem) e a Classificação e Agregação (escolhas das categorias).

O Recorte pode ser compreendido como a escolha das unidades de registro e de contexto, que são duas unidades que definem respectivamente a ação de dar um significado ao código e considerá-lo como unidade de base, e compreender o contexto textual para dar um significado exato da unidade de registro adotada (BARDIN, 1977).

Já a Enumeração consiste em um processo de definição de regras e modos de contagem, definindo por exemplo em que frequência determinada assunto, da escolha do autor, aparece em suas pesquisas, podendo essas definirem um caráter quantitativo, pela quantidade de vezes que a palavra aparece, ou qualitativo, conforme a direção de pesquisa adotada pelo autor.

A classificação e a agregação tratam a respeito das escolhas de categorias, qualitativas ou quantitativas, aqui vale o autor definir qual tipo de análise seu trabalho adotar, sendo que a abordagem qualitativa se fundamenta na quantidade de que alguns elementos aparecem na pesquisa e a análise qualitativa tem um comportamento peculiar ela define uma variável de precisa, e não em inferências gerais, qualificando a análise de contexto no aparecimento da referida palavra ou frase (BARDIN, 1977).

Foi feito como a etapa do “Recorte” escolhendo a temática específica de Recursos Humanos em Saúde no MERCOSUL, diferenciado o trabalho em saúde das demais categorias de trabalho. Também foi especificamente limitado o período de tempo de pesquisa, entre os anos de 2006 e 2019.

A codificação escolhida envolve a abordagem qualitativa, tendo feito o levantamento de algumas documentações, porém não fazendo uma tabela comparativa entre os documentos.

1.8. Categorização

A categorização consiste em classificar em categorias os estudos feitos nos itens anteriores, com isso o autor de investigar o significado das categorias estabelecidas e estabelecer o que elas possuem em comum com umas com as outras outros. Isso permite o seu agrupamento das partes comuns existentes entre eles.

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico,

agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos (BARDIN, 1977, p.117).

A autora ainda define que o processo da categorização pode ser definido em duas etapas principais, sendo eles o inventário a fim de isolar os elementos pesquisados e a classificação que tem como objetivo dividir os elementos pesquisados por categorias, com isso determina uma certa organização às mensagens (BARDIN, 1977).

A análise documental foi realizada por meio da categorizada dos seguintes campos de estudo: Ciência Política, Relações Internacionais, Sociologia e Saúde. Podendo esses estar mesclados em algumas pesquisas e teses específicas utilizadas para abordar como a sociedade acadêmica vem discutindo o assunto.

1.9. Inferência

Trata-se do conteúdo que se pode inferir por meio da pesquisa realizada, ela pode ser analisada por meio de polos de atração, a autora ainda traz algumas possíveis variáveis de inferência que podem ser observadas.

Os polos podem ser baseados nos elementos constitutivos do mecanismo clássico da comunicação: por um lado a mensagem (significação e código) e o seu suporte a forma com que o receptor compreende e interpreta as palavras.

Análise de conteúdo fornece informações suplementares ao leitor crítico de uma mensagem, seja este linguista, psicólogo, sociólogo, crítico literário, historiador, exegeta religioso ou leitor profano desse desejando distanciar-se da sua leitura, para saber mais sobre esse texto. (BARDIN, 1977, p.133).

O autor utilizou a inferência ao analisar os avanços que as políticas de Recursos Humanos em Saúde do MERCOSUL, inferindo o significado dessas para os Estados membros. Assim fazendo uma análise a luz da teoria de Relações Internacionais escolhida a respeito do interesse dos Estados no desenvolvimento do bloco de integração regional.

Considerando todas as etapas de análise desenvolvidas com a metodologia ora descrita, o autor, obteve ferramentas para elaborar uma proposta visando o aperfeiçoamento das ações realizadas no âmbito do Bloco de Integração Regional MERCOSUL, com relação ao diagnóstico de Recursos Humanos em Saúde nas regiões fronteiriças dos países membros do bloco.

1.10. Procedimentos para a realização de revisão de literatura e pesquisa documental - Recursos Humanos em Saúde no MERCOSUL: o debate na área

De forma a conhecer a produção acadêmica sobre em que medida o bloco de integração regional MERCOSUL vem avançando, em cada um de seus países membros, com relação a política pública de Recursos Humanos em Saúde, adotou-se como procedimento a sistematização de teses, dissertações e trabalhos técnicos selecionados a partir de consulta ao banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e plataforma Scielo, tendo como recorte temporal aquelas defendidas entre 2006 a 2019 e área de conhecimento como “Ciência Política”, “Relações Internacionais”, “Sociologia” e “Saúde”.

Os termos escolhidos foram aqueles que possibilitariam uma apreensão da temática em geral, de forma que após o refinamento, obtivéssemos um corpus robusto de produção específica sobre o problema para auxiliar no desenho da pesquisa, contato com novas literaturas etc. A busca foi realizada entre os dias 1º a 4 de março, totalizando o quantitativo de 1260 teses e dissertações que após filtragem, resultaram em 10 produções para leitura e consulta (Quadro 1).

Quadro 1- Revisão de teses e dissertações

Termo	Quantidade inicial	Selecionadas para leitura de resumo	Selecionadas para leitura
“Trabalho” + “MERCOSUL”	50	7	5
“Saúde” + “MERCOSUL”	38	3	3
“Recursos Humanos” + “MERCOSUL”	656	5	5
“Sistemas de Saúde” + “MERCOSUL”	20	2	2
Todas (retiradas as iguais)	766	17	15

Fonte: Autor, 2021.

As pesquisas e estudos a respeito de Recursos Humanos em Saúde no bloco de integração do MERCOSUL demonstram as medidas que os Estados que compõem o referido bloco vêm tomando para o desenvolvimento do tema. Nesse sentido, pode-se observar um esforço comum com o reconhecimento dos profissionais de saúde do bloco, tendo a ideia de se permitir o livre trânsito de profissionais destes países para o exercício acreditado nas fronteiras internas.

As pesquisas realizadas por Keli Regina Dal Prá (2007 e 2009), Coutinho (2014), Freitas (2006) estudadas para esta dissertação dizem respeito a questão do trabalho no MERCOSUL de maneira geral e alguma especificidade para as áreas sócias como a da saúde. Esses autores buscaram demonstrar, entre outros, os aspectos e o conceito da cidadania no MERCOSUL, passando pelo direito ao acesso à saúde desses cidadãos, assim como a circulação de pessoas e dimensão do território do bloco.

Comprovam, a existência de fluxos migratórios nas fronteiras molhadas e secas, fazem parte dos processos de integração regional e estão intrínsecos dentro da sociedade fronteiriça. Apesar disso, ainda existe um amplo debate realizado em âmbito político, que influenciam diretamente esse fluxo a busca de melhores condições de trabalho, moradia e por facilidades advindas da criação dos vários processos integracionistas do MERCOSUL. O movimento migratório também pode ser relacionado com o processo de globalização que provoca a reestruturação produtiva, geográfica, cultural e espacial, isso não somente na América Latina, mas em todo o globo.

A dissertação de mestrado de Barbosa (2018), trata especificamente de um desses fluxos sendo abordada a questão do trabalho do fronteiriço uruguaio e brasileiro na cidade de Sant’Ana do Livramento (RS), sendo essa considerada uma cidade gêmea,

pois possuindo somente a fronteira seca caracterizada por uma rua entre Brasil e Uruguai. Segundo o autor:

As dimensões sociais e cidadãs da integração trouxeram avanços e vantagens para o trabalho, notadamente nos Acordos que simplificam os processos migratórios e facilitam o fluxo de trabalhadores, garantem direitos e possibilitam o trabalho regulamentado e protegido socialmente. No entanto, a pesquisa mostrou que ainda existe uma parcela da população à margem dessa cidadania, por não terem condições de arcar com o processo e nem com o custo de tramitação do registro migratório por sua situação de vulnerabilidade social e econômica, e que em função disso, muito possivelmente, tem sido explorada, inclusive no trabalho. (BARBOSA, 2018, p. 109)

É possível inferir dos autores que a integração não é um fenômeno natural, dimensão social e cidadã da integração e não somente comercial. O trabalho regulamentado pode ter tornado legítimo com o apoio de atores fronteiriços como Estados soberanos e municípios, ou ainda, com associações locais que demandam a necessidade de serviços. O debate aqui volta a questão dos Estados nacionais que necessitam da proteção dos seus próprios interesses, endurecendo as questões trabalhistas em fronteiras, assim sendo observado o processo de integração de maneira inconsistente e acidentada marcada por resiliência populacional, que consideram que sua sociedade pode estar se sacrificando em prol de outras.

Ainda no tema do trabalho, Dal Prá (2009) debate sobre a saúde do trabalhador das fronteiras no MERCOSUL, o tema é tratado como um direito desse tipo de população, tendo como objetivo central identificar a constituição da proteção ao trabalhador fronteiriço no campo da saúde nas cidades-gêmeas do Brasil com os Estados-membros do bloco, com isso ela procura identificar as questões dividindo a fronteira entre Brasil e Argentina, Brasil e Paraguai e Brasil e Uruguai. Segundo a autora:

[...] a legislação bilateral, estabelecida por atos internacionais entre o Brasil e os países do MERCOSUL, não trata diretamente da saúde dos trabalhadores fronteiriços, mas de aspectos relacionados às políticas sociais como educação, saúde, seguridade social, integração regional e questões de cidadania que influenciam sobremaneira na configuração do direito à saúde e do trabalho nas áreas das três fronteiras. (Dal Prá, 2009, p. 5)

Já as pesquisas de Buss (2018), Welz (2009) e Sacardo (2009) foram estudadas e dizem respeito de Saúde no MERCOSUL de maneira mais abrangente, abordando o

processo de integração regional no setor saúde do bloco. Os autores buscam comprovar a existência dessa integração levantando o contexto histórico dos países membros do MERCOSUL (Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai), o estabelecimento deste e como se dá o processo de integração em âmbito regional, passando ainda pelo contexto da globalização.

Um outro enfoque também presente é o conceito da cooperação do Brasil no mundo com o restante do globo, citando as cooperações sul-sul do país, sendo essas priorizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), segundo os autores. São ainda dados como exemplos a atuação entre outros blocos no setor saúde e fazendo uma comparação com o MERCOSUL, são dados como exemplo a cooperação com a América Latina e Caribe (ALC) e da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), além de outras entidades governamentais como Agência Brasileira de Cooperação (ABC), do Ministério das Relações Exteriores (MRE), e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/ Organização Mundial da Saúde (OMS).

Outra característica apontada dos sistemas de saúde no MERCOSUL é a presença, especialmente no Brasil, de associações, colégios e conselhos que fazem uma espécie de cooperação descentralizada, sendo essa essencial para o funcionamento da saúde no meio regional da América do Sul. São citados como exemplo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselhos Federais das Profissões de Saúde, e demais associações da sociedade civil organizada.

Em seu texto, Welz (2009) busca descrever a fragilidade das populações fronteiriças, sendo essa debatida com os autores como uma das partes mais frágeis do processo de cooperação na área da saúde, pois essas são afetadas diretamente pelas políticas adotadas por seus governos. Segundo a autora:

É histórica a vulnerabilidade da população fronteiriça. O que se observa é que uma população que responde a dois governos não é governada por ninguém. Dadas as características do setor saúde, quando o município vizinho é também de país vizinho, o planejamento conjunto das ações de saúde se mostra eminente (GALLO, et al., 2004 WELZ, 2009, p. 62). Ainda que esse processo venha se modificando em todo o MERCOSUL e não apenas em relação às fronteiras, as questões de saúde imbricadas à economia do bloco apresentam-se de forma mais concreta nas ações sobre a comercialização de produtos para a saúde, seguindo as ações de vigilância sanitária e de assistência nos serviços de saúde do bloco. (WELZ, 2009, p. 62)

Os autores iniciam a discussão sobre a complexidade dos sistemas de saúde de cada um dos países, sendo cada um deles diferente entre si, contendo neles sistema unificado de saúde, sistema de contrato público, modelos segmentado no qual a maioria dos países possui, considerados por Sacardo (2009), como de competição gerenciada, tendo em vista a combinação de setores público, privado e de seguridade social que presentes nos sistemas de cada um dos países, o que envolve a própria divisão geográfica de cada Estado.

No contexto de normatização dentro do MERCOSUL é citada a importância da criação de Subgrupo de Trabalho específico para a temática, sendo esse o de número 11 – Saúde (SGT N°11), contextualizado dentro do Grupo Mercado Comum (GMC), que são os grupos de discussão de nível técnico dentro da integração regional, contendo comissões e subcomissões que tratam diversos assuntos de saúde. É mencionado ainda outro órgão para desenvolvimento de políticas de saúde dentro do bloco, sendo ele o Conselho Mercado Comum em que se situa as Reuniões de Ministros, cuja inclui as Reuniões de Ministros da Saúde (RMS). Este Conselho é o órgão máximo para o desenvolvimento de políticas de saúde no MERCOSUL, trabalhando assuntos ou políticas específicas e/ou prioritárias para os Ministros.

Como órgão máximo quando se discute saúde, encontrasse a Reunião de Ministros da Saúde, órgão executivo do GMC e responsável pela coordenação e assistência geral, criado em 1995. Em associação com outros fóruns do MERCOSUL, cria-se, através da Resolução GMC n° 151/1996, o Subgrupo de Trabalho Saúde SGT n°11. As negociações do Subgrupo são realizadas por meio de pautas negociadoras de interesses comuns entre os Estados Partes, sendo acordado e aprovado pelo GMC (WELZ, 2009, p. 65).

Os autores apresentam os aspectos estruturais do bloco, demonstrando o funcionamento desses mecanismos de normatização que formulam resoluções e recomendações a serem seguidas em todo bloco, sendo esses o mecanismo fundamental para normatização da saúde e possível compatibilização dos sistemas de saúde, aumentando assim a integração regional.

Por fim, esses buscam demonstrar as fragilidades e desafios para a integração regional, mencionando que este tem se revelado um objeto de estudos com grandes potencialidades e contrassensos comuns, além de contar avanços e retrocessos durante seu histórico. Pode-se ter como exemplo a área de produtos e das vigilâncias que possui discussões com alto grau de complexidade e avanços consideráveis, contudo, a questão

dos serviços de saúde as quais se encontram as questões trabalhistas do bloco tem um avanço mais limitado.

A ausência de um consenso a respeito do modelo de integração a ser buscado parece ser um desafio grande para o bloco na contemporaneidade, juntamente com a fragilidade política dos atores envolvidos e suscetibilidade destes ao restante das economias globais.

Os autores Aguiar Filho (2012), Guimarães (2009), Martinez (2012), Portela (2017), além da publicação consolidada da Argentina (2015) debatem a respeito de Recursos Humanos em Saúde no MERCOSUL, demonstrando como se dá a regulação profissional em saúde nos países partes do MERCOSUL. É levado em consideração por esses autores que a saúde é um direito e requer políticas públicas que garantam que os serviços e equipes de saúde estejam ao alcance da comunidade.

Alguns autores, trazem uma reflexão de maneira mais filosófica ao questionar a questão dos direitos humanos com relação a integração do MERCOSUL no âmbito dos recursos humanos. Por exemplo, temos a abordagem Guimarães (2009), fazendo uma análise do processo de formação do MERCOSUL com relação as garantias individuais da população dos países membros, com isso, possivelmente se torna um espaço regional de âmbito de conjugação e materialização da proteção dos direitos humanos de suas sociedades. Segundo a autora:

A consecução de um Mercado Comum está intrinsecamente relacionada com a proteção e efetividade dos direitos humanos. Isso porque, se, por um lado, o processo de cooperação e verdadeira integração entre Estados exige dos mesmos a garantia de liberdades, garantias individuais e condições mínimas de subsistência digna e trabalho à sua população, sem as quais a busca pelo desenvolvimento econômico a partir da regionalização perde o seu sentido; por outro, a integração entre os Estados figura como um forte instrumento de efetivação dos direitos humanos no plano internacional, na medida em que garante ao indivíduo uma proteção além dos limites jurisdicionais do seu país, tutelando-o, inclusive, contra as ações e omissões praticadas por este. (Guimarães, 2009 p. 90).

Os textos, em geral, possuem foco no trânsito de profissionais de saúde entre os países do MERCOSUL, apresentando os marcos legais que o bloco vem adotando para o atendimento dessas necessidades. É levantada novamente a criação do Subgrupo de Trabalho específico para a temática, sendo esse o de número 11 – Saúde (SGT N°11), que possui a Comissão de Serviços de Atenção à Saúde (COSERTAS) e mais

especificamente a Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional (SCOEJER).

Nos trabalhos, essa subcomissão foi constituída no âmbito do bloco para trabalhar os temas relacionados as necessidades das políticas de saúde dos Estados Partes, em relação a profissões de áreas de atuação priorizadas das profissões de saúde comuns. Definindo critérios e procedimentos, acompanhar o processo de implementação da Matriz Mínima de atuação no MERCOSUL para o exercício profissional no bloco especialmente nas áreas fronteiriças, identificando também as necessidades comuns de formação dos profissionais de saúde, para assim a integração regional fluir com novas propostas de desenvolvimento para as demasiadas necessidades de saúde da população.

Em sua dissertação de mestrado, Aguiar Filho (2012), comenta o trabalho e os objetivos da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional da seguinte maneira:

“Dessa forma, a Subcomissão buscou então, cumprir uma agenda de trabalho, com vistas a: 1) Realizar um estudo das legislações dos Estados Partes, com vistas a proceder a um diagnóstico das semelhanças e diferenças entre as mesmas; 2) Estudar as legislações específicas das carreiras de Medicina e Enfermagem, categorias profissionais consideradas pela Subcomissão como binômio básico da assistência à saúde; 3) Definir termos vinculados ao exercício profissional; 4) Listar as Especialidades Médicas comuns nos quatro países para compará-las e harmonizá-las nos Estados Partes; 5) Conhecer a composição da Equipe de Saúde nos Estados Partes; e 6) Estudar e identificar as especialidades médicas comuns nos Estados Partes.” (AGUIAR FILHO, 2012 p.49).

Os artigos e teses apresentam, ainda, uma sistematização dos resultados alcançados na tarefa de harmonizar as normas de regulação profissional em saúde nos países partes do MERCOSUL. É levado em consideração que a saúde é um direito e requer políticas públicas que garantam que os serviços e equipes de saúde estejam ao alcance da comunidade. Porém, é abordado também, que apesar dos esforços dos Estados partes, ainda não se construiu no âmbito do MERCOSUL uma política de gestão do trabalho em saúde.

Assim não há uma resposta clara, na questão de Recursos Humanos em Saúde, que corrobore com o aumento no processo de integração regional, dessa mesma forma, as estruturas presentes nos países do bloco, especialmente em regiões fronteiriças não estão preparadas para fazer a gestão do livre trânsito de profissionais no MERCOSUL.

É constada pelos autores a ausência de harmonização entre as legislações de cada um dos países com relação ao processo de integração regional, isso também pode ser considerado como fator contribuinte para retardar alguns desses instrumentos normativos. Podendo assim não haver compatibilização das leis sobre os recursos humanos de saúde Estados Partes do MERCOSUL.

Por fim, aos autores debatem a respeito da existência de uma falta de Recursos de Trabalho em Saúde em nível mundial, incluindo como principais dificuldades em atrair profissionais para áreas remotas e rurais, o que fez alguns países desenvolverem programas específicos para o assunto. Com isso, existe a má distribuição e rotatividade desses profissionais, especialmente de médicos, ou profissionais com qualificação sanitária inadequada.

Ainda segundo os autores, o MERCOSUL não foge a essa realidade tendo a necessidade de maior produção de evidências científicas que apoiem os processos de decisão e gestão de políticas para facilitar o processo de integração regional. Para o melhor aproveitamento das ações dos Estados parte as atividades de cooperação técnica podem colaborar para o desenvolvimento das capacidades gestoras, incentivando o intercâmbio de experiências exitosas, além de do desenvolvimento das relações entre os países.

2. PANORAMA DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NO MERCOSUL

O presente capítulo irá abordar brevemente o histórico do bloco econômico, dando ênfase no processo de integração e objetivos traçados por ele. Será também abordado pelo autor as convenções e recomendações da Organização Internacional do Trabalho que são adotadas pelo bloco de integração regional e, por fim, descreverá o funcionamento de duas das principais instancias do MERCOSUL, tendo em vista o setor Saúde em cada uma delas.

2.1. Histórico

Tendo uma decadência econômica em seus países, em dezembro de 1985, José Sarney (Presidente do Brasil) e Raul Alfonsín (Presidente da Argentina) chegaram a um acordo de interesses mútuos então denominada Declaração de Iguaçu. Nesta se via a intenção clara para que não só seus respectivos países, mas toda a América Latina, deveriam ter um poder de negociação fortalecido no cenário internacional.

Concordaram, igualmente, quanto á urgente necessidade de que a América Latina reforce seu poder de negociação com o resto do mundo, ampliando sua autonomia de decisão e evitando que os países da região continuem vulneráveis aos efeitos das políticas adotadas sem a sua participação. Portanto, resolveram conjugar e coordenar os esforços dos respectivos Governos para revitalização das políticas de cooperação e integração entre as Nações latino-americanas. (BRASIL, 1985)

A Declaração teve uma boa repercussão com os países vizinhos do Brasil e Argentina, tendo sido entre outros fatores, a base para uma integração econômica entre os Estados da América do Sul. A região como um todo estava saindo de períodos ditatoriais e necessitava de uma nova visão econômica para assim ter uma maior competitividade em nível global. (BRASIL, 1985).

Nos anos consequentes, as relações entre Brasil e Argentina se aprofundaram, e em 1986 foi assinada a “Ata para a Integração Brasil-Argentina” (BRASIL, 1989) criando assim o Programa de Integração e Cooperação Econômica.

Em 1990, Fernando Collor (Presidente do Brasil) e Carlos Menem (Presidente da Argentina), assinaram um novo acordo, então denominado Ata de Buenos Aires, que visava a total integração alfandegária entre os dois países, dando um prazo final para

que a união aduaneira entre as nações deveria ter seu processo finalizado até o mês de dezembro de 1994 (BRASIL, 1990).

Em setembro deste mesmo ano, os governos de Paraguai e Uruguai iniciam as negociações com os demais países, inicialmente buscando garantir condições de acesso diferenciadas, porém demonstraram também um interesse no processo de integração regional.

O MERCOSUL, foi estabelecido por meio da assinatura do Tratado de Assunção em 1991, Anexo 01, os países signatários do tratado e fundadores do bloco foram a República Argentina, República Federativa do Brasil, República do Paraguai e República Oriental do Uruguai.

O acordo é baseado nos princípios da livre circular de bens serviços e fatores produtivos entre os países entre outros, tarifa externa comum e a adoção de uma política comercial comum em relação a terceiros, políticas macroeconômicas e setoriais entre os Estados Partes e no compromisso dos Estados Partes de harmonizar suas legislações, nas áreas pertinentes, para lograr o fortalecimento do processo de integração (PARAGUAI, 1991).

O acordo prevê a presidência rotativa entre os Estados Partes por períodos de seis meses, sendo coordenadas pelos referidos Ministérios das Relações Exteriores de cada país, podendo ser convidados demais Ministérios interessados nas pautas a serem negociadas. Com relação a estrutura organizacional o artigo 1 do “protocolo de Ouro Preto”, Anexo 02, divide o MERCOSUL em três grandes blocos decisórios, sendo eles o Conselho do Mercado Comum (CMC) o Grupo do Mercado Comum (GMC), e a Comissão de Comércio do MERCOSUL. (TRATADO DE ASSUNÇÃO, 1994).

Com o decorrer dos anos o MERCOSUL foi ampliando sua área de atuação na região, sendo assim adicionadas novas estruturas a estrutura organizacional sendo criados além do CMC, GMC e a Comissão de Comércio do MERCOSUL já existentes o Parlamento MERCOSUL, o Foro Consultivo Econômico Social, a Secretaria do MERCOSUL, o Tribunal Permanente de Revisão, o Tribunal Administrativo Laboral e o Centro de Promoção do Estado de Direito, como pode ser observado na Figura 1.

O Conselho Mercado Comum e o Grupo Mercado Comum são os espaços de trabalho que possuem uma maior variedade de temas, os quais incluem a área “saúde”. Com isso, o presente trabalho passará a explicar brevemente ambos os espaços, sendo as

demais comissões, parlamento tribunais e centros de promoção não abordados por se tratar de temas específicos.

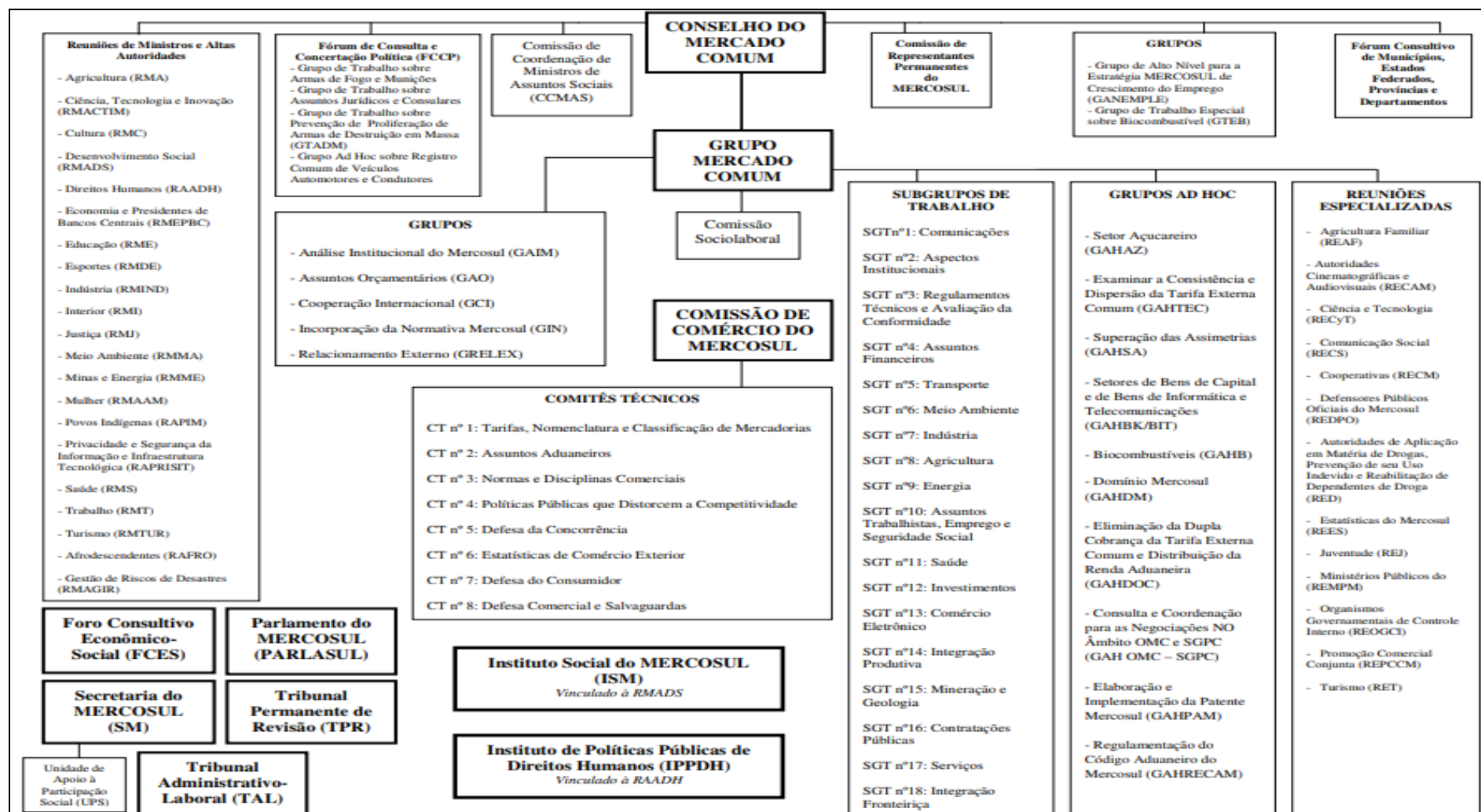
2.2. Composição e estrutura do MERCOSUL

Na data de elaboração da presente dissertação o MERCOSUL possui ao todo 5 (cinco) membros, sendo eles os países fundadores do bloco, Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, além da Venezuela que foi inserida no bloco no ano de 2012 e se encontra suspensa.

A suspensão da Venezuela do bloco se deu no ano de 2017, com a Declaração dos Estados Partes do MERCOSUL sobre a República Bolivariana da Venezuela segundo o MERCOSUL “...não foram registradas medidas eficazes e oportunas para a restauração da ordem democrática por parte da República Bolivariana da Venezuela” (MERCOSUL, 2017).

Além dos membros plenos o MERCOSUL possui ainda Estados associados, sendo eles Bolívia, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Peru, Suriname. Sendo o caso da República de Bolívar considerada um Estado em processo de Adesão, o Protocolo de Adesão de Bolívia ao MERCOSUL já foi assinado pela totalidade dos Estados Parte em 2015 e agora se encontra em vias de incorporação pelos congressos dos Estados Parte. (MERCOSUL, 2020).

Figura 1- Estrutura Organizacional MERCOSUL



Fonte: MERCOSUL, 2020

2.2.1. Conselho do Mercado Comum (CMC)

O Conselho do Mercado Comum é um dos órgãos superiores do MERCOSUL nele são conduzidas as políticas a respeito do processo de integração do bloco, assim como são tomadas as decisões que assegurem o cumprimento dos objetivos estabelecidos pelo Tratado de Assunção, visando-se sempre o objetivo final, que é se concretizar um mercado comum pleno para os países membros do bloco. (MEROCSUL, 2020)

Para alcançar seus objetivos, o CMC conta espaços de discussão variados tais como: Fórum de Consulta e Concertação Política (FCCP), Comissão de Coordenação de Ministros de Assuntos Sociais (CCMAS), Comissão de Representantes Permanentes do MERCOSUL, GRUPOS - Grupo de Alto Nível para a Estratégia MERCOSUL de Crescimento do Emprego (GANEMPLE) - Grupo de Trabalho Especial sobre Biocombustível (GTEB), Fórum Consultivo de Municípios, Estados Federados, Províncias e Departamentos, conforme pode ser observado na Figura 1.

Além destes espaços é no Conselho do Mercado Comum, sendo uma entidade de decisões políticas no bloco, que se encontram as Reuniões de Ministros do MERCOSUL, sendo essas divididas por temáticas. O CMC tem como forma de manifestação as decisões e acordos, os quais são obrigatórias para os Estados Partes, podendo também ser aprovadas Recomendações Ministeriais, fazendo com que uma temática específica seja trabalhada nos demais grupos e comissões do bloco (BRASIL, 2018).

No início a reunião do CMC era composta apenas pelos Ministros das Relações Exteriores de cada país membro, juntamente com os Ministros da Economia, ou área correlata, torando esse um órgão de decisões políticas econômicas avançadas dentro do bloco.

É integrado pelos Ministros das Relações Exteriores e pelos Ministros da Economia, ou seus equivalentes dos Estados Partes. Poderá reunir-se toda vez que julgar oportuno, devendo fazê-lo pelo menos uma vez por semestre com a participação dos Presidentes dos Estados Partes. (MEROCSUL, 2020)

No entanto, com o decorrer dos anos o Conselho Mercado Comum deixa restringir-se aos setores de economia e relações exteriores, para atingir vinte e uma áreas diferentes, seguindo uma tendência social no MERCOSUL dentre essas áreas se inclui o “Setor Saúde” no bloco.

2.2.1.1. Panorama da Saúde no Conselho Mercado Comum

No organograma do MERCOSUL o setor Saúde é dividido nas duas grandes instâncias, a saber o Conselho Mercado Comum e o Grupo Mercado Comum, e em cada um desses a temática está dividida de maneiras diferentes. No caso do GMC o tema saúde é abordada na Reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL (RMS)

A RMS constitui foro temático de caráter político que assessora o CMC. É responsável por discutir e encaminhar soluções negociadas sobre os temas de interesse à saúde pública. (BRASIL, 2018, p. 189).

Como atribuições a RMS tem como objetivos definir os princípios e políticas de proteção da saúde pública, tendo assim uma normatização inicial para assim o bloco iniciar uma harmonização das legislações em saúde. A RMS possui como escopo a formulação e a implementação de programas de proteção à saúde dos cidadãos do MERCOSUL, assim como o desenvolvimento de ações conjuntas de proteção e atenção à saúde, como é expressado através do Quadro 2 no qual é apresentando o Organograma da RMS (MERCOSUR, 2001).

Quadro 2 - Organograma da Reunião de Ministros da Saúde do CMC

Reunião de Ministros da Saúde (RMS)
Comissão Intergovernamental Política de Medicamentos (CIPM)
Comissão Intergovernamental para Implementação do RSI (CIRSI)
Comissão Intergovernamental de HIV-AIDS (CIHIV)
Comissão Intergovernamental de Controle do Tabaco (CICT)
Comissão Intergovernamental de Saúde Sexual e Reprodutiva (CISSR)
Comissão Intergovernamental de Saúde Ambiental e do Trabalhador (CISAT)
Comissão Intergovernamental de Doação e Transplantes (CIDT)
Comissão Intergovernamental de Segurança Alimentar e Nutricional (CISAN)
Comissão Intergovernamental de Enfermidades Não Transmissíveis (CIENT)
Comissão Intergovernamental de Sangue e Hemoderivados (CISH)
Comitê Ad Hoc de Negociação de Preços de Medicamentos de Alto Custo nos Estados Partes e Associados do MERCOSUL (CAHPM)

Fonte: MERCOSUR, 2001 adaptado pelo autor.

2.2.2. Grupo Mercado Comum (GMC)

O Grupo Mercado Comum (GMC) é um órgão executivo do MERCOSUL, possui suas reuniões de formar ordinárias, podendo quando necessário se reunir de maneira extraordinária, ao menos uma vez a cada trimestre (MERCOSUL, 2020). Traçando um paralelo com o outro for mencionado, o Conselho Mercado Comum, o GMC é um órgão de trabalhos técnicos nas quase as pautas e temática são trabalhadas pelas partes específicas de cada país membro, já o CMC é um órgão político que define pautas e acorda os intensões de trabalho dos países membros no bloco.

O GMC possui em sua estrutura Grupos, Subgrupos de Trabalho, Grupos Ad Hoc e Reuniões Especializadas. O Grupo Mercado Comum para se manifestar emite Resoluções, as quais serão obrigatórias para os Estados Partes incorporarem em seus ordenamentos jurídicos, pode ainda fazer sugestões de pauta área serem abordados de maneira política na RMS. (MERCOSUL, 2019).

2.2.2.1. Componentes e Subgrupos

O Grupo foi estabelecido, conforme mencionado, por meio do Tratado de Assunção, possui como integrantes cinco membros titulares e cinco membros rotativos provenientes de cada país membro. Deve ter como corpo representantes do Ministérios das Relações Exteriores, da Economia.

É integrado por cinco membros titulares e cinco membros alternos por país, designados pelos respectivos Governos, dentre os quais devem constar necessariamente representantes dos Ministérios das Relações Exteriores, dos Ministérios da Economia (ou equivalentes) e dos Bancos Centrais. (MERCOSUL, 2020)

O GMC contava com dez Subgrupos de Trabalho, voltados aos assuntos prioritários do bloco no primeiro momento, economia e integração. O MERCOSUL foi atualizando seus interesses ao longo do tempo e atualmente conta com dezoito Subgrupos de Trabalho, que incluem, entre outras, políticas sociais, conforme observado na Figura 1.

2.2.2.2. Panorama da Saúde no GMC

O tema Saúde é tratado, no âmbito do GMC, em um Subgrupo de Trabalho próprio (SGT11) desde 1996. Antes da data o tema era tratado de maneira mais superficial por meio

do Subgrupo de Trabalho de número 3, Regulamentos Técnicos e Avaliação de Conformidade, voltado à produção de normas técnicas entre os países do bloco.

Para articular o trabalho entre as comissões temáticas e as instâncias setoriais superiores do MERCOSUL, o SGT no 11 conta com coordenadores nacionais, e a RMS, com um Comitê Coordenador. Esses coordenadores fazem parte das áreas internacionais dos Ministérios da Saúde. No caso do Brasil, a coordenação nacional é exercida por representantes da AISA. (BRASIL, 2018, p. 190).

Com a criação do Subgrupo foram estabelecidas ações voltadas a criação de políticas públicas de saúde no bloco como à circulação de produtos e pessoas, à promoção à saúde e o incentivo ao exercício profissional entre os países, a harmonização dessas políticas de saúde corresponde à consolidação do compromisso dos Estados Partes no que tange ao direito à saúde no MERCOSUL.

O SGT11 é composto pelas Comissões de Produtos para Saúde, de Vigilância em Saúde, de Vigilância em Saúde e de Serviços de Atenção à Saúde, essas correspondem grandes foros que tratam assuntos diversificados dentro do Subgrupo. Essas comissões possuem por sua vez, a figura de subcomissões, que tratam temáticas mais específicas, conforme pode ser observado no Quadro 3 que contém o organograma do SGT11.

Quadro 3 - Organograma do SGT11 – Saúde

Grupo Mercado Comum (GMC)	
SGT N 11 - Saúde	
Comissão de Produtos para a Saúde (COPROSAL)	Subcomissão de Produtos Médicos Subcomissão de Cosméticos Subcomissão de Saneantes Subcomissão de Psicotrópicos e Entorpecentes Subcomissão de Farmacopeia
Comissão de Vigilância em Saúde (COVIGSAL)	Subcomissão de Controle Sanitário de Portos, Aeroportos, Terminais e Pontos de fronteiras terrestres
Comissão de Serviços de Atenção à Saúde (COSERATS)	Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional

Fonte: BRASIL, 2018.

Conforme apresentado no Quadro 3, pode-se observar a segmentação do MERCOSUL em diversos setores responsáveis por pautas técnicas específicas, tendo assim a serem criadas

regulamentações para os amplos setores da saúde. Isso visando o fortalecimento dos sistemas de saúde dos países membros e criando uma regulamentação própria do bloco.

A aproximação entre técnicos e gestores da região, a priorização de temas de fronteira, as iniciativas reguladoras, formativas e de promoção da saúde vêm concretizando desígnios das instâncias institucionais expressos em seus instrumentos e diretrizes organizacionais, que têm como horizonte o fortalecimento dos sistemas de saúde dos Estados Partes. (BRASIL, 2018 p. 192)

O MERCOSUL vem se desenvolvendo na área técnica de Saúde, Subgrupo de Trabalho nº11, no sentido de ampliar suas capacidades de cooperação em nível regional, pode-se observar durante os anos um caminho que pode afetar de modo eficiente a vida da população dos países membros, especialmente aqueles que vivem nas suas regiões fronteiriças.

2.2.2.3. *Recursos Humanos em Saúde no CMC*

Com relação a temática trabalho e saúde no Conselho do Mercado Comum (CMC) podemos observar a presença da Comissão Intergovernamental de Saúde Ambiental e do Trabalhador (CISAT), foro que aborda entre outros assuntos a saúde do trabalhador da saúde.

O Conselho do Mercado Comum (CMC) não possui um foro específico para abordar a temática específica do presente trabalho, Recursos Humanos em Saúde. Contudo, pode-se observar uma Comissão Intergovernamental que tangencia o tema de RHS, sendo trabalhados temas como a ratificação das Convenções e Recomendações da Organização Internacional do Trabalho (OIT) dentro do bloco, elaboração de manuais de enfermidades e acidentes laborais, e estudo de diretrizes regionais sobre os riscos derivados dos ambientes de trabalho e elaboração de uma estratégia de auxílio a profissionais expostos a agentes cancerígenos.

2.2.3. Convenções e recomendações da Organização Internacional do Trabalho (OIT)

Como organização internacional a OIT estabelece convenções e faz recomendações a todos os países do globo a fim de regular normas trabalhistas que devem ser seguidas por seus países membros. A instituição tem como objetivo promover oportunidades de acesso ao trabalho digno e produtivo, com condições seguras aos trabalhadores. Essas condições são fundamentais para a redução das desigualdades sociais no mundo (OIT, 2021).

As convenções da OIT trazem pontos importantes para os países do MERCOSUL, e suas legislações, quando tratam assuntos do meio ambiente de trabalho e saúde de do

trabalhador. Como exemplo temos a Convenção nº 155 de em 3 de junho de 1981, que assegura Serviços de saúde do trabalho, defendendo que o termo ‘saúde’, em relação ao trabalho, deve abranger não somente a ausência de doenças, assim como elementos físicos e mentais que afetam a saúde do trabalhador (ALMEIDA, 2008).

O Quadro 4e o Quadro 5 trazem como exemplo de Convenções e Recomendações firmados no âmbito da Organização Internacional do Trabalho que tratam mais especificamente segurança e saúde no trabalho, isso se juntando a temática de debate do mercado de trabalho e da Previdência Social (ALMEIDA, 2008).

Quadro 4: Convenções da OIT para a segurança e saúde no trabalho

Convenções da OIT para a segurança e saúde no trabalho
Convenção sobre a inspeção do trabalho, 1947
Convenção sobre a proteção contra as radiações 1960
Convenção sobre a higiene (comércio e escritórios), 1964
Convenção sobre os auxílios em caso de acidentes de trabalho e doenças profissionais, 1964
Convenção sobre a inspeção do trabalho (agricultura), 1969
Convenção sobre o câncer profissional, 1974
Convenção sobre o meio ambiente de trabalho (contaminação do ar, ruído e vibrações), 1977
Convenção sobre segurança e higiene (trabalhos portuários)
Convenção sobre segurança e saúde dos trabalhadores, 1981
Convenção sobre os Serviços de saúde no trabalho, 1985
Convenção sobre o asbesto, 1986
Convenção sobre segurança e saúde na construção, 1988
Convenção sobre os produtos químicos, 1990
Convenção sobre a prevenção de acidentes industriais maiores, 1993
Convenção sobre segurança e saúde nas minas, 1995
Protocolo de 1995 relativo ao Convenção sobre a inspeção do trabalho, 1947
Convenção sobre a segurança e a saúde na agricultura, 2001
Protocolo de 2002 do Convenção sobre segurança e saúde dos trabalhadores, 1981

Fonte: OIT, 2021 adaptado pelo autor.

Quadro 5 - Recomendações da OIT para a segurança e saúde no trabalho

Recomendações da OIT para a segurança e saúde no trabalho
Recomendação sobre a inspeção do trabalho, 1947
Recomendação sobre a inspeção do trabalho (minas e transporte), 1947
Recomendação sobre a proteção da saúde dos trabalhadores, 1953
Recomendação sobre os Serviços sociais, 1956
Recomendação sobre a proteção contra as radiações, 1960
Recomendação sobre o modo de vida dos trabalhadores, 1961
Recomendação sobre a higiene (comércio e escritórios), 1964
Recomendação sobre os auxílios em caso de acidentes do trabalho e doenças profissionais, 1964
Recomendação sobre a inspeção do trabalho (agricultura), 1969
Recomendação sobre o câncer profissional, 1974
Recomendação sobre o meio ambiente de trabalho (contaminação do ar, ruído e vibrações), 1977
Recomendação sobre segurança e higiene (trabalhos portuários), 1979

Fonte: OIT, 2021 adaptado pelo autor.

Com relação a Ratificação das Convenções da OIT dentro das normativas de cada um dos países, a CISAT possui uma Agenda para avaliação de Convenções em Vigor

MERCOSUL, as ratificações continuam avançando dentro do bloco com a demanda de ajustes às realidades locais de Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai (MERCOSUL, 2019).

2.2.3.1. Elaboração de manuais de enfermidades e acidentes laborais e os riscos derivados dos ambientes de trabalho.

Com a compatibilização de normas os países do Bloco decidiram trabalhar na compilação das informações referentes às enfermidades e doenças oriundas do trabalho, assim como as legislações com relação a acidentes laborais em um manual único dentro do Bloco.

A elaboração desses manuais pode ser vista com base no acordo fundamental do MERCOSUL, o Tratado de Assunção, sendo dos parâmetros norteadores da integração em Saúde do Trabalhador no contexto do MERCOSUL (ALMEIDA, 2008).

Destacam-se os seguintes artigos do referido tratado:

Saúde e Segurança no Trabalho

Artigo 17. - Todos os trabalhadores têm direito a desenvolver suas atividades em um ambiente de trabalho saudável e seguro, que preserve sua saúde física e mental e estimule seu desenvolvimento e desempenho profissional. Os Estados Partes comprometem-se a formular, aplicar e atualizar, de forma contínua e em cooperação com organizações de empregadores e de trabalhadores, políticas e programas sobre saúde e segurança dos trabalhadores e do ambiente de trabalho, a fim de prevenir acidentes de trabalho e ocupacionais doenças, promovendo condições ambientais favoráveis ao desenvolvimento das atividades dos trabalhadores.

Inspeção do Trabalho

Artigo 18. - Todo trabalhador tem direito à proteção adequada no que diz respeito às condições de trabalho e ao meio ambiente de trabalho. (MERCOSUL, 1991).

Com relação aos avanços, pode-se inferir das atas da Comissão Intergovernamental de Saúde Ambiental e do Trabalhador (CISAT) que os países obtiveram avanços internos na obtenção das informações que irão constar no referido manual. O Brasil, no ano de pesquisa do presente estudo, passa pelo processo de consulta pública sobre as enfermidades que podem ser consideradas laborais, como por exemplo saúde mental do trabalhador (MERCOSUL, 2019).

2.2.3.2. Elaboração de uma estratégia de auxílio a profissionais expostos a agentes cancerígenos

A temática de auxílio aos trabalhadores profissionais de saúde expostos a agentes cancerígenos é uma temática mais recente no bloco, e vem em decorrência do aumento de

causas de câncer relativos à exposição poeira de sílica/portadores de silicose e ao benzeno (DIAS, 2017).

A pauta foi discutida inicialmente com a apresentação por parte do Brasil sobre o sistema CAREX (CARcinogen Exposure):

O CAREX (CARcinogen Exposure) é um sistema internacional de informação sobre exposições ocupacionais a agentes cancerígenos. Originalmente, foi desenvolvido com finalidade epidemiológica de vigilância da exposição e determinação do risco e carga da doença em países europeus. Por outro lado, lança mão de mensurações in loco dos níveis de exposição a determinados agentes cancerígenos de interesse. As avaliações ambientais de rotina são incorporadas e levadas à validação de experts ad hoc, sempre que disponíveis, sejam elas realizadas a partir de levantamentos prévios ligados ao governo, empregadores e trabalhadores. (PLATAFORMA RENAST, 2021).

O sistema segue a lógica de seu modelo original, contudo esse necessita se adequar para cada realidade de cada um dos países, sendo assim considerados os processos de produção nacional e peculiaridades, que podem envolver da maneira da produção e distribuição, assim como as tecnologias empregadas neles (PLATAFORMA RENAST, 2021).

Os países membros entenderam a proposta de estudo e possível aplicação de estratégias de auxílio para os profissionais que possuem exposição aos agentes cancerígenos, como o exemplo apresentado do CAREX. Com isso, foi solicitado o apoio técnico e financeiro da OPAS, para melhor abordagem da temática, sendo ela adicionada ao Plano de Trabalho da CISAT para os anos de 2015-2025 trabalhador (MERCOSUL, 2019).

3. ESTRATÉGIAS DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NO BLOCO MERCOSUL E EM SEUS PAÍSES MEMBROS

Com relação aos Recursos Humanos para Saúde no Grupo Mercado Comum (GMC), o tema é tratado em uma Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional (SCOEJER) da Comissão de Serviços de Atenção à Saúde (COSERATS). O tema é visto como técnico designando uma área específica de recursos e capital humano em cada um dos países membros.

Os principais temas abordados referentes aos RHS nessa subcomissão são: a implementação de uma matriz mínima de registro dos profissionais do bloco, compatibilização das profissões de saúde nível superior, compatibilização das profissões de nível técnico, integração entre MERCOSUL Educativo e MERCOSUL Saúde e Exercício Profissional em zonas de fronteira.

3.1. Matriz Mínima de Registro Profissional

A Matriz Mínima de Registro de Profissionais da Saúde do MERCOSUL foi aprovada pelo Grupo Mercado Comum - GMC pela Resolução GMC nº 27/04 (Anexo 03). O referido acordo versa sobre um registro mínimo de dados e informações a respeito de profissionais que desejam exercer sua profissão entre os países membros do MERCOSUL ou trabalhem em regiões fronteiriças do bloco, sendo a aplicação desse documento necessária para a habilitação profissional em saúde e o livre exercício de suas atividades próprias.

Até o estabelecimento da Resolução GMC 27/2004 por meio da qual é aprovado a "Matriz Mínima de Cadastro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL", pertencendo cada país a este órgão sub-regional tinha uma definição diferente das práticas atribuídas a cada profissão e o surgimento de conflitos quanto à circulação da força de trabalho na saúde, principalmente devido a diferenças nos planos de formação universitária e também no âmbito da prática profissional em cada território (ARGENTINA, 2015, p. 12, tradução nossa).

Conforme consta no Anexo 03, os dados dos profissionais que estão presentes no acordo da Matriz Mínima dizem respeito à formação e capacitação dos profissionais de saúde como graduação, pós-graduação senso e critérios advindos de sanções éticas e disciplinares.

Na Matriz Mínima também constam dados sobre a revalidação de diplomas, certificados e títulos que os profissionais obtiveram ao longo dos anos, a fim de manter o cadastro sempre atualizado, assim como a instituição formadora.

Os objetivos da Matriz Mínima são de instituir informações comuns no âmbito do MERCOSUL, assim como o de padronizar e trocar informações mínimas sobre os profissionais de saúde e seu trânsito, entre Ministérios da Saúde dos Estados Partes. Pode-se inferir que a importância da implementação da referida Matriz nos Estados Partes está relacionada a realização efetiva de controle do fluxo dos profissionais de saúde entre os Países, ao intercâmbio de informações entre os Ministérios de Saúde dos Estados Partes sobre os profissionais de saúde; a possibilidade de se evitar o exercício profissional em Estado diverso ao seu país de origem, de profissional que esteja impedido de exercer sua atividade profissional.

Ao assinarem a Resolução GMC nº 27 no ano de 2004 os Estados Partes se empenharam a incorporar a Matriz Mínima em seus ordenamentos jurídicos para assim termos o livre trânsito de profissionais no MERCOSUL. Parte desse comprometimento seria adotar as disposições legislativas e administrativas para seu cumprimento, com isso a Matriz Mínima foi incorporada pelos Estados Partes por meio das Respectivas normas:

- a) Brasil: Portaria/GM nº. 552/05 - Ministério da Saúde
- b) Argentina: Resolução nº. 604/05 - Ministério da Saúde
- c) Paraguai: Decreto nº. 10.209/06 - Presidência da República
- d) Uruguai: Decreto nº. 282/2007 - Presidência da República

Contudo, apesar da incorporação por meio de Portarias, Resolução e Decreto a Matriz Mínima de Registro profissional no MERCOSUL, até a presente data, não entrou em vigor de fato no bloco.

Os Estados membros apresentaram diversos motivos para a incapacidade de implementação plena da Matriz Mínima, cabem serem destacadas as seguintes constantes em atas de reuniões (MERCOSUL, 2019):

- a) A Argentina possui um serviço de webservice com os dados dos profissionais médicos, o país vem trabalhando no webservice para a inclusão de outras profissões de saúde.
- b) O Brasil possui uma dificuldade com os Conselhos Federais das profissões de saúde para obtenção dos dados de cadastro dos profissionais. Cabe ressaltar, que estes conselhos são autarquias federais e possuem legislações próprias, não sendo veiculadas ao Ministério da Saúde.
- c) O Paraguai está em processo de digitalização de sua base de dados profissional, o país está focado em ter um sistema com os dados cadastrais dos profissionais da saúde. O país segue fazendo primeiro o registro profissional presencial, e as atualizações são inseridas

online, e, em caso da necessidade de apresentação de documentos, estes são levados presencialmente.

d) O Uruguai também vem desenvolvendo um sistema de registro digital mais preciso de seus profissionais, o país vem desenvolvendo avanços nesse o sistema tendo mais informações como, por exemplo, as sanções profissionais.

3.1.1. Compatibilização das Profissões de Saúde Nível Superior

A compatibilização das profissões de saúde nível superior de saúde no MERCOSUL é um processo que a Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional vem trabalhando ao longo dos anos a fim de reconhecer o maior número de profissões comuns entre os países membros.

Atualmente são consideradas 10 (dez) profissões comuns no bloco, conforme Resolução nº 56 de 2018, Anexo 04, essas são nomeadas em português como:

- a) Médico
- b) Farmacêutico
- c) Farmacêutico Bioquímico
- d) Cirurgião Dentista
- e) Enfermeiro
- f) Nutricionista
- g) Psicólogo
- h) Fisioterapia
- i) Fonoaudiólogo
- j) Terapeuta Ocupacional

Ao longo dos anos foi analisada a inclusão de novas profissões de saúde de nível superior às comuns no bloco, sendo apresentadas matrizes curriculares, matrizes de competências e atribuições das profissões a serem incluídas. A última das profissões a ser incluída às comuns foi a de Terapeuta Ocupacional, cabem ser destacadas algumas que estão sendo estudadas para possível inclusão, como por exemplo Medicina Veterinária e Obstetrícia (MERCOSUL, 2019).

Além das profissões de nível superior de nível superior também foi discutido no âmbito da subcomissão a possibilidade de inclusão de profissões de nível técnico em saúde. A princípio foram elencadas três profissões com nomenclatura comum, sendo ela Técnico em

Enfermagem, Técnico em Análises Clínicas ou Técnico em Laboratório e Técnico em Radiologia.

Os estudos foram elaborados por meio de matrizes comparativas das três profissões, que incluíam critérios como a atribuições profissional, matriz curricular e plano de estudos, carga horária dos cursos, número de profissionais, instituições formadoras, entre outras.

Contudo, a delegação do Uruguai esclareceu que em seu país estes cursos de formação são de grau universitário ou nível superior, como existem assimetrias entre os países do bloco, a incorporação dessas profissões na Matriz Mínima dessas profissões não é possível. Os países elaboraram uma proposta de realização de estudos sobre o exercício profissional em serviço para nova avaliação e futura discussão (MERCOSUL, 2019).

3.1.2. Integração com MERCOSUL Educativo

Parte das atribuições da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional é o de desenvolver uma agenda de trabalhos em conjunto entre o SGT11 e as comissões do MERCOSUL Educativo, sendo elas a Comissão Regional Coordenadora de Educação Superior (CRC-ES) e a Comissão Regional Coordenadora de Educação Tecnológica (CRC-ET).

O trabalho em conjunto vem sendo desenvolvidos desde o ano de 2011, atendendo ao Acordo 03 daquele ano, referindo-se à necessidade de uma agenda compartilhada entre as áreas técnicas de Saúde e Educação no âmbito do bloco (MERCOSUL, 2001). Assim podendo se ter uma discussão qualitativa para se ter uma harmonização das profissões do MERCOSUL e eventualmente com outras áreas do bloco envolvidas com a temática.

Parte da agenda trabalho entre as comissões de educação e saúde é a elaboração de um glossário comum de termos utilizados pelos referidos ministérios, além disso também temos temáticas referentes a respeito da inclusão e surgimento de novas profissões em saúde no bloco, de níveis superior e de técnico, sendo incluídas nas discussões a matriz curricular de cada curso e processo de acreditação dos referidos cursos no sistema educacional do MERCOSUL, o Sistema de Acreditação Regional de Cursos de Graduação (Sistema ARCU-SUL).

Como trabalhos mais recentes da reunião em Conjunto entre MERCOSUL Educativo e Saúde temos a atualização da Matriz de Procedimentos de Reconhecimento de Títulos Universitários, e a temática de Educação a Distância (EaD) para os cursos da área de Saúde que é um assunto traz preocupação quanto a formação dos profissionais de saúde que

necessitam de horas de aulas práticas a fim de completar de forma satisfatória a Matriz Curricular de seus cursos (MERCOSUL, 2019).

3.1.3. Exercício Profissional em Fronteira

O tema de Exercício Profissional em regiões de Fronteira no MERCOSUL foi inserido a pauta negociadora da SCOEJER no ano de 2010 durante Presidência Pró-Tempore do Brasil e discutida em 2011 na Presidência Pró-Tempore do Uruguai. Na época os Estados partes expressam sua preocupação pelo ocorrido na fronteira Brasil-Uruguai com profissionais médicos uruguaios que exerciam suas profissões em território brasileiro (MERCOSUL, 2011).

O episódio derivou de um Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho para Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde”, bilateral, entre as referidas nações que previa entre outros o livre exercício para profissionais em regiões fronteiriças das duas nações.

O Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho para Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde, firmado no Rio de Janeiro, em 28 de novembro de 2008, teve como um de seus objetivos resolver os problemas da prestação de serviços na fronteira brasileiro- uruguia, possibilitando trânsito de profissionais brasileiros e uruguaios. Esse acordo, que está em vigor desde 2009, faz que a fronteira entre o Brasil e o Uruguai tenha o mais avançado arcabouço legal do ponto de vista da integração entre os dois países, mas o instrumento ainda carece de implementação efetiva. (BRASIL, 2018, p. 246).

Ainda no ano de 2011 os Estados decidiram por trabalho o qual a Subcomissão seguia, ou seja, pela harmonização da prática profissional em favor da melhoria da acessibilidade da população dos Estados Partes aos serviços de saúde (MERCOSUL, 2011).

A temática teve continuidade dentro da SCOEJER abordando temáticas como os maiores problemas enfrentados pelos profissionais nas regiões fronteiriças do bloco. Com isso foi então vista a possibilidade da realização de um estudo em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), consultando as áreas oficiais que gerenciem essas questões e tendo um enfoque em políticas salariais nessas regiões (MERCOSUL, 2019).

Durante a análise das Atas oficiais da SCOEJER por parte do autor, constantes na Secretaria Administrativa do MERCOSUL, não se teve mais registros da temática específica de Exercício Profissional em Fronteira até o ano de 2019, o tema seguiu sendo abordado de

maneira indireta dentro das discussões sobre a Matriz Mínima de registro dos profissionais de saúde.

Durante o ano de 2019 tem-se a retomada das discussões sobre fronteira no SGT-11, movida por muitos fatores técnicos e políticos, como por exemplo o Acordo RMS Nº 01/2019 as “Diretrizes para o Plano de Trabalho de Saúde em Fronteiras para o MERCOSUL”, assinado pelos Ministros da Saúde do MERCOSUL (RMS), na reunião de São Carlos de Bariloche/Argentina. Estabelecendo um marco de referência regional para orientar as ações e intervenções de saúde pública nas zonas de fronteira do MERCOSUL: (i) Redes de Serviços de Saúde, (ii) Vigilância e Informação em Saúde, (iii) Gestão de Recursos Humanos e (iv) Articulação Intersectorial para a Abordagem dos Determinantes Sociais (MERCOSUL, 2019).

Com referência ao eixo de Gestão de Recursos Humanos em Saúde foram aprovadas ações referentes ao desenvolvimento de Políticas em matéria de Exercício Profissional em zonas de fronteiras, conforme os Acordos e Normativas MERCOSUL, o fortalecimento da capacidade dos gestores de Recursos Humanos em Saúde nas zonas de fronteira, o desenvolvimento de Recursos Humanos para responder às necessidades priorizadas em saúde das zonas de fronteira e o incentivo à estratégias de fixação e de retenção de Recursos Humanos em zonas de fronteira (MERCOSUL, 2019).

Com o retorno da temática na pauta a ser debatida na SCOEJER, foi realizado no segundo semestre de 2019, durante a Presidência Pró-Tempore do Brasil um seminário Internacional de Recursos Humanos para a Saúde na América do Sul e no MERCOSUL, por instrução dos coordenadores da Comissão de Serviços de Atenção à Saúde com o enfoque nas regiões fronteiriças, o relatório deste consta como atividade desenvolvida pela Subcomissão. Após o seminário os Estados Parte do bloco descreveram, na subcomissão, como cada país atua sobre trabalho em saúde por parte de estrangeiros em suas fronteiras.

O Paraguai informou que possui um mecanismo de autorização temporária para exercício profissional por parte de estrangeiros, nos serviços de atenção à saúde. O profissional interessado deve ingressar com a documentação exigida para autorização especial, sendo essa por tempo (de até três meses) e local determinados. (MERCOSUL, 2019).

A Argentina informou, que também possui uma autorização para exercício profissional de estrangeiro, que está vinculada a homologação de títulos. Existem acordos com o Ministério da Educação, tendo essas normas específicas para formação em serviços e sistemas de revalidação para os países com que mantém convenções (MERCOSUL, 2019).

A delegação do Brasil informou por fim, que no país não há regulamentação específica para o exercício profissional em zonas de fronteira, para que os profissionais exerçam suas respectivas profissões em qualquer parte do território nacional eles devem passar pelo processo de reconhecimento de diplomas (MERCOSUL, 2019).

Ao final da última reunião da SCOEJER os Estados Partes chegaram em um consenso sobre a proposição de novo estudo com o mapeamento e identificação dos profissionais e serviços dos estabelecimentos das localidades fronteiriças, além de se comprometerem a apresentar um levantamento sobre recursos humanos e estabelecimentos de saúde de zonas fronteiriças incluindo as informações obtidas as bases de dados existentes nesses países (MERCOSUL, 2019).

3.2. Descrição dos Sistemas de Saúde nos Países Membros Do MERCOSUL (Argentina, Uruguai e Paraguai).

No presente capítulo o autor pretende descrever de forma breve o sistema de saúde de cada um dos países do MERCOSUL e suas respectivas políticas públicas de recursos humanos, sendo reservado o Brasil para um capítulo à parte. Além disto será analisado de maneira a política pública de Recursos Humanos em Saúde do MERCOSUL vem alcançando esses países e se essa possui efetividade em suas propostas.

3.2.1. Argentina

3.2.1.1. Sistema de saúde argentino

A República Argentina possui o direito à saúde manifestado em sua Constituição Nacional, a qual foi reformada em 1994, por meio de dois artigos o de número 41 e número 42 (ARGENTINA, 1994). Esses são expressos como novos direitos e garantias da população, como o direito ao ambiente saudável (descrito no Art. 41º) e a garantia a proteção a saúde, até mesmo nas relações de consumo (descrito no Art. 42º) (CARAVACA, 2015).

O sistema de saúde da Argentina é um sistema amplo e fragmentado, possuindo três divisões claras sendo elas, o Setor de Saúde Pública, o Setor de Obras Sanitárias (vinculado ao sistema previdenciário) e o Setor Privado. Esses níveis possuem fortes interrelações, com destaque para o financiamento, pesquisa e provisão (MACEIRA, 2005).

O sistema de saúde argentino pode ser definido como amplo em termos de cobertura, segmentada em termos de número de participantes e com uma marcada

separação entre as funções de garantia e provisão. Cobertura de os serviços de saúde são compartilhados entre o Setor Público (Nacional, Provincial e Municipal), o setor de Obras Sociais e o setor privado, com forte inter-relações tanto ao nível da provisão como ao nível do financiamento. O sistema de seguro social abrangente - isto é, instalações dependentes de os Ministérios da Saúde Nacional e Jurisdicional e instituições de segurança (Obras Sociais Nacionais e Provinciais e PAMI) - cobrem 95% da população, enquanto os 5% restantes têm cobertura de saúde fornecida pelas empresas de medicamentos pré-pagos (MACEIRA, 2005, p. 2, tradução do autor)

O setor público de saúde argentino segue sendo responsável pela maioria dos serviços de saúde ofertados no país, tendo como fontes de financiamento principais federais o Tesouro Nacional argentino e impostos diretos e indiretos e fontes de financiamento provinciais como Tesouro Provincial, imposto e retenções (MACEIRA, 2005).

Com relação ao setor de Obras Sanitárias, que é um sistema diferenciado do público e do privado, esse é dividido em dois grandes setores, o de Obras Sanitárias Nacionais e Obras Sanitárias Provinciais, ambos têm como fonte de financiamento uma porcentagem do soldo dos trabalhadores que integram o respectivo sistema.

O sistema de Obras Sanitárias Nacionais tem como fonte de financiamento as contribuições salariais e aportes patronais, contando também com um Fundo Solidário de Redistribuição, esse busca diminuir as assimetrias identificadas no sistema.

São cerca de 270 entidades, com um conjunto de beneficiários de quase 13 milhões e uma coleção mensal de aproximadamente US \$ 240 milhões nacionais. Atualmente, grande parte das Obras Sociais Nacionais, como agentes gestores de recursos, terceirizar a prestação de seus serviços de saúde para o privado (MACEIRA, 2005, p. 3, tradução do autor).

Esse sistema é responsável por manter, por meio do um Fundo Solidário de Redistribuição, o custo do Programa Médico de Serviços obrigatórios, financiamento de programas especiais, financiar programas voltados a grupos especiais e sustentar a estruturas responsáveis por gerir o próprio sistema. Sendo esse um sistema amplo e heterogêneo existem dificuldades para constituição de organização de seguro social sustentável e equitativa (MACEIRA, 2005).

Já o setor Obras Sanitárias Provinciais, criado a partir da Lei N° 23.660/1988, é diferenciado, neste setor cada província possui o seu sistema sanitário com normativas próprias, possui uma alta abrangência no sistema de saúde argentino como um todo.

Há principalmente uma grande dispersão no número de filiados. Na província de Buenos Aires, a IOMA possui 404.655 afiliadas, enquanto a IAPOS, Obra Social de Santa Fe, uma adesão quatro vezes menos. No extremo oposto, DOSEP em San Luis e IPAUSS na Terra do Fogo juntam-se 16.652 e 7.777 pessoas, respectivamente, em

seus sistemas de segurança provinciais sociais (MACEIRA, 2005, p. 5, tradução do autor).

Apesar das grandes divergências encontradas em cada uma das províncias argentinas o que se pode observar deste sistema de saúde é que existem províncias que apesar de possuírem renda mais baixa essas têm uma boa cobertura sanitária e províncias que não em algumas ocasiões necessitam de fundos emergenciais para garantir sua cobertura, marcando assim a complexidade desse sistema (MACEIRA, 2005).

Já o setor privado de saúde, apesar de pequeno, avançou ao longo dos anos na Argentina, cotando com o advento da política neoliberal no mundo. Tendo como foco a contenção de custos, descentralização de serviços por parte do Estado, no caso argentino isso também pode ser visto como uma tentativa de abertura frente ao sistema solidário de segurança social, por meio da incorporação de seguros privados, que se tornaram uma área próspera (TOBAR, 2012).

A principal mudança que ocorre neste momento é a mudança na concepção de saúde: anteriormente se considerava que o hospital público deveria prestar saúde de forma universalista, enquanto a partir daquele momento era direcionado exclusivamente para a população de recursos mais baixos e nenhuma outra cobertura (TOBAR, 2012, p. 13, tradução do autor).

Esse setor teve seu progresso em território argentino devido a aplicação de ajustes tributários e sociais, consequências da crise econômica que o país vem sofrendo ao longo dos anos, com isso surgindo o aumento da lacuna na satisfação das necessidades expressas pela população e a tradição de privilegiar a assistência médica, amplamente justificada por sua natureza de necessidade sentida e expresso pela comunidade (TOBAR, 2017).

Destaca-se ainda que o Sistema de Saúde da Argentina os Recursos Humanos em Saúde são administrados pelo Ministério da Saúde Pública, sendo esse o órgão responsável pela regulação e regulamentação dos profissionais de saúde, assim como pela fiscalização dos mesmos, o reconhecimento e convalidação de diplomas é dado pelo Ministério da Educação Nacional (TOBAR, 2012).

Com uma forma ampliada de análise e tendo como conceito que um dos principais objetivos dos sistemas de saúde dos países é o de melhorar a saúde da população como um todo. Sendo com um financiamento de tratamentos específicos ou ainda por meio do acesso a bens e serviços adequados com as necessidades da população. Em uma análise de aspectos econômicos, demográficos, culturais, tecnológicos, políticos, e biológicos realizada pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD/ONU) no ano de 2011, demonstrava que: [...] a Argentina estava atravessando, como diversos países da América Latina, uma transição epidemiológica definida por tendências de longo prazo, entre as quais a diminuição

da fecundidade e o prolongamento da expectativa de vida (que altera a estrutura etária da população), a variação dos fatores de risco (que afeta a incidência de doenças) e a melhoria na organização e tecnologia da atenção à saúde (que modifica os índices de mortalidade). (PNUD, 2011, p. 12. tradução do autor).

3.2.1.2. Avanços da política pública de Recursos Humanos em Saúde do MERCOSUL

Tendo a Saúde sendo considerada um como um direito universal do cidadão a temática pode ganhar uma importância maior para o Estado, tendo em vista que na Argentina os Acordos Internacionais têm peso maior que os das leis, conforme a Constituição Nacional.

O fato de a saúde ser definida como direito universal, tanto na Declaração Universal dos Direitos Humanos, quanto na Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem (só para nomear duas) assenta as bases da elaboração de políticas públicas que deem conta da atenção da saúde como, valha a redundância, um direito universal (CARAVACA, 2015, p. 6).

Com isso, podemos observar que o Estado argentino dá uma valorização grande ao cenário internacional, nas necessidades e tendências mundiais, especialmente com relação aos direitos humanos, aqui incluindo a saúde. No caso do MERCOSUL, gera um conflito constante na Argentina, pois o país busca avançar nos acordos traçados pelo bloco e busca trabalhar internamente bases sólidas a nível federal para suportar os referidos acordos, em articulação permanente com as províncias (ARGENTINA, 2015).

Com relação ao Recursos Humanos para Saúde no bloco podemos observar um bom avanço do país na referida articulação entre o nível federal e o nível provincial, isso tendo em vista que o sistema de registros do país era feito em cada uma das províncias.

Na Argentina, quando surgiu a necessidade de começar a trabalhar a Matriz Mínima, o respeito ao federalismo foi definido como um princípio organizador. O sistema de cobrança informações e registros seriam de responsabilidade das jurisdições, de acordo com o modelo de regulamentação da prática profissional (provincial) não é o Ministério da Nação que se dedica à busca dos dados, mas cada jurisdição está a cargo da coleta e carregamento no sistema (ARGENTINA, 2015, p. 50, tradução do autor).

Assim o país começa a adotar um sistema no qual a pessoa fica registrada com o seu documento de identidade nacional, assim como todos os títulos de habilitação de cada profissional de saúde (ARGENTINA, 2015).

De maneira geral nota-se que os acordos aprovados no Subgrupo de Trabalho Número-11 (Saúde), tem favorecido o processo de integração nacional na argentina, especialmente a integração dos sistemas de registros províncias e federais, com isso

fortalecendo a regulação profissional no país e a coerência no campo da saúde (ARGENTINA, 2015).

As resoluções do SGT 11 fortaleceram os processos de integração na esfera federal. Para a Argentina foi e continua a ser muito importante, porque nos permitiu trabalhar na compromissos federais adquiridos em nível supranacional. Nesta fase de recuperação da Reitoria do Estado, esses compromissos têm ajudado a avançar na regulamentação e coesão do campo. Algumas áreas de baixa institucionalização também foram destacadas ou regulamento: formação técnica e área de especialistas. O que é feito na Comissão Interministerial é um grande trunfo para o trabalho regional, porque com esses documentos que definem um quadro nacional pode ser realizada MERCOSUL e contrastá-los com os perfis de formação de outros países. (ARGENTINA, 2015, p. 55, tradução do autor).

A integração entre os Ministérios da Saúde e da Educação no país para harmonização de registro nacional e de títulos obtidos no exterior também pode ser visto como um avanço trazido pelo MERCOSUL ao país. Proposta essa que pode ser considerada um desafio para todos os países do bloco, sendo trazida no SGT-11 na pauta integração comissões do MERCOSUL Educativo, sendo elas a Comissão Regional Coordenadora de Educação Superior (CRC-ES) e a Comissão Regional Coordenadora de Educação Tecnológica (CRC-ET).

No campo tecnológico pode-se inferir que os avanços do MERCOSUL influenciaram no desenvolvimento do Sistema Integrado de Informação em Saúde da Argentina (SISA), sendo incluído o cadastro dos profissionais médicos em todo sistema, atualmente o país vem trabalhando nas informações para a inclusão dos demais profissionais (MERCOSUL, 2019).

Conforme observado, tem-se que os grandes impactos dos MERCOSUL nos Recursos Humanos para Saúde na Argentina se relacionam diretamente aos níveis de integração Nacional, entre os meios federais e províncias, e no âmbito dos ministérios, auxiliando e aprimorando o sistema tecnológico de saúde do país com um sistema integrado de registros, embora esses resultados ainda possam ser considerados incipientes.

3.2.2. Paraguai

3.2.2.1. *O sistema de saúde do Paraguai*

Assim como observado na Argentina o Paraguai possui saúde como um direito constitucional, na Constituição Nacional de 1992 saúde vem expresso nos direitos sociais através dos artigos de número 6, 7, 68, 69 e 70. (PARAGUAI, 1992).

O Estado protegerá e promoverá a saúde como direito fundamental da pessoa e em interesse da comunidade. Ninguém será privado de assistência pública para prevenir ou tratar doenças, pragas ou pragas e alívio em caso de catástrofes e acidentes. Toda pessoa está obrigada a se submeter às medidas sanitárias estabelecidas por lei, dentro do respeito pela dignidade humana.(PARAGUAI, 1992, tradução do autor).

O Ministério da Saúde pública do Paraguai foi criado no ano de 1936, por meio da lei orgânica de saúde pública, com isso esse ministério passou a ser o responsável pelo serviço de saúde da nação, assim como pela organização do sistema de saúde de forma geral. Esse sistema tem como objetivo a promoção da saúde, prevenção de doenças e a prestação de assistência à saúde para toda a população paraguaia (GIOVANELLA, 2012).

Ao longo dos anos o Ministério da Saúde Pública paraguaio foi passando por mudanças a fim de se adequar as necessidades populacionais, sendo em incluído a política de bem-estar social à suas atribuições, alinhadas as políticas de desenvolvimento econômico e social do país. Foram também criados Conselhos de Saúde em níveis nacionais e regionais a fim de coordenar as ações e a participação interinstitucional entre o setor de saúde pública e privada do Paraguai.

É importante observar que o Paraguai possui um marco legal relevante e favorável à garantia do direito à saúde de seus habitantes, delineando um conceito amplo de saúde-doença que reconhece as condições referidas (GIOVANELLA, 2012, p. 558, tradução do autor).

O Sistema de Saúde do Paraguai é dividido em dois grandes grande setores o Público e o Privado (com e sem fins lucrativos), sendo reservado ainda um espaço pequeno para a atuação da Cruz Vermelha, considerada um setor misto (entre público e privado).

O sistema de saúde pública do Paraguai possui duas formas de administração, a direta e a descentralizada, ambas financiadas por impostos e recursos específicos do tesouro nacional na administração direta e indireta. Na Administração pública direta se encontra o Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar social, além das forças militares e policiais. Já a saúde descentralizada é composta pelo Instituto de Segurança Social, a Universidade Nacional de Assunção e os governos Estaduais e municipais.

No setor público, a cobertura de saúde para 95% dos a população total do país está a cargo do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS) e Instituto de Previdência Social, tornando-se as duas instituições mais importantes para o atendimento à saúde da população. Ambos Eles têm unidades de saúde de complexidade variável, distribuídas por todo o território nacional, embora a atenção básica só exista na rede do Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social (GIOVANELLA, 2012, p. 561, tradução do autor).

Cada um desses atores possui um objetivo fundamental dentro do sistema de saúde público, o Ministério tendo um papel central, sendo responsável pelas ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde a nível nacional. O Instituto de Segurança Social é responsável pela promoção a saúde para a população de trabalhadores que contribuem com esse instituto assim como os pensionistas associados. Os hospitais universitários auxiliam na atenção à saúde da população em geral e hospitais das forças armadas e polícia são destinados a seu público específico (GIOVANELLA, 2012).

Esse sistema ainda prevê a participação social através de Conselhos de Saúde, em estâncias federais, regionais e locais. Os espaços possuem direção e participação das respectivas entidades sanitárias, além de contar com organizações sociais, usuários dos sistemas de saúde e profissionais que atuam nesse sistema (GIOVANELLA, 2012).

O sistema de saúde privado do Paraguai é dividido em entidades com fins lucrativos, como a medicina pré-paga e provedores de saúde privados e sem fins lucrativos, como Organizações não governamentais (ONGS) e cooperativas.

O setor privado com fins lucrativos oferece cuidados curativos e de reabilitação 7% da população do país, com seus hospitais e sanatórios nas áreas urbanas de Assunção, Central e as principais cidades do resto do país. Por outro lado, as cooperativas prestam principalmente serviços pré-pagos e possuem dois hospitais no Chaco e no departamento de San Pedro (GIOVANELLA, 2012, p. 561, tradução do autor).

Esse sistema (privado) é observado em sua maioria nas regiões centrais do país e na capital Assunção, isso devido ao tamanho das demais cidades paraguaias e da renda média da população nessas regiões. Não é possível observar uma coordenação clara nesse sistema o que acaba por gerar uma fragmentação dos serviços prestados. Foram previstos mecanismos legais para a integração entre os setores públicos e privados no Paraguai, esses não são muito eficientes em evitar a segmentação do setor (GIOVANELLA, 2012, p. 562).

Por fim o setor privado possui a fiscalização da Superintendência de Saúde do país, assim como a saúde pública do país, além da fiscalização de parâmetros pré-estabelecidos o órgão é responsável por certificar entidades que prestam os serviços em geral.

A Superintendência de Saúde, instância que surgiu no âmbito do Conselho Nacional de Saúde (Lei 1.032/96), estabeleceu suas funções e competências pela Lei 2.319/06, correspondendo à tarefa de cadastrar, categorizar, credenciar e auditar prestadores de serviços. serviços de saúde privados e mistos, com atenção especial aos medicamentos pré-pagos. Embora tenha autonomia técnica de gestão, depende administrativa e financeiramente do Ministério da Saúde Pública e Previdência Social. (GIOVANELLA, 2012, p. 571, tradução do autor).

Quanto a regulação dos profissionais de saúde, Recursos Humanos em Saúde, a República do Paraguai prevê que todos os profissionais se registrem no órgão central de

saúde, nesse caso o Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social. Todavia, existe uma problemática com as universidades que formam os profissionais e assim correspondem os dados e os títulos de habilitação profissional ao Ministério da Educação, que também é o responsável pelo reconhecimento de diplomas vindos de profissionais estrangeiros. Com isso, o processo se torna burocrático para os profissionais exercerem a profissão, assim como para a fiscalização da Superintendência de Saúde do país.

De acordo com a Constituição Nacional, as universidades são autônomas e há uma discussão atual sobre se os institutos superiores também têm dita autonomia, não explicitamente consagrada na Carta Magna. Pela Lei Geral das Universidades, os graus habilitam para o exercício da profissão uma vez registrado no Ministério da Educação. Por outro lado, o Código Sanitário estipula que todos os títulos de profissões da saúde devem ser registrados no Ministério da Saúde Pública e Previdência Social. Nenhuma dessas instituições tem competição contra o postulado constitucional da autonomia, então estamos na presença de uma perda legal do poder de governo de ambas as instituições de saúde e educação, diante da onipotência da autonomia (GIOVANELLA, 2012, p. 576, tradução do autor).

Conforme observado, o sistema de saúde paraguaio é fragmentado, dependendo em sua maioria da saúde pública e da administração central, características comuns a países de pequeno porte e de nações em desenvolvimento. Os processos de saúde também possuem sua burocracia, o que pode tornar o sistema mais lento em algumas esferas.

3.2.2.2. *Avanços da política pública de Recursos Humanos em Saúde do MERCOSUL*

A República do Paraguai, tendo saúde como um direito constitucional, é um país que vem tendo uma boa participação no cenário internacional, sendo signatária em diversos acordos internacionais sobre a temática, como exemplo podemos citar o Regulamento Sanitário Internacional de 2005, sancionado em 2007 no país, e demais normativas e recomendações da OMS.

Quanto às possibilidades de oferta de suporte técnico, estão vinculadas ao Áreas de Vigilância Sanitária (registro de medicamentos, farmacopéia, fiscalização); Pronto Atendimento Pediátrico (metodologia de recepção, recepção e classificação); atenção primária à saúde (gestão e desenvolvimento de pessoas); vigilância de saúde (vigilância epidemiológica, epidemiologia de campo, controle de vetores, implementação do Regulamento Sanitário Internacional e do Centro Nacional), entre os mais proeminentes (GIOVANELLA, 2012, p. 595, tradução do autor).

Com relação aos Recursos Humanos em Saúde derivados dos acordos firmados no âmbito do MERCOSUL, podemos ter como análise um avanço, de forma direta e indireta, de

duas principais formas no Paraguai, sendo elas a integração em nível federal/ministerial e o avanço com relação a tecnologia dos registros dos profissionais de saúde.

A integração ministerial pode ser vista como consequência indireta dos avanços obtidos pelo país no MERCOSUL, isso pois dentre as principais pautas negociadoras da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional é justamente a integração com setor educativo do bloco. Isso para harmonizar os setores de acreditação e reconhecimento das profissões de saúde no bloco. Conforme observado no presente estudo essa integração ainda não é totalmente plena no Paraguai, tendo embrolhos burocráticos que por vezes podem atrapalhar o rito de habilitação dos profissionais de saúde (GIOVANELLA, 2012).

Como um resultado direto da política do MERCOSUL podemos analisar a criação de um sistema de registros dos profissionais de saúde do Paraguai. Isso pois, para a implementação da Matriz Mínima de Registro de profissionais do MERCOSUL, aprovada pela Resolução GMC nº 27/04, os Estados partes devem ter um processo de registro profissional informatizado e que possa ser disponibilizado com os demais países membros do bloco.

Com isso o Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social do Paraguai criou, no ano de 2013, o Sistema Informático para Cadastro de Profissionais de Saúde (SIREPRO). O sistema é responsável por armazenar os dados de registro dos profissionais de saúde, além de poder gerar estatísticas desses profissionais. Assim, ajudando a melhorar a qualidade e a oportunidade das informações sobre saúde.

O Sistema Informático de Cadastro de Profissionais de Saúde é um sistema informático multiutilizador automático com ambiente Web, que permite local e remotamente a gestão da informação inerente a todos os processos de registro de Profissionais de Saúde, bem como a verificação e certificação do licenciamento de as mesmas, que permitem a recolha e análise de dados a nível central do Ministério da Saúde Pública e Assistência Social (Direção de Registro e Controlo de Profissionais de Saúde e outras direções), a nível de Regiões de Saúde e Superintendência de Saúde (PARAGUAI, 2021, tradução do autor).

A criação de um sistema pode ser visto como um avanço considerável para Recursos Humanos em Saúde do Paraguai, advindos de ações do MERCOSUL. Contudo, o país vem apresentando nas últimas reuniões da SCOEJER dificuldades com relação a digitalização dos dados dos profissionais, e consequentemente a transferência destes para o referido sistema, especialmente as informações referentes a residência e especialização. O país segue fazendo primeiro o registro profissional presencial, e as atualizações são inseridas online, e, em caso

da necessidade de apresentação de documentos, estes são levados presencialmente (MERCOSUL, 2019).

É possível observar, com o presente estudo, que as políticas abordadas pelo MERCOSUL possuíram, ao longo dos 15 (quinze) anos abordados, um impacto positivo. A criação de um sistema de registro de profissionais é um passo considerável, levando em conta as condições de desenvolvimento e de tecnologia da informação alcançada pelo país. Além disto, temos a integração entre os setores de saúde educação, que apesar de possuir problemas, vem sendo desenvolvida devido as ações do bloco de integração regional.

3.2.3. Uruguai

3.2.3.1. *Sistema de saúde do Uruguai*

A República Oriental do Uruguai traz a saúde como uma das competências gerais do Estado, descrito por meio do artigo de número 44, com isso o país deve garantir o acesso de qualidade e gratuito a todo o cidadão uruguaio.

O Estado vai legislar em todos os assuntos relacionados à saúde e higiene público, visando o aprimoramento físico, moral e social de todos os habitantes do país. Todos os habitantes têm o dever de cuidar de sua saúde, bem como o de assistir em caso de doença. O Estado irá fornecer os meios de prevenção e assistência somente aos indigentes ou carentes de recursos o suficiente. (URUGUAI, 1967, p. 5, tradução do autor).

O Estado ainda possui outros mecanismos jurídicos a fim de garantir essa prestação de assistência a suade de qualidade para sua população, dentre elas cabem ser destacadas as leis de nº 18.211 de 2007 e nº 18.335 de 2008, que versam sobre a criação e obrigatoriedades do sistema de saúde e especifica os direitos e obrigações dos pacientes e usuários deste serviço, respectivamente.

O sistema de saúde uruguaio denominado Sistema Nacional de Saúde Integrado (SNIS), criado por meio da lei 18.211, é um sistema único de saúde, que possui a vertente de atendimento público e a privada, vinculado ao Ministério da Saúde Pública do Uruguai. Esse tem como princípios norteadores, entre outros, os destacados no

Quadro 6:

Quadro 6 - Princípios do Sistema Nacional de Saúde Integrado

Princípios do Sistema Nacional de Saúde Integrado
A promoção da saúde com ênfase nos determinantes do meio ambiente e estilos de vida dos população
A intersetorialidade das políticas de saúde no que diz respeito ao conjunto de políticas voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população
A qualidade integral do atendimento que, de acordo com normas técnicas e protocolos de atuação, respeite os princípios da bioética e direitos humanos dos usuários
A cobertura universal, acessibilidade e sustentabilidade dos serviços de saúde
O respeito pelo direito dos usuários de tomarem decisões informadas sobre sua situação de saúde
A equidade, continuidade e oportunidade dos benefícios, a orientação de conteúdo preventiva
A participação social de trabalhadores e usuários
A solidariedade no financiamento geral
A escolha informada de prestadores de serviços de saúde pelos usuários
A sustentabilidade na alocação de recursos para a atenção integral à saúde
A eficácia e eficiência em termos econômicos e sociais

Fonte: BRASIL, 2007 adaptado pelo autor.

Com relação ao financiamento do sistema temos o Fundo Nacional de Saúde do Uruguai (FONASA), criado por meio da lei 18.131 de 2007, esse fundo tem como objetivo prestar a assistência em saúde para seus cotistas, além de buscar diminuir as assimetrias e desigualdades de todo o sistema de saúde (GIOVANELLA, 2012).

O fundo prevê uma cota participativa dos trabalhadores uruguaios, que pode variar a depender se o usuário possui filiação, essa participação é abatida do soldo do trabalhador juntamente com recursos pagos pelo empregador.

ARTICULO 3º.- El Fondo Nacional de Salud se integrará con los siguientes recursos:

A) Un aporte del Banco de Previsión Social equivalente al monto total que debe abonar dicho organismo a las prestadoras de servicios de salud a la fecha de vigencia de la presente ley por concepto de cuotas 2 mensuales de prepago de las personas comprendidas en el artículo 8º del decreto-ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975, con las modificaciones introducidas por el artículo 1º de la Ley N° 15.953, de 6 de junio de 1988, por el artículo 186 de la Ley N° 16.713, de 3 de setiembre de 1995, en la redacción dada por el artículo 2º de la Ley N° 16.759, de 4 de julio de 1996, y por el artículo 187 de la Ley N° 16.713, de 3 de setiembre de 1995, y de las cuotas correspondientes al Fondo Nacional de Recursos. Dichos aportes serán ajustados por la variación del valor de las cuotas y por las altas y bajas que se vayan produciendo.

B) Un aporte de los funcionarios incluidos en los literales B), C) y D) del artículo 2º de la presente ley, de un 3% (tres por ciento) que se calculará sobre el total de las retribuciones sujetas a montepío.

C) Un aporte a cargo del organismo empleador de los funcionarios incluidos en los literales B), C) y D) del artículo 2º de la presente ley, del 5% (cinco por ciento) sobre las mismas remuneraciones establecidas en el literal anterior (URUGUAI, 2007, p.. 1 e 2, tradução do autor).

O sistema SNIS ainda prevê ações de participação social, destes cabem destacar alguns como o Conselho Consultivo de implementação do SNIS, esse é presidido pelo Ministério da Saúde, contando também demais representações políticas, sociais, profissionais e empresariais do setor. A Junta Nacional de Saúde, administrado pelo seguro Nacional de

Saúde, juntamente com os membros ministeriais da saúde, economia e o Banco de Provisão Social, com o objetivo de definir os objetivos e orientação a serem seguidas pelo Seguro Nacional de Saúde. E por fim, a Área de Serviço do Usuário do Ministério da Saúde Pública do Uruguai, essa tem como objetivo agrupar as necessidades de procedimentos e fornecer informações ao usuário em tempo adequado e oportuno (GIOVANELLA, 2012).

Com relação ao serviço de saúde público do Uruguai, temos como principal instituição a Administração Estadual de Serviços de Saúde (ASSE), essa passa a ser um serviço descentralizado, que ligado com o governo uruguaio através do Ministério da Saúde Pública.

A ASSE é parte importante do Sistema Nacional de Saúde Integrado, sendo a responsável pela administração dos Hospitais Públicos, Policlínicas e demais prestações serviços de atenção saúde pública no Uruguai. A instituição também é responsável por garantir o acesso a saúde de todos os cidadãos uruguaios, até mesmo aqueles que não contribuem com o FONASA, além de buscar diminuir as assimetrias geradas em todo SNIS (GIOVANELLA, 2012).

A ASSE faz parte do Sistema Nacional de Saúde Integrado e tem como objetivo garantir o direito à saúde dos uruguaios, em articulação com os demais serviços do Estado (artigo 4º). O referido órgão é dirigido por um conselho de cinco membros, dos quais três são indicados pelo Poder Executivo, com a anuência do Senado, e outros dois diretores representam os trabalhadores e usuários (GIOVANELLA, 2012, p. 733, tradução do autor).

A parte do serviço privado de saúde uruguaio é baseada no pagamento a parte, pela população que deseja, se seguros de saúde. Esse pagamento de seguro privado não retira a obrigação do pagamento da cota do FONASA que o cidadão já paga. O que pode ser observado é que o sistema possui poucos usuários, e funciona bem para serviço específicos, localizados na sua maioria na capital do país.

Quanto a regulação dos profissionais de saúde, essa se encontra centralizada no Ministério da Saúde Pública do Uruguai. Os profissionais de saúde, quando recebem seus diplomas, devem se dirigir a capital do país para validação de seus títulos e habilitação profissional junto ao órgão, a renovação dessa habilitação pode ser feita de forma digital (online) (MERCOSUL, 2019).

A revalidação de títulos obtidos nos estrangeiros é feita pela Universidade da República, ligada ao Ministério da Educação, sendo necessário o suporte da respectiva faculdade de saúde para a avaliação dos currículos e programas de ensinos realizados. Esses estão sujeitos aos acordos firmados pelo país, o que inclui os acordos do MERCOSUL para a revalidação de títulos (ARGENTINA, 2015).

3.2.3.2. *Avanços da política pública de Recursos Humanos em Saúde do MERCOSUL*

A República Oriental do Uruguai possui saúde como um direito constitucional e um dever do Estado, assim o país busca adotar os princípios acordos internacionais sobre a temática. Cabem ser destacados o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e a comunicação internacional de enfermidades, medida essencial para o controle de doenças, diminuído a chance de grandes epidemias em meio local e regional. O país engloba ainda o Programa de Líderes de Saúde Internacional da Organização Pan-Americana da Saúde (OPS/OMS).

Também centraliza as ações de detecção, avaliação e resposta determinadas pelo Regulamento Sanitário Internacional (RSI) em nível nacional, incluindo pontos de entrada designados. Está em operação desde em 2011, o National Liaison Center for the RSI (2005) através do qual as ações de detecção e resposta a eventos, desenvolvidas por equipes de resposta rápida (GIOVANELLA, 2012, p. 754, tradução do autor).

O país também possui o diálogo internacional forte nas questões de insumos de saúde, tendo como objetivos fortalecer a cooperação internacional buscando a melhor capacitação de tecnologias a seu sistema de saúde. Mantendo o diálogo global sobre a proteção de patentes de insumos de saúde e acesso aos medicamentos disponíveis no mundo, sendo feitos intercâmbios e trocas de experiências exitosas no campo (GIOVANELLA, 2012).

Com relação a política de Recursos Humanos em Saúde do MERCOSUL, o Uruguai vem cumprindo com os acordos firmados na SCOEJER, as vezes em atraso, pois o país vinha faltando a alguns encontros da subcomissão (MERCOSUL, 2019).

Como destaques, pode ser apontado como grau de cumprimento da Matriz Mínima de Registro de Profissionais da Saúde do MERCOSUL, aprovada pela Resolução GMC nº 27/04, a forma de registro dos profissionais de saúde, adotando aos critérios estabelecidos pela referida resolução.

“Desde 2007 em nosso país o cadastro de profissionais de saúde e sua formação é realizada de acordo com o estabelecido na Norma MERCOSUL conhecida como “Matriz Mínima”, em que um conjunto de campos de dados comuns às autoridades é organizado dos Estados Partes, segundo os quais as informações devem ser registradas para fins de sua futura troca (ARGENTINA, 2015, p. 81, tradução do autor).”

Esse avanço, a nível dos registros profissionais dentro do Uruguai, pode parecer à primeira vista pequenos, porém ser visto como positivos, pois o país possui uma tradição institucional centralizadora e de controle social sobre esses dados. Com isso, podemos observar que para a República Oriental do Uruguai a implementação da Matriz Mínima, e de

seus sistemas de registro, possui o impacto na circulação de profissionais de saúde no MERCOSUL.

Com o passar dos anos o país veio aprimorando as normativas do bloco, entendendo que a política regional de Recursos Humanos em Saúde deveria ser priorizada, especialmente em regiões fronteiriças, para que o acesso aos profissionais e o combate a endemias se fortalecesse. Com isso as coordenações sanitárias nacionais conseguem possuir um maior controle sobre as regiões, aprofundando também o nível de integração regional, objetivo chave do MERCOSUL (ARGENTINA, 2015).

Ocorreu também, ao longo dos anos, a incorporação de novas profissões de saúde comuns no MERCOSUL, o que exigiu do Estado Uruguaio uma melhora na obtenção e manejo dos dados de seus profissionais, sendo necessário uma atualização frequente desses através de novos sistemas de informação.

Os instrumentos de registro evoluíram ao longo do tempo, a partir dos livros clássicos até chegar aos atuais sistemas de informação na plataforma web que permitem manter exaustivas bases de dados estruturadas de acordo com as normas do MERCOSUL, que inclusive permitirá a troca de informações com outras autoridades sanitárias da região, na perspectiva de aprovação da livre circulação de profissionais. O progresso ainda é necessário para a transição do registro em papel para o registro informatizado e na melhoria da qualidade dos dados (ARGENTINA, 2015, p. 86, tradução do autor).

Além disso, o avanço observado quanto à forma desses registros serem feitos, o país vem buscando a incorporação de tecnologias de registros, buscando assim a melhor qualidade dos dados obtidos, sendo permitida a renovação a distância dos títulos habilitantes, conforme observado. Esses dados devem ter uma plataforma de Web-Service para poder haver a transmissão dos dados profissionais entre os países do bloco, conforme demandado pela Matriz Mínima de registro profissional do bloco.

3.2.3.3. Acordo de localidade fronteiriça entre Brasil e Uruguai

O Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho para Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde, foi firmado no ano de 2008 entre República Federativa do Brasil e a República Oriental do Uruguai.

O referido acordo não foi firmado no âmbito do MERCOSUL, trata-se de um acordo bilateral entre as duas repúblicas, contudo esse será abordado de forma breve no presente estudo, tendo em vista que ambas as nações proponentes fazem parte do bloco e referido

acordo impacta as fronteiras regionais do MERCOSUL. Além disso esse já foi debatido nas reuniões da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional responsável por debater os recursos humanos de saúde no bloco (SILVA, 2010).

O referido Acordo encontra-se vigente, sendo assinado em 2009 e promulgado pelo Decreto 7.239 de 2010, contudo o instrumento possui alguns obstáculos para sua implementação plena. Assim, foi criada a Comissão Binacional Assessora em Saúde, para assessorar e monitorar a implementação do instrumento normativo, esta comissão possui participação de membros das três esferas governamentais.

A Comissão Binacional Assessora em Saúde foi criada pelo Ajuste Complementar e tem como atribuição fiscalizar sua implementação, sendo composta, paritariamente, por representantes dos níveis centrais, estaduais e municipais dos dois países. Por isso, muitas vezes, ela é instância privilegiada para a articulação entre os governos em diferentes níveis e colabora para a discussão dos temas de interesse e dos desafios para a região (BRASIL, 2018, et. al. p. 248).

Um dos empecilhos para o acordo entrar em vigor plenamente perpassa exatamente pela questão dos Recursos Humanos em Saúde, isso pois a referida normativa prevê a prestação de serviços de saúde nas fronteiras, incluindo a possibilidade da contratação de profissionais de saúde.

Artigo III: O Contrato

1. A prestação de serviços de saúde será feita mediante contrato específico entre os interessados de cada país.
2. As Partes contratantes serão pessoas jurídicas de direito público e de direito privado e as Partes Contratadas, pessoas jurídicas de direito público, pessoas jurídicas de direito privado ou pessoas físicas.
3. Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema de Saúde de cada Parte.
4. O contrato terá por objeto a prestação dos seguintes serviços de saúde humana, entre outros:
 - a) serviços de caráter preventivo;
 - b) serviços de diagnóstico;
 - c) serviços clínicos, inclusive tratamento de caráter continuado;
 - d) serviços cirúrgicos, inclusive tratamento de caráter continuado;
 - e) internações clínicas e cirúrgicas; e
 - f) atenção de urgência e emergência. (BRASIL, 2010)

Após a promulgação do acordo os municípios fronteiriços brasileiros de Santa Vitória do Palmar/RS e Santana do Livramento/RS contrataram médicos uruguaios para a prestação de serviços de saúde, isso sem a revalidação de diplomas pelo Ministério da Educação do Brasil e a inscrição no Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul, o que contraria a norma nacional existente (SILVA, 2010).

Essas contratações geraram contradições e grande discussões no Brasil, os embates não foram bem-sucedidos e então acarretaram processos judiciais numeradas Ação Civil Pública nº 5001272-80.2010.404.7101/RS (Santa Vitória do Palmar) e Ação Ordinária nº 5000574-25.2011.404.7106/RS (Santana do Livramento). Ambas se encontram em ainda em apreciação da justiça sobre a temática, emperrando o avanço pleno do Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho para Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios.

4. O SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL, IMPACTOS EM RECURSOS HUMANOS ORIUNDOS DO MERCOSUL E ASSIMETRIAS EM SAÚDE NO BLOCO QUE DIFICULTAM A INTEGRAÇÃO.

No presente capítulo, abordaremos o sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde, analisando o histórico de criação deste sistema, suas atribuições e composição, além de seus desafios enfrentados. Após essa introdução, será discutido brevemente o modelo regulatório de recursos humanos do Brasil e os impactos no Sistema de Saúde do Brasil advindos das políticas do MERCOSUL. Por fim, o autor fará um breve panorama a respeito das assimetrias entre os Estados do MERCOSUL e como isso vem afetando o processo pleno de integração.

4.1. O Sistema de Saúde do Brasil

4.1.1. Histórico

O presente estudo iniciará o contexto histórico do sistema de saúde brasileiro pelo início do século XIX e século XX, na denominada República Velha, de 1889 a 1930, nessa época o que se o Brasil possuía um sistema de saúde desorganizado, com falta de comunicação entre as instituições e entre os estados e o governo central. Nesse sistema, o Estado intervinha pouco na saúde, o que ocorria basicamente quando o indivíduo próprio não conseguia responder por si ou quando as instituições privadas não conseguiam atender as necessidades populacionais.

Uma parte que compunha a organização sanitária não estabelecia relações com as outras, atuando de forma estanque e com propósitos bastante diversos, às vezes fazendo as mesmas coisas. Essa duplicação de esforços fazia com que se desperdiçassem recursos, resultando em dificuldades para resolver os problemas de saúde da população que se urbanizava, ao tempo que aumentava o número de indústrias. Esse não sistema foi formado ao longo do século XX, tendo como marca principal a separação entre as ações de saúde pública e as de assistência médico hospitalar (PAIM, 2015 et al., p. 21).

Essa forma de sistema de saúde mostrou-se ineficaz ao longo dos anos, especialmente no combate a grandes epidemias sofridas pelo país, febre amarela, varíola e peste, que acarretaram perdas econômicas severas na economia agrária do país. Isso deu força ao já crescente movimento para haver uma reforma sanitária, e criações de instituições do poder

público responsáveis pelo monitoramento e atenção à saúde da população e instituições científicas de pesquisa biomédica e farmacêutica, cabe salientar que não havia um Ministério da Saúde no país como órgão central (PAIM, 2015).

A saúde começou a ser tratada como uma temática de interesse público a partir de 1930, após o surto das endemias, teve-se então a criação de um Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), órgão o qual era responsável por coordenar as campanhas sanitárias. Somente em 1953 foi instituído o órgão central para abordar as temáticas de saúde pública, o Ministério da Saúde, que ainda continuava focado nas campanhas sanitárias de combate as endemias.

A parte do serviço público de saúde existia dois outros subsistemas o previdenciário e o dos demais trabalhadores, o primeiro era destinado somente para os trabalhadores do mercado formal que possuíam carteira de trabalho assinada, era retida uma parte do soldo dessas pessoas para contribuição com esse subsistema. Esses eram divididos em diversas categorias de trabalhadores (bancários, comerciários industriários etc.), até uma unificação de todos esses no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS).

O subsistema ligado aos demais trabalhadores era baseado na medicina de grupo, sendo essa como uma grande empresa de saúde responsável por ofertar serviços de saúde para demais empresas, assim seus trabalhadores não sobrecarregando o sistema previdenciário. Essas tinham incentivos fiscais para a realização desse tipo de medicina, e os demais trabalhadores autônomos também podiam contratar os serviços de assistência em saúde (PAIM, 2015).

O sistema de saúde brasileiro entrava em crise, pois era extremamente descentralizado, contando diversos atores nacionais e estaduais que eram responsáveis por prestar esses serviços, sendo uma das figuras centrais da atenção à saúde no sistema existia a figura do Ministério da Previdência e Assistência Social, que gerencia seus pensionistas.

Naquele ano de 1975 foi sancionada a lei n. 6.229, que criava o Sistema Nacional de Saúde e definia as competências dos seus componentes. Houve certo reforço no orçamento do Ministério da Saúde e foram implantados programas de extensão de cobertura de serviços de saúde em áreas rurais, especialmente no nordeste do país, e foi também organizado o Sistema de Vigilância Epidemiológica (lei n. 6.259/75), separado da Vigilância Sanitária. Diversos programas especiais de controle de doenças e de atenção a grupos prioritários, como o materno-infantil, foram implementados no período. No âmbito da medicina previdenciária, foi criado, em 1977, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), incorporando o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (Ipase) que, junto com o Fundo de Apoio ao Trabalhador Rural (Funrural) e a Legião Brasileira de Assistência (LBA), sucedeu ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), oferecendo serviços de saúde para amplos contingentes da população (PAIM, 2015 et al., p. 24).

Destaca-se aqui também a importância das Conferências Nacionais de Saúde, que eram foros de discussão entre as principais instituições de saúde do Brasil, público e privadas, além de cientista e pesquisadores da área e participação popular. Essas ocorriam desde o ano de 1940, porém essas possuíam menos força em seu início, além de serem muito espaçadas demorando 10 anos entre o primeiro e o segundo encontro.

A partir de 1975, com a V Conferência Nacional de Saúde a temática de saúde pública e da criação de um sistema de saúde propriamente dito ganharam força. Ao longo dos cinco anos subsequentes ocorreram mais duas outras reuniões, abordando temáticas relacionadas a formação, interiorização dos serviços de saúde, ampliação da saúde por meio de serviços básicos e a Política Nacional de Saúde (FIOCRUZ, 2021).

No ano de 1986 ocorreu uma conferência que pode ser considerada histórica para a saúde brasileira, a VII Conferência Nacional de Saúde. Esta conferência chegou-se ao entendimento de que a saúde deve ser considerada um direito, e por consequência que o Estado deveria promover seu livre acesso, isso passando pela necessidade de uma reformulação do Sistema Nacional de Saúde, que deveria atender a todas as necessidades sanitárias do país.

Durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foram sistematizados e debatidos por quase cinco mil participantes diversos estudos e proposições para a RSB. O relatório final do evento inspirou o capítulo “Saúde” da Constituição, desdobrando-se, posteriormente, nas leis orgânicas da saúde (leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90), que permitiram a implantação do SUS. Na medida em que essas propostas nasceram da sociedade e alcançaram o poder público, mediante a ação de movimentos sociais e a criação de dispositivos legais, o SUS representa uma conquista do povo brasileiro (PAIM, 2015 et al., p. 25).

O Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde pode ser considerado como a base do SUS, aproveitando o momento de redemocratização do país, as demandas da referida conferência foram enviadas ao Congresso Nacional e entram então na nova constituinte nacional, das leis nº 8080/90 e nº 89142/90.

Assim em 1988 o SUS nasce junto com a nova constituição do Brasil. Nesta, a Saúde ganha uma seção a parte, que vão dos artigos 196 ao 200, assim a saúde passa a ser universal no país, tendo ramificações nas áreas pública e privada.

Seção II DA SAUDE. Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. [...] Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita

diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

4.1.2. O Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde trouxe o conceito da universalidade da saúde no país, universalidade e igualdade no acesso, na promoção, na proteção e recuperação a saúde. O modelo vem em substituição aos anteriores adotados, no qual para se ter acesso aos serviços de atenção a saúde as pessoas precisam ser trabalhadoras e ter uma contribuição mensal para o sistema.

Com a criação do SUS o Ministério da Saúde passa a ter uma função central na administração da saúde pública, porém essa responsabilidade também é dividida nas demais esferas de governo. Com o modelo tripartite, todos os entes de governo (federal, estadual e municipal) possuem responsabilidades dentro do Sistema.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I -descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II -atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento) (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000). (BRASIL, 1988)

Ao Sistema único coube segundo a constituição:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988)

Essa ampla gama de atribuições, torna o SUS um sistema de saúde complexo, que deve permitir o acesso de toda população, sem qualquer tipo de barreira ou preconceito, promovendo a equidade em saúde, um conceito importante para o sistema, pois isso permite ao sistema (nos termos legais) dar prioridade a certo tipo de população em detrimento do nível de urgência e de prioridade detectada (PAIM, 2015).

Dentro do SUS também está incluída a livre iniciativa privada, com isso o Sistema passa a contar com dois sistemas internos de saúde (público e privado), um complementando o outro. Com isso o setor privado pode suprir eventuais necessidades que o Estado por si só não é capaz de cumprir, seja pela ausência de recursos ou por opção do usuário, sendo que existem sistemas de ressarcimento do governo para o sistema privado no primeiro caso.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização (BRASIL, 1988)

O SUS, ainda segundo a Constituição Federal, tem como objetivos fundamentais a descentralização em cada esfera de governo, atendimento integral dos cidadãos e participação popular. Com isso a esfera municipais tem grande importância para o sistema, pois essas conseguem identificar com maior clareza as necessidades específicas de suas populações, tendo a tomada de decisão local e não somente na capital do país (PAIM, 2015).

O Sistema Único de Saúde, além da Constituição Federal, é amparado juridicamente pela lei de nº 8.080 de 1990, que

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, e de nº 8.142 de 1990, que Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. (BRASIL, 1990)

A Lei nº 8.080, funciona como um marco regulador do SUS, descrevendo suas atividades e obrigações de maneira detalhada, descrevendo as obrigações sanitárias e econômicas de cada ente federativo. Porém a lei não se atém somente a descrição do sistema de saúde, ela descreve saúde com o um todo, como uma responsabilidade do Estado, de empresas e cidadãos, com a admissão da participação da sociedade na organização do sistema e na prevenção de epidemias.

Na mesma linha estabelecida pela Constituição, na lei n. 8.080/90 destacam-se as políticas econômicas e sociais a serem reformuladas e executadas para a redução de riscos de doenças e outros agravos à saúde, tais como acidentes, intoxicações ou violências. Antes mesmo de definir o SUS, estabelece que o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (parágrafo segundo). Portanto, todos são corresponsáveis pela saúde da comunidade, sem que isso reduza a obrigação do Estado de assegurar o direito à saúde. Esta ideia fica ainda mais clara quando na lei se afirma que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (parágrafo terceiro) (PAIM, 2015, p. 36).

Através da Lei nº 8.080/1990, são criadas duas instituições descentralizadoras o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), sendo essas instancias que representam os interesses de governos e populações em níveis estaduais, distritais e municipais.

Já a Lei nº 8.142/1990 versa com relação a importância da participação popular e criação de instituições de administração e monitoramento das ações dentro do Sistema Único de Saúde, por meio dessa lei se consolidam a Conferência de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde. A Conferência tem, um papel de avaliação da situação de saúde do país, propondo assim caminhos para a formulação de políticas de saúde, ela ocorre a cada quatro anos coordenada pelo Poder Executivo.

O Conselho Nacional de Saúde, constituído pela referida lei, é um órgão colegiado permanente do SUS, esse tem representações de governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuário do sistema. Tem como objetivos a atuação na formulação de estratégias para o sistema e no monitoramento de execução das políticas de saúde, incluindo as questões de financiamento. A Lei nº 8.142/1990 também versa sobre o fundo Nacional de Saúde, e como são distribuídos os recursos provenientes desse fundo, sendo essencial o investimento

em cobertura ambulatorial e hospitalar em todo território nacional, assim como a melhoria da rede de serviços do SUS.

4.1.2.1. Desafios do Sistema Único de Saúde

Se tratando de um sistema de saúde complexo, conforme observado, o SUS vem enfrentando desafios para se tornar um sistema de atenção e atendimento universal, conforme foi proposto em 1990. São diversos os desafios, foram destacados três no presente estudo sendo eles a distribuição de recursos para todo o país, a dependência do setor privado e a sustentabilidade do sistema.

Com relação a distribuição de recursos do sistema, esse é um desafio para o SUS derivado de diversos fatores, um deles é o do tamanho continental do Brasil, o que demanda uma logística grande para se alcançarem os setores interioranos do país. Outra questão é que os meios de produção essenciais se encontram nos grandes centros do país, especialmente na região Sudeste, que já detém uma grande população concentrada em seus estados, com isso a região produz e consome a maioria de insumos de saúde (PAIM, 2015).

O Sistema Único de Saúde também possui uma dependência do setor privado, especialmente nos setores de média e alta complexidade, sendo esse um sistema que também prevê a participação do capital privado esse não deveria ser um grande problema, a questão é que usuários que necessitam desses serviços veem sofrendo certos pré-conceitos no atendimento, ou o estabelecimento privado não possui um convenio de atendimento e futuro reembolso com SUS.

No que diz respeito à prestação de serviços de saúde, o SUS apresenta certos gargalos, que têm impedido uma atenção oportuna e integral às pessoas. Assim, a grande maioria dos estabelecimentos de apoio diagnóstico e de tratamento é privada e, destes, apenas uma parcela relativamente pequena presta serviços ao SUS. Para que usuários tenham acesso a serviços especializados e exames complementares, o SUS apresenta uma extrema dependência em relação ao setor privado, nos níveis secundário e terciário (média e alta complexidade). Os prestadores de serviços, embora busquem contratos, credenciamentos ou convênios com o SUS, muitas vezes discriminam seus pacientes, seja dificultando o acesso, ao priorizar consumidores de planos de saúde privados na marcação de consultas ou exames, seja impondo uma porta de entrada distinta com acomodações mais precárias, para não misturar usuários do SUS com a clientela particular e de planos de saúde (PAIM, 2015 p. 83).

Essa dependência é prejudicial para o atendimento universal do sistema, uma das motivações pode ser a falta de financiamento e investimento na atenção especializada a saúde, a falta de profissionais ou a má distribuição destes profissionais, que se concentram

essencialmente nos grandes centros. É possível observar um crescimento nas políticas de gestão de recursos humanos nos últimos anos, para tentar melhorar a distribuição de profissionais de saúde, especialmente nas regiões interioranas do país (PAIM, 2015).

Por fim, tem-se como um desafio a sustentabilidade econômica e tecnológica do sistema. Com relação a econômica, podemos observar que esse é um desafio que sempre acompanhou o sistema, sendo incluído na Constituição Federal responsabilidades aos entes federativos das três esferas de governo, com relação ao financiamento do sistema. Ainda é possível observar gargalos assistências derivados de falta de investimentos, esses comumente são derivados de corrupção, crises institucionais ou ainda crises econômicas locais e mundiais.

Não bastam apenas recursos para o custeio, isto é, para o funcionamento dos serviços existentes. Considerando tantos vazios assistenciais no país, é imperioso um plano de investimentos, para assegurar a expansão da infraestrutura dos serviços da saúde. A relação público-privado deve ser revista, inclusive no que concerne à ampliação do gasto público, para que este seja proporcionalmente maior que o privado. Na busca da sustentabilidade econômica, o SUS precisa enfrentar a instabilidade e a insuficiência do financiamento, bem como a falta de investimentos na rede pública. Desse modo, poderá responder aos problemas da distribuição desigual dos recursos e da infraestrutura, bem como do acesso insuficiente e da qualidade insatisfatória (PAIM, 2015, p. 87)..

A sustentabilidade tecnológica do sistema, pode ser considerada um desafio mais recente na história do SUS, essa perpassa também pelo investimento em infraestrutura do país. O Brasil possui alguns centros de referência em ciência de saúde, como indústrias farmacêuticas nacionais e grandes polos de pesquisa como o Instituto Butantã e a Fundação Oswaldo Cruz, porém é necessário um maior investimento nesses centros, investimentos esses que proveem dos setores público e privado, para o país poder se afirmar autossuficiente em insumos sanitários.

A sustentabilidade científico-tecnológica implica ampliar a produção de conhecimentos mediante pesquisas, desenvolvimento tecnológico e inovações, que tornem o país menos dependente em relação aos insumos necessários ao funcionamento do SUS. A regulação e a participação estatal no complexo industrial da saúde constituem medidas relevantes na construção dessa autonomia, além do apoio ao desenvolvimento de programas de pesquisas, a exemplo do recente Programa de Pesquisa do SUS (PP-SUS) (PAIM, 2015, p. 88).

4.1.3. Regulação Profissional em Saúde no Brasil

Para o Estado brasileiro podemos definir a regulação das profissões de saúde como um “conjunto de diretrizes, de padrões ou de procedimentos instituídos pelo governo, pelas comunidades e por grupos sociais para conformar o comportamento dos profissionais nas

diversas atividades econômicas e sociais”, segundo o Ministério da Saúde do Brasil (CEPEDISA, 2020).

Com relação as atribuições administrativas e jurídicas dessa regulação, no Brasil a regulação das profissões de saúde é uma atribuição dividida entre órgãos da administração direta e indireta, sendo esses Ministérios e Conselhos Federais.

Temos como os principais órgãos da administração direta envolvidos na regulação profissional o Ministério da Educação com a validação e oferta de cursos superiores nas áreas de saúde, o Ministério da Economia, antigo Ministério do Trabalho, para a inclusão de novas ocupações profissionais e análise de criação de profissões de saúde. Além disto temos o Ministério da Saúde que participa em ambas as análises citadas, monitorando e ofertando cursos de saúde em graduação e a pós graduação em saúde e analisando a criação de novas profissões de saúde no Brasil (CEPEDISA, 2020).

Com relação aos órgãos da administração indireta, no Brasil existem as figuras administrativas dos Conselhos Federais das Profissões de Saúde, sendo esses representantes do governo, sendo autarquias, responsáveis pela fiscalização, regulação, monitoramento do cadastro dos profissionais ativos, deontologia das profissões e promoção das atividades profissionais, através de congressos, seminários, eventos, etc.

Essas autarquias são criadas por meio de leis que definem competências as profissões de saúde, após esse processo são feitos decretos presidenciais que descrevem o funcionamento e atribuições dessas autarquias.

Assim, somente o presidente da República detém a competência constitucional para expedir decretos ou para propor projetos de lei que criem conselhos de fiscalização profissional ou que atribuam tal incumbência a um órgão ou entidade componente da Administração Pública Federal. Logo, torna-se necessário alinhar a garantia da fiscalização profissional aos interesses regulatórios do presidente da República (CEPEDISA, 2020, p. 24).

O Quadro 07, a seguir, lista os Conselhos Federais das profissões de saúde de nível superior reconhecidas no Brasil, por meio da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 287, de 10 de outubro de 1998.

Quadro 7 - Lista com os Conselhos Federais das Profissões de Saúde no Brasil

Conselhos Federais das Profissões de Saúde	Lei de Criação
Conselho Federal de Biologia	Lei nº 6.684, de 3 de setembro de 1979
Conselho Federal de Biomedicina	Lei nº 7.017, de 30 de agosto de 1982
Conselho Federal de Educação Física	Lei nº 9.696, de 1 de setembro de 1998
Conselho Federal de Enfermagem	Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986
Conselho Federal de Farmácia	Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960
Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional	Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975
Conselho Federal de Fonoaudiologia	Lei nº 6.965, de 9 de dezembro de 1981
Conselho Federal de Medicina	Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957
Conselho Federal de Medicina Veterinária	Lei nº 5.517, de 23 de outubro de 1968
Conselho Federal de Nutricionistas	Lei nº 6.583, de 20 de outubro de 1978
Conselho Federal de Odontologia	Lei nº 4.324, de 14 de abril de 1964
Conselho Federal de Psicologia	Lei nº 5.766, de 20 de dezembro de 1971
Conselho Federal de Serviço Social	Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993

Fonte: Elaborado pelo autor.

Sendo órgãos da administração pública indireta e que possuem autonomias normativas, essas entidades constantemente entram em conflitos jurídicos entre si e com os órgãos da administração pública direta, entre eles o Ministério da Saúde. Essa situação representa um desafio para o Sistema Único de Saúde, tendo em vista que a judicialização atrasa a criação de normativas definitivas sobre as competências de cada profissão, além de confundir o usuário final do sistema sobre qual profissional pode realizar os tipos de procedimentos desejados (AITH, 2018).

4.1.4. Avanços da política pública de Recursos Humanos em Saúde do MERCOSUL

A cooperação internacional do Brasil com os demais países do globo nos assuntos relacionados à saúde é extensa e vem se aprimorando ao longo dos anos, especialmente com relação às temáticas de medicamentos, atenção e cuidados e vigilância em saúde. Isso condiz com o mundo cada vez mais globalizado dos dias atuais, na qual pode-se encontrar desafios comuns a endemias que assolam populações de maneira geral (BRASIL, 2018).

No contexto do MERCOSUL, o cenário é semelhante, tendo o SGT-11 avançado em políticas de saúde voltadas à vigilância sanitária e controle de fronteiras entre os países membros como destaque, estabelecendo normas sanitárias comuns para o bloco, especialmente para importação e exportação de produtos (BRASIL, 2018).

Com relação à política de Recursos Humanos em Saúde do MERCOSUL, o Brasil vem buscando, ao longo dos anos, o cumprimento dos acordos firmados na SCOEJER, focados especialmente na regulação profissional em território nacional e na formação

profissional, este tema em o Ministério da Saúde atua em Conjunto com o Ministério da Educação.

Com a aprovação da Matriz Mínima de registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL, data pela Resolução GMC 27/2004, o Ministério da saúde do Brasil redigiu a Portaria nº 552, de 13 de abril de 200, na qual aprova a referida resolução e inicia o processo de internalização da mesma. Isso com a consideração de que os países membros ainda não possuíam os sistemas de informação que suportassem o cumprimento pelo da referida matriz.

O caso brasileiro para a implementação plena da Matriz Mínima é diferenciado dos demais países do bloco, isso pois o Ministério da Saúde do Brasil não é o órgão centralizador do registro, da regulamentação e da fiscalização profissional em saúde. Essa competência cabe aos Conselhos Federais das profissões de saúde, que são autarquias federais, conforme explicitado anteriormente. Com isso, para que o posicionamento brasileiro na SCOEJER/SGT-11 fosse alinhado em todos os níveis governamentais e para defender os melhores acordos para a população brasileira, identificou-se a necessidade da criação de um espaço colegiado que reunissem os atores de governos para abordagem da temática internacional.

Para contribuir na atuação da Coordenação Brasileira da SCODEP na participação em reuniões ordinárias do SGT-11, foi institucionalizado, em 2006, o Fórum Permanente MERCOSUL para o Trabalho em Saúde (FPMTS). Entre os objetivos do FPMTS estão o de proporcionar um espaço de diálogo entre gestores e trabalhadores da saúde e o de apresentar proposições que auxiliem a formulação de políticas para a gestão do trabalho e da educação em saúde. (ARGENTINA, 2015, p. 67)

O Fórum Permanente MERCOSUL para o Trabalho em Saúde (FPMTS), foi instituído por meio da Portaria nº 929, de 02 de maio de 2006, tendo como objetivo fundamental o de ser um espaço de diálogo entre gestores federais e trabalhadores da saúde, das profissões reconhecidas pelo CNS, além de propor formulação de políticas, em nível internacional, referentes a gestão do trabalho e da educação em saúde.

Na referida portaria constavam como membros do FPMTS as Secretarias do Ministério da Saúde, além da SGTES/MS estavam Secretaria de Atenção à Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Gestão Participativa. Demais instituições ligadas o Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

Os Ministérios da Educação e do Trabalho e Emprego também constavam na lista de representações, assim como Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), • Integrantes do Fórum Nacional dos Conselhos Federais da Área de Saúde (Conselhos Federais de Biologia,

Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutricionistas, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Técnicos de Radiologia). Além de Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), fortalecendo o aspecto tripartite do Sistema Único de Saúde, entre outras instituições.

O referido espaço de discussão, realizava suas reuniões semestralmente, antecedendo as reuniões das Presidências-Pró Tempores do MEROCSUL, nelas os representantes do Ministério da Saúde traziam as pautas do bloco, com a temática de Recursos Humanos em Saúde, para serem debatidos entre as referidas instituições. Com isso auxiliando o Ministério da Saúde, órgão central, a formar um posicionamento final a ser levado a SCOEJER-SGT11.

O Fórum Permanente MERCOSUL para o Trabalho em Saúde foi extinto por meio do Decreto nº 9.507, de 21 de setembro de 2018, assim como alguns espaços colegiados dentro do Governo Federal.

Com relação as mudanças formais de legislação em Recursos Humanos em Saúde, oriundas das políticas do MERCOSUL podem-se destacar os acordos de reconhecimento entre entidades profissionais e a elaboração de acordos para a gestão de informações oriundas do bloco.

Entre os aspectos que envolvem a elaboração de legislação em torno do assunto, ocorreu a participação do Brasil no processo de construção do MERCOSUL e principalmente a aprovação da Decisão/GMC 25, de 2003, que estabeleceu as “Diretrizes para a Celebração de Acordos Marco de Reconhecimento Recíproco entre Entidades Profissionais e a Elaboração de Disciplinas para a Outorga de Licenças Temporárias”. Foram, igualmente, aprovadas as “Funções e Atribuições dos Centros Focais de Informação e Gestão” e o “Mecanismo de Funcionamento do Sistema”, os quais criaram um cenário que exigia maior interação entre o MS e as entidades de representação de categoria profissional (ARGENTINA, 2015, p. 67)

Pode-se ainda destacar que o Brasil desenvolveu sistemas de informação para abrigarem os dados dos profissionais de saúde previstos na Matriz Mínima, porém estes não entraram em funcionamento devido a falta de dados informados ao Ministério da Saúde por parte dos conselhos, além de demais fatores tecnológicos de internalização. Foram realizados acordos entre alguns dos Conselhos Federais das profissões de saúde para compartilhamento de informações com o Ministério da Saúde, novas possibilidades de envio dessas informações aos países membros do MERCOSUL estão sob análise (SECRETARIA ADMINISTRATIVA DEL MERCOSUR 2018/2).

No Brasil os profissionais formados no MERCOSUL passam pelo processo de reconhecimento de diplomas submetido pelo Ministério da Educação, podendo incluir exames acadêmicos a serem realizados, especialmente para a área de Medicina. Contudo existem

processos de acreditação de instituições de ensino próprio do bloco, o Sistema de Acreditação Regional de Cursos de Graduação do MERCOSUL e Estados Associados (Arcu-Sul).

Sistema de Acreditação Regional de Cursos de Graduação do MERCOSUL e Estados Associados (Arcu-Sul) é um mecanismo permanente de acreditação regional do Setor Educacional do MERCOSUL. Seu objetivo é dar garantia pública, na região do MERCOSUL e dos estados associados, dos níveis de qualidade acadêmicos e científicos dos cursos. Os países participantes são Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai, Bolívia, Chile, Colômbia, Equador e Peru.

A acreditação segue critérios regionais elaborados por comissões consultivas, sob a coordenação da Rede de Agências Nacionais de Acreditação (Rana). Esse mecanismo respeita as legislações nacionais, e a adesão por parte das instituições de educação superior é voluntária. (ARCU-SUL - INEP, 2021)

A acreditação é válida para cursos de diversas áreas, incluindo alguns cursos das profissões de saúde reconhecidas no Brasil, sendo eles Enfermagem, Medicina, Medicina Veterinária e Odontologia (ARCU-SUL - INEP, 2021).

Contudo, a internalização da Mariz Mínima de Registro Profissional do MERCOSUL não alterou as regras existentes de ingresso profissional no Brasil, tampouco alterou as normas aplicadas a profissionais das regiões fronteiriças. Com isso, não cumprindo o objetivo de haver um livre trânsito entre profissionais formados no bloco.

A adoção da MMRP não altera as atuais regras de ingresso no mercado de trabalho brasileiro, uma vez que, por si só, não é capaz de permitir a livre circulação de profissionais da área da saúde, mantendo-se a mesma estrutura de ingresso no mercado de trabalho por meio de revalidação de diploma emitido no exterior. ” (ARGENTINA, 2015, p. 69)

4.2. As Relações das Assimetrias dos Países Membros que refletem nas dinâmicas afetas aos Recursos Humanos de Saúde do MERCOSUL.

O bloco de integração regional MERCOSUL possui assimetrias visíveis entre seus países membros, muitas dessas impedem seu avanço para a criação de um legítimo Mercado Comum dos países da América do Sul, que é o principal objetivo do bloco. Isto pode ser visível como por exemplo na temática da economia com relação as políticas tarifárias de importação de produtos.

O MERCOSUL possui uma Tarifa Externa Comum (TEC) que rege, ou tenta reger, a política tarifária para todos os países membros do bloco. Com isso as tarifas de produtos importados deveria ser a mesma para todo o bloco, evitando assim discrepância de preços de produtos oriundos do exterior para os países membros.

A incorporação da TEC suprimiu em grande medida a autonomia do Poder Executivo em alterar as alíquotas da tarifa aplicável às importações destinadas ao

mercado brasileiro. A partir do Decreto nº 1.343, a TAB era abolida como designação da tarifa brasileira, que somente poderia ser modificada com o consenso de todos os membros do MERCOSUL conforme previsão do art. 37 do Protocolo de Ouro Preto (REIS, 2014, p. 167).

A grande questão desta tarifa é que esses mesmos países fazem parte da Organização Internacional do Comércio (OMC), que possui um rol de produtos na qual já estão fixados valores de importação por cada um dos países do mundo, sendo vedado o aumento dessas tarifas sem a justificativa considerada adequada.

Assim, as assimetrias começam a travar a integração regional, pois existem produtos que possuem grandes diferenças entre as taxas de importação entre Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, e não sendo de interesse deste aumentarem estas taxas para equalizar a situação no bloco, pois se o fizerem estarão sujeitos a retaliações oriundas da OMC (REIS, 2014).

Trazendo a discussão para o tema principal do presente estudo, conforme apresentado nos capítulos anteriores, os sistemas de saúde dos países possuem grande assimetrias entre si que vão desde o tipo de cobertura que cada um oferece a população de maneira geral até as legislações sobre que regem cada um deles.

Dentre as diversas assimetrias que o bloco de integração regional MERCOSUL possui, conforme observado nos capítulos anteriores, o autor selecionou algumas como principais barreiras para o desenvolvimento da integração regional no setor de Recursos Humanos para a Saúde.

4.2.1. Assimetrias nos Sistemas de Saúde dos Países membros

Podemos observar que as assimetrias com relação ao tema “Saúde” se iniciam nos próprios tipos de sistema de saúde adotados nos países membros do MERCOSUL. Tendo a Argentina e o Paraguai sistemas mistos, e Brasil e Uruguai possuindo sistemas únicos de saúde.

Apesar de todos os referidos países trazerem em à saúde da população como um direito constitucional, a maneira de tratamento dado em cada sistema é diferenciada, tendo os sistemas mistos uma grande prioridade as “obras sanitárias” ou “seguros de saúde” que são dados como contribuição compulsórias pelos trabalhadores, por meio de desconto direto do soldo. E o sistema totalmente público atende a população que não possui empregos ou possui alguma fragilidade específica, assim o governo federal ficando responsável pelo tratamento dessa população (MACEIRA, 2005).

Enquanto isso os sistemas únicos de saúde agem, assim como dito em seu nome, de maneira única, tendo o setor de saúde pública e o setor de saúde suplementar (privado). Nessa forma de sistema de saúde podem coexistir clínicas, hospitais e demais locais de atenção e assistência à saúde públicas e privadas.

O sistema público tenta atingir a população de maneira geral, mas quando não consegue fazer isso com estrutura própria pode custear o tratamento para a população em estruturas do setor privado. Isso também pode ficar a escolha do usuário final, quando opta por pagar em particular sua assistência ou optar por um plano de saúde que custeará suas despesas médicas (FIOCRUZ, 2021).

Ressaltando que o sistema de saúde único do Uruguai é composto basicamente pelo sistema público, com poucos espaços privados de saúde, isso pois possui uma população pequena e pouco espaçada, já o sistema brasileiro possui muitos espaços privados, com e sem fins lucrativos, tendo em vista o tamanho territorial e populacional, com isso tendo uma melhor forma de atenção à saúde no país.

4.2.2. Assimetrias nas Legislações de Recursos Humanos em Saúde dos Países membros

Com relação as normativas e ao processo de regulação dos Recursos Humanos em Saúde no MERCOSUL pode-se observar uma semelhança em três países, Argentina, Paraguai e Uruguai, tendo apenas o Brasil a maior diferença entre os países membros.

Conforme observado no decorrer do presente estudo a maioria dos países membros do MERCOSUL possui um sistema centralizado de regulação e regulamentação dos profissionais de saúde. Com isso, cabe ao órgão da administração direta, no caso o Ministério da Saúde de cada país registrar, normatizar e fiscalizar os trabalhadores da saúde. Além de contarem com o apoio do Ministério da Educação, e no caso do Uruguai com a Universidade Nacional, para realizar o reconhecimento de diplomas estrangeiros.

O caso do Brasil se difere dos demais Estados, tendo o país uma forma descentralizada de regulação profissional. Neste caso foram criadas autarquias federais que ficam responsáveis por registrar e fiscalizar os profissionais, além de realizarem algumas normativas para a atuação destes.

O órgão da administração direta, no caso do Ministério da Saúde, acompanha o trabalho dos Conselhos Federais das profissões de Saúde, além de criar algumas normativas para e auxiliar o Congresso Nacional na criação de Leis vinculantes a estes profissionais.

Além disto, o Ministério também realiza a promoção e capacitação para as diversas profissões e ocupações das áreas de saúde, a fim de tornar o atendimento ao cidadão mais exitoso. No caso do reconhecimento de diplomas das profissões de saúde o Ministério da Educação é o responsável pelos parâmetros a serem seguidos no reconhecimento, sendo necessário em alguns casos a realização de provas de conhecimento profissional (AITH,2018).

4.2.3. Assimetrias governamentais do MERCOSUL

Uma das grandes dificuldades enfrentadas no desenvolvimento das pautas sociais do MERCOSUL são as mudanças governamentais que influenciam a forma com que o Estado coopera e avança no bloco de integração regional. Isso pode ser observado até mesmo com a criação de pautas sociais dentro do bloco em 2006, quando os países possuíam governos aliados com essa visão estratégica de desenvolvimento (OLIVEIRA, 2017).

Ao longo dos anos os Recursos Humanos em Saúde, não diferentemente das demais temáticas sociais, sofrem com esses movimentos, caminhando mais rapidamente ou vagarosamente no desenvolvimento das políticas públicas.

4.2.4. Assimetrias tecnológicas em na área de saúde do MERCOSUL

Outra assimetria, para o desenvolvimento dos Recursos Humanos em Saúde entre os países membros identificados, é quanto ao avanço das questões tecnológicas, que apesar de serem observados como quesitos técnicos, influenciam diretamente no nível de integração que estes Estados estão preparados para receberem e compartilhar dados referentes aos seus trabalhadores de saúde (MERCOSUL, 2019).

Como visível nas atas de reuniões da SCOEJER-SGT11, ao longo dos anos analisados (2006 a 2019) Estados como o Paraguai e Uruguai não haviam digitalizado totalmente seus sistemas registros de profissionais. A Argentina apesar de possuir o sistema SISA digital, não contava com todas as profissões e especialidades cadastradas, e por fim o Brasil, apesar de possuir sistemas digitais avançados em seus Conselhos Federais das profissões de Saúde, não conseguiu uma compilação no sistema do seu Ministério da Saúde para o compartilhamento.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho, foram analisadas as ações do bloco de integração regional MERCOSUL, voltadas para a política pública de Recursos Humanos em Saúde. Tendo como questionamento de pesquisa: Quais os principais efeitos das ações do bloco de integração regional MERCOSUL na política pública de Recursos Humanos em Saúde dos países membros?

Para tanto, inicialmente tínhamos como hipótese de que existe uma influência deste bloco na organização dos sistemas de saúde de cada país, no quesito recursos humanos para saúde e na regulação do trabalho nas regiões de fronteiras, porém seus efeitos ainda são incipientes.

O prosseguimento da análise e resposta a essa hipótese só foi possível mediante ao alcance dos seguintes objetivos: a) Analisar a trajetória das políticas públicas do MERCOSUL, especialmente a política Recursos Humanos em Saúde; b) Descrever de que forma as políticas públicas de Recursos Humanos em Saúde do MERCOSUL afetaram ações voltadas para a saúde dos países membros (Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai); c) Descrever o Sistema de Saúde brasileiro, apontando brevemente o histórico, as perspectivas e os desafios; d) Analisar, no setor de recursos humanos para saúde, o efeito da gestão das políticas públicas oriundas de acordos no MERCOSUL no Brasil; e) Elaborar uma proposta de projeto no bloco, para ações efetivas com relação aos Recursos Humanos em Saúde.

Em relação ao primeiro objetivo, constatou-se que o MERCOSUL iniciou seus trabalhos nos setores sociais tardiamente, se comparado com o setor econômico, mas tão logo houve esse início a pauta avançou rapidamente com a criação de diversos grupos de trabalho e comissões para discussão dos temas. No setor Saúde, de maneira geral, houveram diversas normas aprovadas que se tornaram legislações incorporadas em todos os países membros, com destaque para as normas sanitárias e de medicamentos aprovados/utilizados no bloco.

Com relação aos Recursos Humanos para Saúde, observa-se que as discussões foram iniciadas em 2004, e dois anos após o início já haviam algumas normativas aprovadas, efeito causado pela proximidade de ideais dos governos eleitos em cada país membro. Contudo ao longo do curso histórico esse avanço não foi tão rápido ou exitoso conforme se previu, passando longos anos para que as normas sejam colocadas em práticas nos Estados partes e atraso em estudos comparativos para reconhecimento de profissões de saúde comuns ao bloco, isso unido a ausência ou falta de interesse de alguns países na participação de encontros importantes para o desenvolvimento das pautas.

No tangente ao segundo, foi analisado os sistemas de saúde e mudanças oriundas do MERCOSUL nos estados partes individualmente, sendo abordado o Brasil em separado. Nesse sentido foi analisado que em geral os países obtiveram avanços, oriundos das discussões abordadas no bloco, porém essa é vista como insípida quando levamos em consideração o tempo de desenvolvimento. Somente no ano de 2019, quinze anos após o início das tratativas se conseguiu um sistema de informações de profissionais na maioria dos países membros.

O avanço lento pode ser justificado pelas assimetrias na quantidade de capital para investimento em saúde de cada Estado, isto em conjunto com a dificuldade destes acompanharem os avanços tecnológicos globais. Contudo, como pode ser observado houve uma dissonância de ideais, oriundos das trocas constates de gestão destes países, que acarretou ausências em reuniões importantes e o menor investimento no setor de recurso humanos para saúde. Isso coloca em risco os interesses no progresso do MERCOSUL por parte destes países, sendo as ações estatais para o desenvolvimento regional mais ou menos forte a depender da pauta dos governos eleitos.

Já o terceiro objetivo contém uma breve descrição do sistema de saúde do Brasil, descrevendo a dimensão e complexidade que o SUS possui. Sendo este sistema tripartite, ou seja, tendo a sua responsabilidade dividida em três partes sendo elas a união, os estados e municípios. Além disto é descrito a forma descentralizada no que tange a regulação dos profissionais de saúde, tendo o país um sistema de conselhos federais responsáveis pela fiscalização e cadastros de seus respectivos profissionais, isto se diferenciando de todos os demais países do MERCOSUL, o que impõe um grande desafio ao Ministério da Saúde na consolidação destas informações para envio os demais estados partes.

No quarto objetivo o presente estudo apresenta especificamente em que contexto as políticas de Recursos Humanos em Saúde oriundas do MERCOSUL afetam os sistemas de saúde do Brasil, suas políticas e normativas. Com isso, pode-se observar que o país pouco avançou na temática no ponto de vista legal, tendo sido a principal resolução sobre o assunto no bloco, a Matriz Mínima de Registros Profissional, internalizada por meio de portaria ministerial, porém não implementada de fato por falta de condições para obtenção e compartilhamento de dados.

Pode-se observar algumas tentativas por parte do governo federal para avançar nestas políticas ao longo dos anos, com a implementação de foros de discussão com os Conselhos Federais das profissões de saúde, além das tratativas entre os Ministérios da Saúde e da Educação para o reconhecimento de diplomas oriundos do MERCOSUL. Contudo, essas

estratégias de trabalho esbarram em normativas nacionais, como leis e decretos, já aprovados anteriormente que impedem o avanço da pauta. Assim, para haver um avanço efetivo no país o Estado deveria agir de forma mais efetiva e alterar normas para facilitar o progresso do bloco, porém isso pode gerar desgaste com intuições já consolidadas e discordância da população, especialmente dos profissionais de saúde nacionais.

Ainda não é possível observar o grande interesse ou necessidade por parte do Brasil nesta integração a ponto de gerar grandes mudanças nos seus processos legislativos para favorecer as políticas internacionais do MERCOSUL.

Após as respostas alcançadas por meio dos objetivos listados acima, pode-se considerar a hipótese inicial de existe uma influência deste bloco na organização dos sistemas de saúde de cada país, no quesito recursos humanos para saúde e na regulação do trabalho nas regiões de fronteiras, porém seus impactos ainda são limitados, confirmada. Faltando aos Estados membros do bloco um maior interesse na cooperação internacional afim de estabelecer a política do MERCOSUL como projetada inicialmente, sendo esta de Estado e não de governo.

Conforme abordado na teoria de relações internacionais do neorrealismo, discutida neste trabalho, os Estados cooperam internacionalmente movidos apenas por interesses particulares, e quando há a falta deste interesse os países acabam por se voltar às questões internas e tendem a abandonar a pauta internacional. Nesse sentido, pode-se observar a falta de interesse dos Estados com a pauta pelo pouco impacto positivo que esta irá trazer ou pela grande necessidade de mudanças legais e estruturais para a realização da cooperação eficaz.

No caso dos Recursos Humanos para a Saúde no MERCOSUL essa falta de interesse na cooperação, por parte dos países, pode ser observada na grande demora para a realizações de ações concretas como estabelecimento de sistemas e compatibilização de matrizes profissionais, e sendo muitas das ações longas adotadas ainda muito incipientes para aplicabilidade em todo o bloco. Além disto, pode-se observar a necessidade da mudança de ações ou de normativas por parte dos governos federais, podendo este processo ser desgastante e ruidoso nas instancias nacionais, fazendo com que muitos governantes pensem não valer a pena o esforço empregado.

Pode-se também inferir de acordo com as barreiras e assimetrias que interrompem o desenvolvimento do bloco vistas, que as legislações vigentes no MERCOSUL devem ser aos poucos adequada às peculiaridades existentes em cada país a fim de ser, em um futuro mais próximo, harmonizada de forma integral. Se aproximando assim de um Mercado Comum da América do Sul, conforme é proposto na criação do bloco de desenvolvimento regional.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO, **Cooperação internacional**., Ministério das Relações Exteriores. Brasília – DF, 2022. Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/sigap/ct.aspx>>. Acesso em: 12 de abril de abr. 2022.

AGUIAR FILHO, Wilson. **A gestão do trabalho em saúde no MERCOSUL**. 2012. 128 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012. AGUIAR FILHO, WILSON. A gestão do trabalho em saúde no MERCOSUL' 2012 f. MESTRADO em SAÚDE PÚBLICA Instituição de Ensino: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012, Rio de Janeiro.

AITH, Fernando Mussa Abujamra et al. **Regulação do exercício de profissões de saúde: fragmentação e complexidade do modelo regulatório brasileiro e desafios para seu aperfeiçoamento**. Revista de Direito Sanitário, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 198–218, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i2p198-218>>. Acesso em: 21 mar.2021

ALMEIDA, Rosângela da Silva. **Proteção social no MERCOSUL: a saúde dos trabalhadores de municípios fronteiriços do Rio Grande do Sul**. 2008. 284 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <<https://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/406/1/401137.pdf>>. Acesso em: 08 de mar. 2021.

ARCU-SUL – INEP., **Sistema de Acreditação Regional de Cursos de Graduação do MERCOSUL e Estados Associados**, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/avaliacao-e-exames-educacionais/arcu-sul>>. Acesso em: 22 mar 2022.

ARGENTINA, **Constitución (1994)**. Constitución Argentina. Promulgada em 22 de Agosto de 1994. Disponível em: <<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>>. Acesso em: 21 mar. 2021.

ARGENTINA, Ministerio de Salud de la Nación. **Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. La de la matriz mínima de datos de profesionales de la salud del MercosurERCOSUR desde sus inicios hasta el 2014 en Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay**. ; compilado por Maria Del Carmen Cadile. Buenos Aires, Argentina, 2015. 172 p. Disponível em:

<https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2016/mmm_prof_salud_mercosur.pdf >. Acesso em: 20 mar. 2021.

BARBOZSA, Silvio de Freitas. **As relações de trabalho do fronteiro uruguaio na cidade de sSant’ana do Llivramento, RS: Aaspectos institucionais/legais e os relativos às práticas dos agentes.** 124 f. 2018. Dissertação. (, Mestrado em Administração) - Departamento de Ciências Administrativas Programa de Pós-Graduação em Administração da Instituição De Ensino: Universidade Federal dDo Rio Grande dDo Sul, Porto Alegre.

BARDIN, Laurence., *Análise de conteúdo*, Presses Univcrsitaires de France, Tradução de Luís Antero Reta e Augusto Pinheiro. Lisboa, Portugal, 1977. Disponível em: <<https://www.ets.ufpb.br/pdf/2013/2%20Metodos%20quantitat%20e%20qualitat%20-%20IFES/Bauman,%20Bourdieu,%20Elias/Livros%20de%20Metodologia/Bardin%20-%201977%20-%20An%C3%A1lise%20de%20Conte%C3%BAdo.pdf> >. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL, **Comunicado Conjunto**. Buenos Aires, 06 jul. 1990. Disponível em: https://www.abacc.org.br/en/wp-content/uploads/2016/09/1990-Comunicado-Conjunto-de-Buenos-Aires_PT.pdf. Acesso em: 19 dez. 2019.

BRASIL, **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, Brasília, 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso: 22 de mar. 2021.

BRASIL, **Decreto Nº 7.239, de 26 de julho de 2010**. Promulga o Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde, firmado no Rio de Janeiro, em 28 de novembro de 2008. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 mar. 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7239.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%207.239%2C%20DE%2026,28%20de%20novembro%20de%202008>. Acesso em: 15 mai. 2021.

BRASIL, **Divisão de Atos Internacionais**. Declaração de Foz do Iguaçu. Brasília, DF. 29 nov. 1985. Disponível em: <https://web.archive.org/web/20070622045515/http://www2.mre.gov.br/dai/b_argt_256_733.htm#> . Acesso em: 19 dez. 2019.

BRASIL, **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs>. Acesso em: 15 mai. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde. **Saúde e Política Externa: os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018)** / Ministério da Saúde, Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde. Saúde e Política Externa : os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018). Brasília : Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_politica_externa_20_anos_aisa.pdf Acesso: 12 de jan. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde. Saúde e Política Externa : os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018) / Ministério da Saúde, Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 368 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução – RDC no 13, de 28 de fevereiro de 2007. Aprova regulamento técnico para produtos de limpeza e afins, harmonizado no âmbito do MERCOSUL, e dá outras providências. **Diário Oficial da União** . Brasília, DF, 28 fev. 2007. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2007/rdc0013_28_02_2007.html#:~:text=Aprova%20Regulamento%20T%C3%A9cnico%20para%20Produtos,MERCOSUL%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs>: Acesso em: 07 fev. 2018.

BRASIL. Decreto Nº 98.177, de 22 de setembro de 1989. Promulga o Tratado de Integração, Cooperação e Desenvolvimento, entre a República Federativa do Brasil e a República Argentina. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 set. 1989. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d98177.htm. Acesso em: 22 mar.2021

BRASIL. Emenda à Constituição nº 95 de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras

providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 15 dez. 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 04 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e Diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3a ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.5 (Série Cadernos Técnicos CNS).

BUSS, Paulo Marchiori. Cooperação internacional em saúde do Brasil na era do SUS, **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. 2018, vol.23, n.6, p.p.1881-1890. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05172018>. Acesso em: 05 mar. 2021.

CALMON, Paulo e COSTA T. M., Arthur. **Redes e Governança das Políticas Públicas**, Brasília 2013. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rp3/article/view/11989>

CARAVACA, Nala Ayalen Sanchez, A Política de Saúde Argentina: um Aporte Histórico Para sua Caracterização e Problemática. Santa Catarina. 2015, **Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social**. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/180866?show=full>>. Acesso: 20 mar. 2020., Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade.

CENTRO de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário - CEPEDISA. AITH, Fernando; BALBINOT, Rachelle; VENTURA, Deisy; DALLARI, Sueli Gandolfi (Orgs.). **A Regulação de profissões de saúde no Brasil e em perspectiva comparada**. 1. ed. São Paulo. 2020.

COUTINHO, Bbeatriz iIsola. Migração internacional e integração regional: diálogos entre o MMERCOSUL e a Uunasul' 2014 Ccadernos de campo, Ssão Ppaulo: UNESP. Disponível em: <<https://periodicos.fclar.unesp.br/cadernos/article/view/7366>>. Acesso em: 05 mar. 2021.

DAL PRÁ, Keli Regina. O Direito à Saúde Da População Trabalhadora: Um Estudo na Linha das Fronteiras Do Brasil com os Países do MERCOSUL. Tese Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2009. Porto Alegre. Disponível em: <<https://1library.org/document/4zp9nrrq-direito-saude-populacao-trabalhadora-fronteiras-brasil-paises-MERCOSUL.html>> . Acesso em: 8 mar. 2020.

DAL PRÁ, Keli Regina. O desafio da integração social no MERCOSUL: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2007. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csp/a/LMkP9HKCbPXdS4g5PYkyncN/?format=pdf&lang=pt>>.

Acesso em: 12 de abr. de 2022.

DIAS, Elizabeth Costa Dias. Atenção à saúde dos trabalhadores expostos à poeira de sílica e portadores de silicose, pelas equipes da Atenção Básica/Saúde da Família: protocolo de cuidado / Coordenação Elizabeth Costa Dias ; Ana Paula Scalia Carneiro... [et al.] ;. -- Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2017. Disponível em:

<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/protocolo_sicicose_ab.pdf>. Acesso: 05 de mar. 2021.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz, Linha do Tempo: Conferências Nacionais de Saúde, Rio de Janeiro 2021. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>>. Acesso em: 23 mar. 2021.

FREITAS, Cláudia Glênia Silva. Globalização e a Migração Internacional no Mundo do Trabalho: O MERCOSUL em Questão. 2006. 121. Dissertação (, 2006 F. Mestrado e Em Sociologia) - Faculdade de Ciências Humanas e Filosofia Programa de Mestrado em Sociologia, Instituição De Ensino: Universidade Federal De Goiás, Goiânia, Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=124774>. Acesso em: 05 mar. 2021.

GAUTHIER, B. (org.) (1984). Recherche social e De la probkmatique à la collecte des données. Québec: Presses de l'Université du Québec.

GIOVANELLA, Ligia, Oscar Feo, Mariana Faria, e Sebastián Tobaret. al (Orgs). “Sistemas de Salud Een Suramérica: Desafíos Para La Universalidad, La Integralidad y La Equidad.” Rio de Janeiro, 2012. Disponível em:

<http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_403158050.pdf>. Acesso em: 17 de mar. 2021

GUIMARÃES, Débora Soares. A efetividade dos direitos sociais nos estados membros do MERCOSUL: uma análise das alterações a serem implementadas nos seus instrumentos internacionais de proteção. 2009. 215 f. Dissertação. (Programa de Mestrado em Direito) - . Instituição de Ensino: UniCEUB/DIREITO, Brasília., 2009.

HAUAISS, A. Minidicionário Hauaiss. 3a ed. Rio de Janeiro, Objetiva, 2008
Intergovernamental de HIV/Aids do MERCOSUL. Brasília, 2017.

KEOHANE, Roberet.; NYE, Joseph. S. Power and interdependence. Nova York: Harper Collins, 2001. Disponível em:
<<https://hostnezt.com/cssfiles/internationalrelations/Power%20and%20Interdependency%20Keohane%20and%20Nye.pdf>> . Acesso em: 12 abr. 2020.

MACEIRA, Daniel., Descentralización y Equidad en el Sistema de Salud Argentino., **Ciclo de Seminarios CEDES en Salud y Política Pública**. Buenos Aires, 2005. Disponível em:
<<https://www.sap.org.ar/docs/congresos/2010/neo/maceirafinanciamiento.pdf>> . Acesso em: 12 abr. 2020.

MAGALHÃES, Raimunda da Silva; et al. (orgs)., Estudos Qualitativos enfoques teóricos e técnicas de coletas de informações. Edições UVA. Sobral, 2018. 350 p.

MARCHI, JÚLIO CÉSAR, Júlio Cesar. O Processo de Integração dos Serviços de Saúde no MERCOSUL: Uma Análise das Perspectivas e Obstáculos no Âmbito da Prestação dos Serviços. ' 2000. 121 f. Mestrado Dissertação (mMestrado do Centro de Ciências da Saúde.) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Disponível em:
<<http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/78085>>. Acesso em: 21 mar. 2021.

MARTINEZ, Elias David Morales; MACHADO, e Machado Jessica Gomes. A , a Dimensão Social da Integração MERCOSULina: Uma Análise Sobre Oo Projeto MERCOSUL Social, Monções: **Revista de Relações Internacionais da UFGD**, Dourado, v.6,. n.12, jul./dez., 2012 Dourados.

MERCOSUL. Decisão sobre a suspensão da Venezuela no MERCOSULMERCOSUL. São Paulo, 5 de agosto de 2017. Disponível em: <https://www.mercosur.int/pt-br/decisao-sobre-a-suspensao-da-republica-bolivariana-da-venezuela-no-MERCOSUL/> >. Acesso em: 04 de março de mar. 2020.

MERCOSUL. Tratado para Constituição de um Mercado Comum entre a República da Argentina, República Federativa do Brasil, a República do Paraguai e a República Oriental do Uruguai. Ministério das Relações Exteriores, 26 de março de 1991. Disponível em:
<http://www.mercosur.int/innovaportal/file/2486/1/tratado-de-assuncao_pt.pdf> . Acesso em: 07 fev. 2018.

MERCOSUR, (Coord.) Sector de Documentación y Divulgación. **Normas de Funcionamiento**. Ed. Secretaría Administrativa del Mercosur. Montevideu. Serie Temática, a. 1. v.1. nov. 2001. 195 p. Disponível em: <https://www.rmagir-mercosur.org/index.php/download_file/view_inline/341>. Acesso em: 20 jun. 2020.

MEROCOSUL. Organograma MERCOSUL. Assunção 2020. Disponível em: <<https://www.mercosur.int/pt-br/quem-somos/organograma-MERCOSUL/>>. Acesso em: 04 mar. 2020.

MEROOCSUL. Quem somos. Assunção 2020. Disponível em: <<https://www.mercosur.int/pt-br/quem-somos/paises-do-MERCOSUL/>> . Acesso: 04 mar. 2020.

MOZZATO Anelise Rebelato e Denize Grzybovski, Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. Passo **RAC**, Curitiba, v. 15, n. 4,p. 731-747, jul./ago. 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rac/a/YDnWhSkP3tzfXdb9YRLCPjn/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO Internacional do Trabalho - OIT. Site Oficial. , Conheça a OIT. Disponível em: <<https://www.ilo.org/brasilia/conheca-a-oit/lang--pt/index.htm#:~:text=A%20miss%C3%A3o%20da%20OIT%20%C3%A9,%2C%20equidade%2C%20seguran%C3%A7a%20e%20dignidade>>. Acesso em: 08 mar. 2021.

OLIVEIRA, Arthur. A Atuação Internacional do Brasil no Governo Lula In: A Atuação Internacional do Brasil no Governo Lula. Relações Internacionais. - **Reflexões & Debates**. 1 ed. Goiânia : Editora Espaço Acadêmico, 2017, v.1, pp. 142-143, 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. O QUE É SUS. (**Coleção Temas em Saúde**). Editora Fiocruz; Rio de Janeiro, 2015. 148 p. Disponível em: <<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/4/>> Acesso: 23 de mar. 2021.

PARAGUAI, Constitución (1992). Constitución Nacional de Paraguay. Promulgada em 20 de junio de 1992. Assunción. Disponível em: <https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/py_3054.pdf>. Acessado em: 17 de março. de 2021.

PARAGUAI, Tratado de Assunção. TRATADO DE ASSUNÇÃO, 1994. Tratado para a Constituição de um Mercado Comum entre a República Argentina, a República Federativa do Brasil, a República Do Paraguai e a República do Uruguai. Assunção – Paraguai, . 26 mar. 1994. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaAdpf101/anexo/Tratado_de_Assuncao..pdf>. Acesso em: 14 mar. 2021.

PARAGUAI. MINISTERIO Ministerio de Salud Pública Y Bienestar Social, Dirección de Registro y Control de Profesiones en Salud. Sistema de Registro de Profesionales, web-site oficial. Disponível em: <<http://sirepro.mspbs.gov.py/>> . Acesso: 18 de mar. 2021.

PLATAFORMA RENAST, Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, Carex-Brasil. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/carex-brasil>>. Acesso 05 mar. 2021.

PORTELA, Gustavo Zoio; FEHN, Amanda Cavada; UNGERER, Regina Lucia Sarmiento; POZ, Mario Roberto Dal. Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2017, vol.22, n.7, pp.2237-2246. ISSN 1413-8123. . Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.02702017>>. Acesso em: 22 mar. 2022.

PROGRAMA PNUD, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. , Contribuições Para o Desenvolvimento Humano na Argentina o Sistema de Saúde Argentino e seus Caminho Longo Linha do Tempo: Realizações Alcançado e Desafios Futuros. Buenos Aires , 2011. Disponível em: <<https://www.undp.org/content/dam/argentina/Publications/Desarrollo%20Humano/El%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20pnud%20ops%20cepal%20version%20final.pdf>> . Acesso: 15 de junho de 2020.

REIS, Marcelo Simões.; O Regime de Alíquotas do Imposto de Importação: da Tarifa do Império até os Acordos Constitutivos do MERCOSUL e da OMC. **RDIET.**, Brasília, v, V. 9, n.º2, p. 134-176, jul-dez, 2014. Disponível em: <<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RDIET/article/viewFile/5310/3722>> Acesso: 12 de abr. de 2022.

REUNIÃO DE MINISTROS DE SAÚDE. MERCOSUL/RMS/Acordo nº 02/15. Recomendações de políticas e medidas regulatórias para a redução do consumo de sódio. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://gd.mercosur.int/SAM%5CGestDoc%5Cpubweb.nsf/A25A8FC8C1BE8C99032582E9006EC>>

0F1/\$File/ Acordo%2002-15_Consumno%20de%20S%C2%A2dio_PT.pdf. Acesso em: 25 fev. 2019.

Sacardo, SACARDO, Daniele Pompei. As peculiaridades dos sistemas de saúde dos países membros do MERCOSUL: perspectivas para a integração regional. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública. São Paulo 2009. Disponível em: <<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-13082009-134413/pt-br.php>> . Acesso em: 12 mai. /05/2021.

SARFATI, Gilberto Teoria das relações internacionais / Ggilberto Sarfati. — São Paulo: Saraiva, 2005.

SA-SILVA, Jackosn, ALMEIDA, Cristovão e GUINDANI, Joel. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. Jul. ho 2009. Disponível em: < file:///C:/Users/arthur.oliveira/Downloads/10351-30427-1-PB%20(1).pdf >

SECRETARIA ADMINISTRATIVA DEL MERCOSUR 2019/2 - https://calendario.mercosur.int/simfiles/sistematizaciones/21984_RMS_2019_ACTA01_ES_Sistematizacion.pdf Acesso: 23 fev./02/2021.

Secretaria Administrativa del Mercosur. Mercosur: normas de funcionamiento. Montevideú, Nov. 2001. (Serie Temática, año 1 vº 1).

SECRETARIA ADMINISTRATIVA DEL MERCOSUR. Mercosur: normas de funcionamiento. Montevideú, Nov. 2017. Disponível em: <https://documentos.mercosur.int/>

SECRETARIA Executiva do MERCOSUL .**Ata nº 02/19 - Reunião da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional**. Brasília, 2019. Ed. Secretaria Executiva do. Disponível em: <<https://documentos.mercosur.int/>>. Acesso em: 20 jun. 2020.

SILVA, Maurício Pinto da, Cooperação em Saúde na Fronteira Brasil/Uruguai: Comitê Binacional de Integração em Saúde: Santana do Livramento-Riviera/ Maurício Pinto da Silva – Pelotas: Editora Universitária/UFPEL, 2010.

SOUZA, Celina. “Estado do Campo” da Pesquisa em Políticas Públicas no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais** .v- Vol. 18, Nºn. 51, 2003. pP. 15-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v18n51/15983.pdf>. Acesso em :08 fev. 2018.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, p. 20-45, 2006. SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16> . Acesso em: 07 fev. 2018.

TOBAR, Federico. Breve historia del sistema argentino de salud. En Garay, Oscar, Responsabilidad Profesional de los Médicos. 2012. **Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal**. 2ª edición corregida y aumentada. Buenos Aires: La Ley. Disponível em: <https://www.mendoza.gov.ar/salud/wp-content/uploads/sites/16/2017/03/Modulo-2-Tobar-historia-SSA.pdf> . Acesso em: 15 mar. 2021.

TOBAR, Federico. El modelo de salud argentino: historia, características, fallas. Ministerio de la Salud. Buenos Aires, marzo de 2017. Universidade Universidade Federal de Santa Catarina. (UFSC). Florianópolis, 2015. Disponível em: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/el-modelo-de-salud-argentino-historia-caracteristicas-fallas> . Acesso em: 14 mar. 2021.

URUGUAI, Constitución (1967). Constitución de la República Oriental del Uruguay. 1967. Montevideo. Disponível em: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_uruguay_3001.pdf . Acesso em: 18 mar 2021.

URUGUAI., Lei 131 de 10 de Maio de 2007., Criação do Fundo Nacional de Saúde (FONASA), Montevideo 10 de maio de 2007. Disponível em: https://www.bps.gub.uy/bps/file/6424/1/998_ley_18.131_de_18-05-2007_-_creacion_del_fonasa.pdf . Acesso em: 18 mar. 2021.

WALTZ, Kenneth N. Teoria das relações internacionais. 2. ed. Lisboa: Gradiva, 2011.

WELZ, Lilian. A saúde no processo de integração no âmbito do MERCOSUL: um estudo de suas resoluções e acordos. 2009. 187 f. Dissertação (de Mestrado apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação. pelo Programa de Pós-Graduação em Educação) - da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste. Cascavel, 2009.

ANEXO I - TRATADO DE ASSUNÇÃO EM 1991

ANEXO II - PROTOCOLO DE OURO PRETO

ANEXO III - RESOLUÇÃO GMC Nº 27/04

ANEXO IV - RESOLUÇÃO Nº 56 DE 2018

APÊNDICE 1 - Proposta do autor**Projeto:**

**AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DE RECURSOS HUMANOS
NECESSÁRIOS NAS REGIÕES DE FRONTEIRA DO MERCOSUL**

I – SÍNTESE

Consiste em uma Proposta Preliminar de Projeto de Cooperação Técnica Internacional entre os Estados Partes do MERCOSUL para realização de Diagnóstico de Recursos Humanos (existentes e necessários) a partir da Avaliação da Situação de Saúde nas Regiões de Fronteira.

As políticas de saúde afetam diretamente a vida cotidiana das pessoas. Elas podem estabelecer o controle de preços de bens e serviços, definirem critérios de qualidade e segurança dos serviços, regular os mercados de trabalho de profissionais de saúde, podem incentivar ou até coibir comportamentos, ações, decisões dos indivíduos, podem proporcionar benefícios diretos às pessoas mais necessitadas, enfim, implementar um largo escopo de ações e normas que configuram os sistemas de saúde de um país ou região.

É necessário saber, quando se pensa em uma integração regional, que a saúde transcende os aspectos puramente econômicos, já que a questão referente à formação profissional, à regulação do trabalho ao controle do exercício profissional, trata de pessoas e dão garantias a uma assistência de boa qualidade para a população.

A área de Recursos Humanos em Saúde é assimétrica entre os países do MERCOSUL quanto às seguintes questões: quantidade de trabalhadores e postos de trabalho em saúde, legislações trabalhistas, variedade de vínculos empregatícios, grades curriculares nos sistemas de formação/capacitação de cada país, modelos de regulação e controle de exercício profissional, entre outras.

Segundo a especialista Solange Aikes¹ as fronteiras geopolíticas nem sempre coincidem com as fronteiras culturais, sanitárias e epidemiológicas. E, quando há fortes pressões para que os sistemas de saúde das localidades fronteiriças deem suporte às populações que vivem nessas fronteiras. Nesse sentido, é necessário conhecer a capacidade da força de trabalho e ter um diagnóstico da situação de saúde para além dos limites da fronteira geopolítica do MERCOSUL. Assim, o intercâmbio dessas informações norteará possíveis acordos bilaterais ou multilaterais entre os países da região que compartilham fronteiras entre si.

Os Ministros da Saúde do MERCOSUL (RMS), reunidos em São Carlos de Bariloche/Argentina, aprovaram por meio do Acordo RMS Nº 01/2019 as “**Diretrizes para o Plano de Trabalho de Saúde em Fronteiras para o MERCOSUL**” e estabeleceu um marco

¹ Mestre em Saúde Pública em Região de Fronteira. UNIOESTE.

de referência regional para orientar as ações e intervenções de saúde pública nas zonas de fronteira do MERCOSUL: (i) Redes de Serviços de Saúde, (ii) Vigilância e Informação em Saúde, (iii) Gestão de Recursos Humanos e (iv) Articulação Intersetorial para a Abordagem dos Determinantes Sociais.

Referente ao eixo de Gestão de Recursos Humanos em Saúde aprovaram quatro ações:

- 1) Desenvolver Políticas em matéria de Exercício Profissional em zonas de fronteiras, conforme os Acordos e Normativas MERCOSUL;
- 2) Fortalecer a Capacidade dos gestores de Recursos Humanos em Saúde das zonas de fronteira;
- 3) Desenvolvimento de Recursos Humanos para responder às necessidades priorizadas em saúde das zonas de fronteira;
- 4) Impulsionar estratégias de fixação e de retenção de Recursos Humanos em zonas de fronteira.

Os seguintes instrumentos foram considerados para a aprovação do referido Acordo:

- 1) Resolução GMC Nº 18/15 “Memorando de Entendimento de Cooperação entre o Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS);
- 2) Ata Nº 02/15 da Reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL; e
- 3) Resolução OPAS/OMS CD55.R13, sobre a aprovação do documento Política da Saúde dos Migrantes.

II - IDENTIFICAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES

Coordenadora: Estados Partes do MERCOSUL

Executora: Estados Partes do MERCOSUL

Financiadora: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) - Sub-regional Peru.

III - JUSTIFICATIVA

O trabalho em fronteiras significa priorizar e desenvolver ações de saúde e sanitárias nos territórios fronteiriços e, especialmente, gerar capacidades para dar respostas eficientes nas cidades gêmeas. O objetivo de tais ações é diminuir as iniquidades em saúde, sensibilizando autoridades políticas locais, buscando a interação e o consenso entre as redes de saúde e o desenvolvimento de informação em saúde, garantindo o acesso aos serviços e assegurando a qualidade da atenção, reforçando ações entre todos os setores.

O setor saúde configura-se como uma das principais áreas a serem planejadas, provavelmente porque as fronteiras epidemiológicas não se restringem aos acordos políticos e institucionais entre países.

A saúde é essencial para o desenvolvimento nacional e regional, pois as condições sanitárias de uma população determinam o crescimento do país. Portanto, faz-se necessário o planejamento de ações de saúde, em especial no âmbito das fronteiras onde está mais expressa a questão da relação com os territórios vizinhos e a vulnerabilidade política e social.

A questão que tem merecido destaque são as dificuldades existentes em relação à atenção integral à saúde nessas localidades, ou seja, há uma grande insuficiência no que tange à prestação e acesso aos serviços de saúde em função de deficiências em recursos humanos e infraestrutura.

Fatores como a presença de população flutuante, a distância entre as localidades e os centros de referência, são aspectos que acabam dificultando, também, a elaboração de uma análise mais precisa da situação local.

Ademais, as discrepâncias entre os arcabouços jurídico-institucionais dos países afetam a relação fronteiriça, questão central a ser pensada na perspectiva de uma futura conformação e integração de serviços de saúde.

Considerando a realidade apresentada, presume-se que a diversidade de atenção à saúde na linha de fronteira do MERCOSUL pode ser explicada pelo reduzido nível de institucionalidade dos serviços de saúde entre fronteiras, especialmente nas cidades gêmeas, onde se acentuam os processos de exclusão social em saúde aos usuários não nacionais em algumas localidades.

Na região de fronteira, a titularidade do portador de direito é praticamente uma categoria vazia, pois há uma complexidade de culturas políticas. Nessas localidades os direitos expressam uma situação de desigualdade entre os países, o que acaba causando embaraços de ordem sócio-política para os moradores da região. Esse fator se intensifica em fronteiras conhecidas como “porto seco”, muitas vezes separadas por apenas uma rua, onde há um alto índice populacional em busca de melhores condições e infraestrutura.

Assim, as faixas de fronteira devem ser pensadas em estratégias no sentido que as iniciativas de saúde nas fronteiras possam constituir esforços comuns entre os países limítrofes a fim de conhecer sobre a demanda, oferta e a necessidade da disponibilização de serviços de saúde compartilhados, garantindo cooperação internacional entre os governos a fim de disponibilizar acesso à saúde igualitária, evitando assim, migrações por questões de saúde.

Como objetivo de dialogar o referido tema, o Ministério da Saúde do Brasil, por meio do Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde (DEGTS), da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), realizou o Seminário Boas Práticas em Gestão de Recursos Humanos em Saúde nas Regiões Fronteiriças do MERCOSUL, ocorrido em Brasília, Brasil, nos dias 2 e 3 de setembro de 2019, no qual estiverem atores importantes entre eles os Estados Partes e alguns dos Estados Associados; sinalizaram a intenção em fortalecer a gestão de Recursos Humanos em Saúde nas Zonas Fronteiriças, e propuseram algumas ações estratégicas conjuntas, que foram incorporada pela COSERATS conforme a Ata 02/2019:

(i) Utilização de técnica de delimitação de regiões de saúde, transnacionais, respeitando aspectos locais das fronteiras e suas populações para levantamento da situação sanitária que servirá de base para cálculo da força de trabalho em saúde atualmente existente e quais as técnicas necessárias; e a partir desse cálculo a definição de quais estabelecimentos de saúde são necessários nos três níveis de atenção, para contemplar essa força de trabalho.

(ii) Acordos bilaterais e intergovernamentais para os serviços de média ou alta complexidade.

(iii) Padronização de informações mínimas cadastrais e de saúde dos prontuários para alimentar o sistema de informação no âmbito do MERCOSUL, mantendo a privacidade e a segurança da informação, mas que possibilite o diagnóstico situacional das regiões e o dimensionamento das estruturas e recursos humanos para os estabelecimentos de saúde.

(iv) Reuniões de cooperação entre os Estados Partes e Associados do MERCOSUL para implementação das diretrizes da Reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL (RMS).

(v) Fortalecer as ações integradas de saúde indígena no âmbito das regiões fronteiriças do MERCOSUL, considerando as migrações transnacionais destas populações.

MARCO INSTITUCIONAL

Os coordenadores da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional do MERCOSUL, serão os executores dos componentes das atividades e tarefas para o desenvolvimento do Projeto.

Os Ministérios da Saúde de cada um dos países serão as contrapartes principais que mobilizarão outros atores nacionais como colaboradores (universidades, governos locais e instituições parceiras).

Cada Estado Parte participante do projeto conta com recursos humanos técnicos e administrativos, materiais e logística para desenvolver as ações durante a execução do projeto e continuidade após o término das ações previstas no mesmo.

Considerando como critérios que possibilitem harmonização de cenários e práticas para o desenvolvimento das atividades, gerando indicadores que possam ser comparados entre si de maneira bilateral, os Estados Partes acordaram por utilizar pares de cidades-gêmeas fronteiriças para este projeto, evitando tríplices fronteiras, por não existirem em todas as fronteiras e por possuírem maior complexidade, o que poderia gerar dados de difícil mensuração em um projeto inicial neste âmbito.

As cidades definidas inicialmente são:

- a) Brasil - Argentina:
- b) Uruguaiana – Paso de Los Libres
- c) Brasil – Uruguai:
- d) Santana do Livramento – Rivera
- e) Brasil - Paraguai
- f) Ponta Porã – Pedro Juan Caballero
- g) Argentina- Paraguai
- h) Encarnación – Posadas
- i) Argentina – Uruguai
- j) Paysandu – Colón

SITUAÇÃO ESPERADA AO TÉRMINO DO PROJETO

- a) Identificação territorial e caracterização do perfil populacional (demográfico e socioeconômico);
- b) Obtenção dos registros contendo o perfil epidemiológico;
- c) Elaboração de um panorama geral da organização dos respectivos sistemas de saúde, e como esse cenário impacta na oferta de serviços local;

- d) Identificação, analisar e descrever os principais problemas qualifica-los como propor soluções resolutivas;
- e) Desenvolvimento do capital humano, no processo de integração no âmbito do MERCOSUL nas regiões de fronteiras;
- f) Apresentação de uma proposta de desenho de articulação das respectivas estruturas de atenção à saúde locorregionais;

IV - OBJETIVO GERAL

Este projeto tem como objetivo a avaliação e a formulação de uma proposta de ações e atividades para estratégia de diagnóstico de recursos humanos e da situação de saúde nas regiões de fronteira do MERCOSUL.

V - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Constituir comitê nacional com membros dos quatro Estados Partes com representantes de Recursos Humanos, Imunização, Vigilância Epidemiológica e Serviços de Saúde;
- b) Constituir comitês locais bilaterais em saúde, com representantes de gestores governamentais, de hospitais, das áreas de vigilância epidemiológica e sanitária;
- c) Estruturar fluxo de comunicação entre as autoridades sanitárias locais de forma a dar resposta às necessidades de saúde nos territórios.
- d) Conhecer as condições sanitárias e de assistência à saúde para dimensionamento da Força de Trabalho nas Regiões Fronteiriças do MERCOSUL;
- e) Criar uma proposta de modelo de acordo que permita o exercício profissional nas localidades fronteiriças definidas.

INDICADORES

- f) Número de Comitês Nacionais e Locais estruturados.
- g) Número de localidades fronteiriças que possuem projeções de necessidades de recursos humanos para estratégias de saúde e ação, de acordo com o modelo de atenção.
- h) Número de estruturas sanitárias e de atenção à saúde nas localidades fronteiriças mapeadas e dimensionadas no final do segundo ano de projeto.
- i) Estabelecimento de Fluxo de comunicação entre as autoridades sanitárias locais.

- j) Número das localidades fronteiriças com o diagnóstico realizado.
- k) Número de propostas de modelo de acordo para o exercício profissional nas localidades fronteiriças definidas.
- l) Acesso as estruturas de Atenção à Saúde nas regiões fronteiriças do MERCOSUL articulado;
- m) Avaliação das condições sanitárias e de assistência à saúde para diagnóstico da Força de Trabalho nas Regiões Fronteiriças do MERCOSUL no número de cidade selecionadas cidades selecionadas;
- n) Modelo de acordo que permita o exercício profissional nas localidades fronteiriças definidas.

METAS

- a) 1) Estruturação de 1 (um) comitê nacional e Constituição de 5 (cinco) comitês locais em saúde (Brasil-Argentina, Brasil- Paraguai, Brasil- Uruguai, Argentina- Paraguai, Argentina- Uruguai) nos 6 primeiros meses.
- b) 2) Desenho e efetivação do Fluxo de comunicação no primeiro ano do projeto.
- c) 3) Mapeamento das estruturas de custeio externos aos sistemas de saúde e atos normativos para a assistência à saúde no primeiro ano do projeto.
- d) 4) 10 localidades fronteiriças com diagnóstico realizado no final do segundo ano do projeto.
- e) 5) 1 (um) modelo de acordo que permita o exercício profissional nas localidades fronteiriças.
- f) 6) Avaliações das condições sanitárias e de assistência à saúde para dimensionamento da Força de Trabalho nas Regiões Fronteiriças do MERCOSUL das 10 cidades selecionadas realizada ao final do segundo ano do projeto.
- g) 7) Acordo aprovado no âmbito do MERCOSUL para o exercício profissional nas localidades fronteiriças definidas até o final do segundo ano do projeto.

VI - PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO

1º ano:

Viabilizar a conformação de equipe de trabalho nos países e nos territórios definidos. Será realizado a validação dos espaços de intervenção com os gestores municipais das cidades fronteiriças selecionadas.

Estruturação de reuniões preparatórias para identificação (diagnóstico situacional/Identificação dos Acordos Locais e Nacionais) e definição de metodologia de trabalho.

Realização de workshops/reunião técnica para e aplicação questionários: diagnósticos de situação saúde, metodologia de validação dos indicadores, dimensionar estruturas de vigilância, notificações e da força de trabalho em saúde, construir cadastros comuns em saúde entre as cidades gêmeas, comitê nacional e comitês locais bilaterais e fluxo de comunicação entre as autoridades sanitárias.

2º Ano

Acompanhamento, monitoramento e avaliação das atividades realizadas e entrega dos produtos as respectivas áreas técnicas.

Descrição das atividades

Quadro - Planejamento das Atividades e Resultados

Indicador de Impacto	Indicador de Resultado	Indicador de Realização
Fortalecimento das ações de Recursos Humanos em Saúde nas cidades fronteiriças do MERCOSUL indicadas.	100% do mapeamento das áreas avaliadas e das condições sanitárias e de assistência à saúde para dimensionamento da Força de Trabalho nas cidades fronteiriças do MERCOSUL realizado nas cidades selecionadas realizada.	- Aplicação de questionário avaliativo das condições sanitárias e de assistência à saúde para dimensionamento da Força de Trabalho nas cidades fronteiriças do MERCOSUL indicadas.
Indicadores sanitários identificados para encaminhamento às áreas de atividades fins.	Identificação de indicadores sanitários comuns.	- Constituição de Grupo de Trabalho para identificar os indicadores sanitários de saúde em: vigilância epidemiológica de fronteira, imunização e linhas de cuidado materno infantil e urgência-emergência (AVC/IAM, trauma e sepses)
Contribuir para organização dos serviços de atenção à saúde das cidades fronteiriças indicadas do MERCOSUL.	100% do cadastro estabelecido.	- Realizar reunião técnica para estabelecer cadastro comum em saúde entre as cidades fronteiriças.
Elaboração e difusão dos indicadores para desenvolvimento das atividades de fronteira pelas áreas fins	100% do consenso entre os Estados Partes do MERCOSUL dos indicadores harmonizados	- Realizar reunião técnica para harmonizar os indicadores e desenvolver ferramentas técnicas-científicas epidemiológicas, que permitam avaliação e diagnóstico das condições de saúde
Documento elaborado como subsídio para a tomada de decisão de constituição de redes de atenção à saúde nas localidades indicadas.	100% do mapeamento das estruturas existentes de atenção à saúde nas cidades fronteiriças indicadas do MERCOSUL.	Realizar estudo de estruturas de Atenção à Saúde nas cidades fronteiriças indicadas do MERCOSUL.
Elaboração e implementação de atividades consensuadas no âmbito dos comitês	Comitês constituídos	Reuniões locais para constituição de comitês locais bilaterais em saúde, com representantes de gestores governamentais, de hospitais, das áreas de vigilância epidemiológica e

		sanitárias.
Apoiar as estratégias aprovadas no âmbito dos comitês locais	Comitê constituído	Constituição de comitê nacional com membros dos quatro Estados Partes com representantes de Recursos Humanos, Imunização, Vigilância Epidemiológica e Serviços de Saúde
Garantia de maior acesso dos serviços de atenção à saúde na região fronteira.	100% da consolidação de dados e informações para proposição de normatização que garantam e facilitem a implementação do exercício profissional no âmbito das localidades fronteiriças.	Realização de reunião técnica entre os Estados Partes para conhecer a legislação sobre o exercício profissional nas localidades fronteiriças e definição de acordo internacional.
Padronização dos critérios e procedimentos para os serviços de atenção à saúde nas localidades fronteiriças indicadas.	Estudo consolidado e aprovado para elaboração de normativa comum entre os Estados Partes do bloco regional.	Elaboração de estudo de estruturas de custeio externos identificando as problemáticas que afetam aos sistemas de saúde e atos normativos que dificultam a assistência à saúde (por exemplo: taxa bancária, seguro dos veículos, etc)
Apoio o desenvolvimento de informação específico para as localidades fronteiriças indicadas.	100% da implementação de fluxo de geração de informação e comunicação.	Realizar reunião técnica para estruturação de fluxo de comunicação entre as autoridades sanitárias locais de forma a dar resposta às necessidades de saúde aos territórios

Fonte: Elaborado pelo autor.

