

As Unidades de Recursos Humanos dos Ministérios da Saúde dos Estados Partes do Mercosul e o processo de integração regional*

The Human Resources Units of the Ministries of Health of the Mercosur States Parties and the regional integration process

Wilson Aguiar Filho¹, Maria Helena Machado²

* O presente artigo foi escrito, originalmente, para compor a dissertação de mestrado de Wilson Aguiar Filho, intitulada 'A gestão do trabalho em saúde no Mercosul' (AGUIAR FILHO, 2012), defendida na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), sob a orientação da Prof.ª Dr.ª Maria Helena Machado, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa - CEP/Ensp - da Fundação Oswaldo Cruz - Parecer nº 186/2011, bem como pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep/CNS - Parecer nº 024/2012.

¹Enfermeiro. Mestre em saúde pública. Pesquisador colaborador do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. aguiar.wilson@gmail.com

²Socióloga. Doutora em sociologia. Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. machado@ensp.fiocruz.br

RESUMO O artigo buscou analisar as Unidades de Recursos Humanos dos Ministérios da Saúde dos Estados Partes do Mercosul, tendo como premissa a entrada em vigor do Protocolo de Montevideu sobre o Comércio de Serviços no Mercosul (1998), promulgado no Brasil pelo Decreto nº 6.480/2008, com a consequente abertura das fronteiras ao livre trânsito dos profissionais, inclusive os do setor saúde. Mais especificamente, buscou-se conhecer a percepção dos gestores de recursos humanos dos Ministérios da Saúde dos Estados Partes quanto a esse processo de abertura das fronteiras para o livre trânsito dos profissionais de saúde, tendo como base suas estruturas de gestão de recursos humanos. Entende-se que as referidas estruturas de recursos humanos dos Ministérios da Saúde dos Estados Partes não estão devidamente preparadas para fazer a gestão do livre trânsito de profissionais no Mercosul, condição obrigatória para a constituição de um mercado comum. Ademais, a morosidade com que se processam as reuniões e as decisões no âmbito do bloco também contribui para que, de fato, as estruturas formais nos Estados Partes, bem como as do próprio Mercosul, não estejam plenamente aptas a atuar no novo cenário.

PALAVRAS-CHAVE Recursos humanos em saúde. Exercício profissional. Mercosul.

ABSTRACT *The article seeks to analyze the Human Resources Units of the Ministries of Health of the Mercosur States Parties, based on the entry into force of the Montevideo Protocol on Trade in Services in Mercosur (1998), promulgated in Brazil by Decree N°. 6.480/2008, with the consequent opening of borders to the free transit of professionals, including those in the health sector. More specifically, it was sought to know the perception of the human resources managers of the Ministries of Health of the States Parties regarding this process of opening the borders for the free movement of health professionals, based on their human resources management structures. It is understood that the mentioned human resources structures of the Ministries of Health of the States Parties are not properly prepared to manage the free transit of professionals in Mercosur, a mandatory condition for the establishment of a common market. Moreover, the slow pace of meetings and decisions within the block also contributes to the fact that formal structures in the States Parties, as well as those of Mercosur itself, are not fully capable of taking action in the new scenario.*

KEYWORDS *Health manpower. Professional practice. Mercosur.*

Introdução

O tema recursos humanos em saúde vem ganhando destaque nos últimos anos, considerando que o desenvolvimento dos sistemas de saúde está intrinsecamente relacionado com o enfrentamento dos grandes problemas que afetam os trabalhadores inseridos no referido setor saúde. Considerando essa nova realidade, os países da América Latina e do Caribe, em conjunto com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), tem buscado incluir o tema como eixo central do desenvolvimento dos sistemas de saúde e colocá-lo na agenda internacional de saúde pública (OPS, 2008).

Em 2005, foi realizada em Toronto, Canadá, a VII Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, promovida pela Opas, em conjunto com o Ministério de Saúde do Canadá e Ministério de Saúde e Cuidados Prolongados da Província de Ontário, com o propósito de unir os países das Américas em torno de um compromisso comum: a promoção dos recursos humanos em saúde. Os presentes à reunião, reconhecendo a importância da iniciativa, sugeriram que o tema fosse abordado em diferentes âmbitos – nacional, sub-regional e regional –, sendo que o documento elaborado na ocasião, intitulado ‘Chamado à Ação de Toronto para uma Década de Recursos Humanos em Saúde (2006-2015)’, foi considerado o instrumento capaz de promover o esforço conjunto para uma década de recursos humanos em saúde nas Américas, acarretando a necessidade de realizar esforços de longo prazo, intencionais e coordenados, para a promoção, fortalecimento e desenvolvimento da força de trabalho em saúde em todas as regiões das Américas, esforços esses que se fundamentam em três princípios:

- Os recursos humanos são a base do sistema de saúde: O desenvolvimento dos recursos humanos em saúde conforma a base social e

técnica dos sistemas de saúde e seu aperfeiçoamento. A contribuição dos trabalhadores de saúde é um fator essencial para a melhoria da qualidade de vida e de saúde.

- O trabalho em saúde é um serviço público e uma responsabilidade social: O trabalho em saúde é um serviço público e um bem social de grande importância para o desenvolvimento humano. É necessário o equilíbrio entre os direitos sociais e as responsabilidades dos trabalhadores de saúde e as responsabilidades dos cidadãos que merecem atenção e direito à saúde.

- Os trabalhadores de saúde são protagonistas do desenvolvimento e melhoria do sistema de saúde: O desenvolvimento dos recursos humanos em saúde é um processo social, não exclusivamente técnico, orientado para a melhoria da situação de saúde da população e da equidade social, através de uma força de trabalho bem distribuída, saudável, capacitada e motivada. Este processo social tem os trabalhadores de saúde como um dos seus principais protagonistas. (BRASIL, 2006, P. 3-4).

A partir das recomendações da referida reunião, entre as quais constava a da criação e/ou fortalecimento da direção nacional de recursos humanos em saúde dos países da região, houve a necessidade de que as instâncias responsáveis pela gestão área de recursos humanos nos países da América Latina e Caribe passassem também a ser alvo de investigação, “na busca de processos e estruturas organizacionais que possam assumir os desafios que se colocam na atualidade” (PIERANTONI ET AL., 2008, P. 687). Tal fato se justifica “na medida em que o desenvolvimento dos órgãos especializados dos Ministérios não é proporcional à relevância assumida pelo tema nos últimos anos” (PIERANTONI ET AL., 2008, P. 688), principalmente no âmbito do Mercado Comum do Sul (Mercosul), em que o processo de integração em vigor requer das Unidades Nacionais de Recursos Humanos

novas atribuições, inclusive de controlar o trânsito de profissionais de saúde no âmbito do bloco, como estabelece a Resolução GMC nº 27/2004, que instituiu a Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde no Mercosul.

Em 2007, a Opas coordenou um estudo sobre o ‘Perfil das Unidades de Recursos Humanos dos Ministérios da Saúde da América do Sul e Caribe’, com a participação de 17 países, sendo, que dos países integrantes do Mercosul, apenas a Argentina não participou do estudo¹.

A partir das informações levantadas, pode ser constatada a existência de uma grande assimetria entre as estruturas de recursos humanos dos Ministérios da Saúde dos países do Mercosul, o que poderia ter reflexos adversos quando do aprofundamento do processo de integração regional, quanto ao papel que elas terão que desempenhar nesse processo. Também apontado pela pesquisa é o fato que, entre os temas abordados referentes a recursos humanos, a questão do exercício profissional no âmbito do Mercosul não figurou como tema prioritário em nenhum dos Estados Partes, o que pode demonstrar o não envolvimento das áreas de recursos humanos dos Ministérios da Saúde em discussões fundamentais para o próprio processo de integração, relacionadas com o setor saúde, talvez por entenderem que o assunto em questão está fora da esfera de atuação da referidas áreas.

As Unidades de Recursos Humanos dos Ministérios da Saúde e o livre trânsito de profissionais de saúde no Mercosul

A entrada em vigor do estabelecido no Protocolo de Montevideu², permitindo o livre trânsito de bens e serviços e, conseqüentemente, de profissionais, no âmbito

do Mercosul, é um tema que vem sendo debatido como muito interesse pelo setor saúde. Isso porque quando falamos do livre trânsito de profissionais, não está colocado, de maneira clara, como isso se dará, uma vez que os acordos assinados até o presente momento no âmbito do bloco apontam que as normas internas de cada país deverão ser respeitadas pelo profissional que pretender realizar esse movimento migratório. Dessa forma, entendendo que caberá às Unidades de Recursos Humanos dos Ministérios da Saúde dos Estados Partes a responsabilidade de coordenarem, no que concerne à área da saúde, o livre trânsito desses profissionais em seus respectivos países, buscamos conhecer: 1) como as áreas de recursos humanos dos Ministérios da Saúde dos Estados Partes estão estruturadas para fazer frente à iminente abertura das fronteiras ao livre trânsito dos profissionais de saúde; e 2) o que pensam os gestores das referidas Unidades sobre a questão (AGUIAR FILHO, 2012).

A pesquisa foi realizada por meio do envio de um questionário às Unidades de Recursos Humanos dos Estados Partes, sendo importante salientar que nem sempre o respondente era o gestor máximo da área. Ademais, para efeito da análise, os respondentes dos países consultados foram identificados mediante uma sequência numérica, sendo: Argentina – Gestor 1; Brasil – Gestor 2; Paraguai – Gestor 3 e Uruguai – Gestor 4. É importante salientar que a Venezuela não participou do estudo, por ser, à época da pesquisa, ainda um Estado Parte em adesão.

Na análise das respostas apresentadas pelas quatro Unidades de Recursos Humanos pesquisadas, observamos, no que concerne à sua inserção hierárquica nas estruturas de seus respectivos Ministérios, que duas delas estão no primeiro nível (Brasil – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde; Paraguai – Dirección General de Recursos Humanos), uma no segundo nível

¹ O estudo em questão foi realizado sob a coordenação de Carlos Rosales (Opas) e Mario Roberto Dal Poz (Organização Mundial da Saúde/OMS), tendo como investigadores principais Juan Arroyo (Universidad Peruana Cayetano Heredia – Peru), Maria Helena Machado (Ministério da Saúde – Brasil) e Celia Regina Pierantoni (Instituto de Medicina Social – Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Uerj). Participaram do estudo 17 países: Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Equador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Trinidad y Tobago, Uruguai e Venezuela.

² A entrada em vigor do Protocolo de Montevideu deveria ter ocorrido em 2015. Entretanto, tal fato não se concretizou, e não temos informes sobre quando passará a vigorar.

(Argentina – Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional) e uma no terceiro nível (Uruguai – División de Recursos Humanos del Sistema Nacional Integrado de Salud/DRRHHSNIS)³.

Quanto às atividades que as Unidades de Recursos Humanos desenvolvem no âmbito dos seus Ministérios, a pesquisa detectou que duas Unidades de Recursos Humanos – Brasil e Paraguai – citaram, entre suas principais atribuições, atividades que possuem alguma interface com o Mercosul. O mesmo não ocorrendo com a Argentina e Uruguai, o que não significa que as Unidades não estão envolvidas com as questões relacionadas com o Mercosul (AGUIAR FILHO, 2012).

Quando perguntados se o gestor da área de recursos humanos tinha acesso às reuniões do Subgrupo de Trabalho (SGT) nº 11 ‘Saúde’/ Mercosul e/ou aos assuntos concernentes ao exercício profissional em saúde no Mercosul, todos disseram ter acesso. Assim, o Gestor 1 informou que esse acesso se dá por ele ser ponto focal da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional; o Gestor 2, porque compete ao dirigente da área coordenar a Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional; o Gestor 3, por exercer a coordenação da Comissão de Serviços de Atenção à Saúde, além de ser representante alterno na Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional; e o Gestor 4, por conta dos representantes no SGT nº 11 pertencerem a DRRHHSNIS, especificamente da área encarregada do registro e controle de profissionais de saúde, por meio da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional. Assim, podemos afirmar que existe a participação dos gestores de recursos humanos nas questões relacionadas com o SGT nº 11 ‘Saúde’, em especial com as concernentes ao exercício profissional, mesmo que não sejam responsáveis diretos pela condução das discussões em andamento (AGUIAR FILHO, 2012).

Em relação à Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde no Mercosul, os gestores consultados informaram conhecê-la. Porém,

quando inquiridos quem ficaria responsável pela sua implementação, enquanto os Gestores 2, 3 e 4 colocaram que a área de recursos humanos seria a responsável pela implementação da Matriz Mínima nos respectivos países, o Gestor 1 informou que a responsabilidade estaria a cargo das áreas responsáveis pelo exercício profissional das 24 províncias do país, e ao nível do Ministério da Saúde, pela Subsecretaria de Políticas, Fiscalização e Regulação, à qual a Unidade de Recursos Humanos está subordinada. Apesar do art. 4º da Resolução GMC nº 27/04 estabelecer competência aos Ministérios da Saúde para implementar e intercambiar as informações constantes da Matriz Mínima, o modelo de registro profissional existente na Argentina, totalmente centrado nas províncias, mostrou a necessidade da adoção de um modelo alternativo, com a participação do Ministério da Saúde da Argentina, porém não sob a sua responsabilidade (AGUIAR FILHO, 2012).

Por outro lado, o acesso por parte dos profissionais de saúde à Matriz Mínima, com vistas ao seu preenchimento, apresenta distintas formas para sua realização. No caso da Argentina, o Gestor 1 informa que:

- Cada profesional tiene acceso a su ficha de registro.
- Cada provincia y/o colegios de ley en las provincias que existieran (no es uniforme en todo el país la colegiación) y el Ministerio de Salud de la Nación tienen acceso a toda la información.
- La ciudadanía pronto tendrá acceso a la información básica de todo profesional que quiera consultar (no incluye los datos reservados).
- El responsable de Fiscalización del Ejercicio Profesional de los restantes Estados Parte accede al registro completo de los profesionales migrantes. (AGUIAR FILHO, 2012, P. 84).

Isso porque, no caso da Argentina, o

³Em relação à pesquisa coordenada pela Opas, em 2007, sobre o ‘Perfil das Unidades de Recursos Humanos dos Ministérios da Saúde da América Latina e Caribe’, destaca-se a evolução da estrutura do Paraguai, que, à época do estudo, tinha sua Unidade de Recursos Humanos no terceiro nível de inserção (AGUIAR FILHO, 2012, P. 76) e estava diretamente subordinada ao Ministro da Saúde. As estruturas do Brasil e Uruguai estavam na mesma posição hierárquica em relação ao estudo citado, sendo que a Argentina não participou.

sistema de registro de profissionais de saúde é totalmente descentralizado para as províncias, sendo que algumas delas delegam aos colégios profissionais realizarem o registro. Dessa forma, para constituir a Rede Federal de Registro de Profissionais de Saúde, o Ministério da Saúde da Argentina assinou convênio com todas as províncias do país, o que permitiu cadastrar todos os profissionais de saúde na rede, que tem como base a Matriz Mínima. Entretanto, falta especificar por quais mecanismos as informações sobre os profissionais que queiram exercer sua profissão em outro país serão acessadas pelos demais países, uma vez que uma das dificuldades apontadas pelos gestores para a implementação da Matriz Mínima está justamente nas diferentes modalidades de gestão da informação existentes entre os Estados Partes (AGUIAR FILHO, 2012).

O Gestor 2 informa que a Matriz Mínima ficará disponível na Plataforma Arouca⁴, na qual está sendo criado um processo de certificação de forma consultada com os Conselhos Profissionais, não tendo sido explicitado como está sendo pensado esse processo de certificação. O Gestor 3 coloca que o acesso do profissional à Matriz Mínima não será pessoal, e sim por intermédio dos Ministérios da Saúde dos Estados Partes, que irão fazer o intercâmbio das informações sobre o profissional de saúde. Já o Gestor 4 esclarece que, no momento de registrar no Ministério da Saúde a revalidação do título, será solicitado um conjunto de dados ao profissional, parte dos quais correspondem aos acordados na Matriz Mínima (AGUIAR FILHO, 2012).

Assim, verificamos a existência de diferentes entendimentos sobre como se dará o acesso do profissional à Matriz Mínima. Por outro lado, ainda não foi devidamente esclarecido quais profissionais de saúde poderão transitar no âmbito do Mercosul e, conseqüentemente, preencher a Matriz Mínima, considerando que o conceito de profissional de saúde é diferente nos Estados Partes, bem como também existem profissões reconhecidas em determinado país que não são em outro. Com a abertura das fronteiras ao livre trânsito de bens e serviços, esses

profissionais também terão direito a transitarem? Isso é uma questão para a qual as áreas de recursos humanos, acreditamos, ainda não atentaram o suficiente e que também necessita de urgente definição (AGUIAR FILHO, 2012).

Também procuramos saber dos gestores de recursos humanos se, na avaliação deles, existiam questões que poderiam dificultar a implementação da Matriz Mínima. Com exceção do Gestor 4 (Uruguai) que disse não haver dificuldades nesse sentido, os demais gestores apontaram as seguintes:

Gestor 1

Para a Argentina

1) El carácter federal de la gestión y regulación del ejercicio profesional. Otros procesos de Regulación por parte de subsectores como la Seguridad Social.

2) Diferentes modalidades de la gestión de la información de salud en las distintas provincias y en los subsectores del sistema de salud.

Para los Estados Partes

3) La falta de asignación presupuestaria específica para facilitar los desarrollos informáticos y el trabajo técnico conjunto por fuera de las reuniones ordinarias.

Gestor 2

1) Garantir ampla participação dos/as profissionais - o preenchimento é voluntário - será necessário uma ampla divulgação.

2) Diferenças de sistemas e formas de sistematização da informação entre os quatro países.

3) Superar a dispersão de informações, em especial na Argentina e no Brasil.

⁴ A Plataforma Arouca é um banco de dados que concentra informações sobre os profissionais de saúde que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), reunindo dados sobre o seu histórico educacional e profissional que se encontram dispersos em várias fontes, buscando, dessa forma, atender às necessidades de informações sobre educação para os profissionais de saúde, gerentes de unidades de saúde, gestores do SUS dos diversos níveis de governo, conselhos profissionais e instituições de ensino públicas e privadas ofertantes de cursos na área de saúde. É um banco, a princípio, mais voltado para a área da gestão da educação, não sendo, no nosso entendimento, instrumento ideal para a inserção da Matriz Mínima, que deveria constar de sistema gerencial voltado para gestão do trabalho.

Gestor 3

- 1) Dificultades en la compatibilización de currículum de formación profesional.
- 2) Diferentes legislaciones para el reconocimiento y habilitación profesional en los Estados Partes.
- 3) Dificultades con la estandarización en la base de datos. (AGUIAR FILHO, 2012, P. 86).

Ou seja, a gestão das informações em saúde, no que concerne aos recursos humanos em cada país, coloca-se como importante dificuldade a ser suplantada no tocante à implementação da Matriz Mínima, principalmente na Argentina e no Brasil, onde os Ministérios da Saúde não detêm essa informação, dependendo das províncias (Argentina) ou dos Conselhos Profissionais (Brasil) para obtê-las.

A existência de diferentes legislações para o reconhecimento e habilitação profissional entre os Estados Partes e os distintos currículos existentes para a formação profissional foram assuntos debatidos no âmbito da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional, sem que se tenha conseguido chegar a um denominador comum em relação a eles, pois demandaria a necessidade de amplos acordos entre os Estados Partes, com vistas à superação dessas questões. Consideramos que esse tema poderia ter avançado muito se tivesse ocorrido uma articulação entre o SGT nº 11 'Saúde' e o Setor Educacional do Mercosul há mais tempo, bem como maior envolvimento das corporações profissionais em trabalharem com a Subcomissão, no sentido de buscarmos essa compatibilização (AGUIAR FILHO, 2012).

Quando perguntados se o Ministério da Saúde ou a área de recursos humanos possuía sistema de informações de recursos humanos capaz de permitir o controle da migração e/ou imigração de profissionais de saúde no país, somente o Gestor 1 informou

possuir esse sistema no âmbito do Ministério da Saúde, citando também que outros órgãos do governo realizam esse controle: as áreas responsáveis pelo exercício profissional das províncias, a Dirección Nacional de Migraciones (Ministerio del Interior) e o Ministerio de Educación, no que concerne ao processo de reconhecimento e revalidação de títulos. Os demais países não possuem sistema ou outro órgão que faça esse controle, embora no Brasil, como existe a necessidade de inscrição nos Conselhos Profissionais para o exercício da atividade, estes possuem informações sobre os profissionais de outros países que nele atuam, apesar de não obrigatoriamente sobre os que saem do país, pois se tal fato não for informado ou o profissional não proceder baixa em sua inscrição, ele continuará registrado e constando como atuando no Brasil. É interessante que o Paraguai e o Uruguai, que possuem sistemas de registro centralizados, não tenham caminhado por constituir um mecanismo informatizado para controlar a migração e/ou imigração de profissionais de saúde no país, considerando que teriam mais facilidade de estabelecer sistema de informação nesse sentido do que Argentina e Brasil (AGUIAR FILHO, 2012).

Em relação à entrada em vigor do estabelecido pelo Protocolo de Montevidéu, quanto ao livre trânsito de bens e serviços e dos profissionais de saúde entre os países do Mercosul, enquanto o Gestor 3 apresentou uma visão pessimista em relação à possibilidade da entrada em vigor do Protocolo de Montevidéu em curto período, os demais países do Mercosul avaliaram positivamente o fato, embora Brasil e Uruguai tenham colocado ressalvas, relacionadas com a possibilidade de ocorrência de um processo migratório em busca de mercados que paguem melhor e que ofereçam melhores condições de trabalho, o que poderia causar situação de vulnerabilidade em países que contam com um número justo de profissionais, como é o caso do Uruguai, bem como proporcionar o

aumento da terceirização e da precarização das relações de trabalho nos países da região (AGUIAR FILHO, 2012).

Já o que deveria ser adequado para a implementação do Protocolo de Montevideu, o Gestor 3 nos traz uma crítica bastante interessante e que vai de encontro ao nosso pensamento sobre o que ocorre no âmbito do SGT nº 11 'Saúde' no tocante ao exercício profissional. Para ele, se deve:

Establecer un comité permanente que se dedique en forma exclusiva a trabajar en lo referente al ejercicio profesional, con todas sus implicaciones, estudio de curricula, legislaciones, registro y habilitación de profesionales y fortalecer el trabajo de los GT que trabajan en salud de fronteras. Creo que las reuniones semestrales no avanzan porque todos los miembros creo, realizan otras funciones con mucha carga horaria y responsabilidad dentro de los respectivos Ministerios, que no les permite mucha dedicación a la agenda de trabajo de las distintas subcomisiones. (AGUIAR FILHO, 2012, P. 89).

Entendemos que essa colocação aponta para a necessidade de profissionalizar o SGT nº 11, por meio da institucionalização de uma estrutura própria para trabalhar ações relacionadas ao setor saúde e, em especial, as do desenvolvimento e exercício profissional, sem que essa responsabilidade recaia sobre profissionais que possuem atividades outras no âmbito dos Ministérios da Saúde e acabam não se dedicando satisfatoriamente à agenda do SGT nº 11.

Também é interessante a declaração do Gestor 2, informando que

O Ministério de Relações Exteriores já faz algum nível de consulta sobre os impactos que esse processo pode provocar, mas o processo precisa ser aprimorado. É preciso instalar o mais breve possível o GT integrado pelos Ministérios de Relações Exteriores, Saúde e Trabalho dos quatro países do Mercosul, já

aprovado pelo GMC e, principalmente integrar as representações colegiadas e sindicais das profissões da área de saúde já reconhecidas pelo Mercosul, para que forneçam as informações e avaliação necessárias. (AGUIAR FILHO, 2012, P. 90).

Esse fato se constitui em claro indicativo de que se considera a implementação do Protocolo de Montevideu em curto período. Por outro lado, a criação de um GT integrado pelos Ministérios das Relações Exteriores, da Saúde e do Trabalho dos Estados Partes coloca em cena um ator importantíssimo nesse processo, que até então não tinha se integrado com o setor saúde nessa discussão, o Ministério do Trabalho, a quem caberá estabelecer os meios legais para garantir os direitos trabalhistas daqueles que optarem por realizarem suas atividades profissionais fora do seu país. Também a participação das representações colegiadas e sindicais das profissões de saúde dos Estados Partes nos debates era antiga reivindicação do Brasil, que agora parece caminhar para se concretizar (AGUIAR FILHO, 2012).

Ainda sobre essa questão, o Gestor 1 colocou que o que precisa ser adequado para que o Protocolo de Montevideu entre em vigor é que todos os Estados Partes possam realizá-lo sobre as mesmas condições. Já o Gestor 4 entende que devem se afinar os sistemas de informação e controle de profissionais entre os Ministérios da Saúde da Região antes de se pôr em prática a livre circulação de profissionais (AGUIAR FILHO, 2012).

Os gestores foram perguntados também se a Unidade de Recursos Humanos estabelece interlocução com os representantes das corporações profissionais de saúde para debater o exercício profissional no Mercosul, sendo que todos responderam positivamente a essa questão, embora essa interlocução se processe em diferentes níveis. Entretanto, pelas respostas fornecidas, entendemos que apenas o Brasil possui um canal permanente de interlocução com os representantes

das corporações profissionais de saúde para debater o exercício profissional no Mercosul, sendo que nos demais países essa interlocução ocorre de forma pontual (AGUIAR FILHO, 2012).

Uma vez que os gestores também informaram que têm conhecimento das discussões realizadas entre as corporações profissionais sobre o exercício profissional no âmbito do Mercosul, essa experiência poderia (e deveria) ser aproveitada, pois certamente muito contribuiria para avançar nas discussões sobre exercício profissional, quer internamente, quer entre os Estados Partes do Mercosul.

Por fim, instados a dar sua opinião sobre o processo de integração no Mercosul, considerando a área de recursos humanos, os gestores manifestaram que:

Es un proceso que ya tiene un camino recorrido, pero que necesita todavía mayor decisión para la implementación interna en los Estados Parte. Se han hecho muchos avances y la matriz ha movilizado procesos interesantes en todos los países y desarrollos de diversos sistemas de información, pero aún no es suficiente. El campo es complejo y la diversidad de actores en cada Estado Parte, sumado a la capacidad de rectoría y el interés particular en avanzar de cada país, configura un escenario con avances y retrocesos que se profundizan con los cambios de gestión de gobierno de los Estados. En algunas circunstancias, prevalecen los intereses corporativos. Por otra parte, para poder ir un paso delante de las asimetrías, es necesario trabajar en conjunto los perfiles y necesidades de recursos humanos, para orientar las futuras formaciones en los cuatro países. En ese sentido, es importante profundizar el trabajo con el Mercosur Educativo. (Gestor 1).

Apesar das dificuldades e da complexidade que se reveste a integração entre países quando tratamos da composição do mercado de trabalho, diferenças culturais, profissionais

e corporativas, temos avançado lentamente, mas de forma segura. Gastamos um longo tempo para formatar a Matriz Mínima, fase concluída em 2011. Foi um processo amplamente discutido e consensuado com as entidades profissionais, acredito que o Sistema de Informações criado será consistente e apoiado pelas entidades. Por outro lado, sabemos que o livre trânsito de profissionais de saúde nos suscita em estar ainda mais atentos e envolvidos aos temas relacionados com a questão ética e disciplinar, a garantia de elevação e melhoria da formação e valorização dos profissionais. Entendemos que esses temas em grande parte já são enfrentados no âmbito nacional, portanto se houver uma colaboração estreita entre as áreas de gestão do trabalho em saúde dos países do Mercosul, conjuntamente com as entidades profissionais e sindicais, conseguiremos negociar as melhores soluções e avançar. (Gestor 2).

Pienso que es un proceso que si bien se ha iniciado aún no ha madurado y que debe ser fortalecido entre los Estados Partes para disminuir las brechas existentes y que em un tiempo no tan lejano se pueda cumplir con la libre circulación de profesionales y servicios em la región. (Gestor 3).

Se ha avanzado muy lentamente. Se aprobó la matriz mínima, se comenzó a implementar. [...] No se ha avanzado lo suficiente em la armonización de las profesiones. (Gestor 4). (AGUIAR FILHO, 2012, P. 92-93).

Embora avanços no processo de integração tenham ocorrido, na avaliação dos gestores, esse avanço está se processando de forma muito lenta, com muitas dificuldades a serem ainda transpostas, havendo a necessidade de avançar na superação dos problemas apontados, de uma colaboração mais estreita entre as áreas de gestão do trabalho em saúde dos países do Mercosul, conjuntamente com

as entidades profissionais e sindicais, sem o qual não será possível lograr êxito e avançar no processo de integração, considerando a questão do livre trânsito dos trabalhadores de saúde no Mercosul, conforme sinalizado pelo Gestor 2.

Podemos afirmar, a partir das respostas fornecidas, que as Unidades de Recursos Humanos dos Ministérios da Saúde dos Estados Partes ainda têm um caminho a percorrer, no que concerne a se estruturarem para enfrentar as questões colocadas, uma vez que as ações a serem implementadas dependem, em grande parte, dos acordos concluídos nas instâncias políticas, responsáveis pelo processo de integração em andamento no Mercosul (AGUIAR FILHO, 2012).

Considerações finais

Ao longo de sua existência, o Mercosul acabou incorporando na agenda, entre os temas de tratamento prioritário, as questões sociais, embora o componente comercial seja o eixo norteador do processo de integração. Isso introduz um “estado permanente de instabilidade, produto dos atritos constantes entre os interesses comerciais nacionais concorrentes dos países que conformam o bloco” (PRONKO ET AL., 2011, P. 51), levando à constatação que o Mercosul ainda constitui uma somatória de países, sem que haja uma consciência comunitária do bloco. Essa questão, aliada ao fato de ser o Mercosul uma iniciativa eminentemente intergovernamental, estaria na base do chamado ‘deficit de supranacionalidade’, que alguns autores consideram um dos principais pontos fracos do processo de integração (PRONKO ET AL., 2011).

O próprio setor saúde não escapa da influência desse componente comercial, tão presente no processo de constituição do Mercosul, considerando que a grande maioria das Resoluções aprovadas pelo Grupo Mercado Comum (GMC) oriundas do SGT nº 11 está relacionada com bens,

serviços e produtos na área da saúde.

A perspectiva da entrada em vigor do Protocolo de Montevideu, permitindo o livre trânsito de bens e serviços entre os países do Mercosul, constitui-se em motivo de preocupação, em especial por parte do setor saúde, por suas especificidades e pelas consequências e impactos que essa abertura poderá proporcionar. Essa preocupação está presente nas falas dos gestores de recursos humanos entrevistados, uma vez que pouco se avançou na construção e consolidação de uma política, capaz de dar respostas efetivas às questões relativas à gestão do trabalho em saúde no âmbito do bloco.

Muitas hipóteses podem ser consideradas sobre o porquê disso, e em nossa avaliação, isso está relacionado com a própria formação do Mercosul, em que seus órgãos decisórios não foram constituídos enquanto organismos de caráter supranacionais, não havendo assim entrada em vigor automática das decisões emanadas por eles.

Com efeito, os órgãos decisórios do Mercosul – Conselho do Mercado Comum (CMC), Grupo Mercado Comum (GMC) e Comissão de Comércio do Mercosul (CCM) – possuem

[...] caráter exclusivamente intergovernamental e, por estarem compostos de representações nacionais, não possuem natureza supranacional, nem no seu funcionamento, nem nas suas decisões. Essa estrutura de funcionamento, somada à centralidade do componente comercial da integração, tem efeitos claros nas tomadas de decisões mais abrangentes que envolvem aspectos setoriais. (PRONKO ET AL., 2011, P. 39).

Essa falta de supranacionalidade impede que eles tenham poderes para emitir normas e decisões automaticamente vinculantes dentro do sistema. Isso porque

[...] um órgão supranacional existe sempre que os Estados-membros transferem ao

mesmo poderes que normalmente são exercidos somente pelos órgãos governamentais de Estados soberanos, incluindo a capacidade de emitir normas e decisões vinculantes para os Estados, pessoas jurídicas e indivíduos. Determina, portanto, o surgimento de um poder que se coloca acima dos Estados, resultante da transferência definitiva que eles fazem de parte de suas funções próprias aos domínios abrangidos pela entidade supranacional, que passa a exercê-la. (GUZZO, 2008, p. 98).

E embora o Protocolo de Ouro Preto⁵ determine que

[...] as normas terão caráter obrigatório, o modo de sua incorporação, sempre que necessário, é atribuído aos ordenamentos jurídicos nacionais, mediante os procedimentos previstos na legislação interna de cada país. (GUZZO, 2008, p. 98-99).

Assim, comparando a organização institucional da União Europeia (UE) com a do Mercosul, observamos um forte contraste entre ambas.

Na UE, como produto do compartilhamento de soberanias, uma larga e crescente esfera de temas é objeto de decisões adotadas por maioria. No Mercosul, não há soberania compartilhada, de modo que cada Estado conserva a prerrogativa de impedir a adoção de decisões com as quais não concorda. Nesse quadro, o bloco do Cone Sul depende crucialmente, em momentos de impasse, da diplomacia presidencial, isto é, da solução de divergências por meio de reuniões entre os chefes de Estado.

Todo o desenho institucional do Mercosul atesta a prioridade da integração econômica. Ao contrário da UE, cujos tratados apontam para a direção de uma crescente cooperação política, militar e cultural, o bloco do Cone Sul sustenta-se sobre o intercâmbio comercial. (MAGNOLI; ARAÚJO, 2003, p. 51).

Como superar essas questões? É claro que, no que concerne aos aspectos da própria constituição e objetivos do bloco, são questões bastante complexas de serem respondidas, pois demandaria uma ‘refundação’ do Mercosul. Por outro lado, a ausência de harmonização das legislações locais ante o processo de integração também contribuiu para atrasar ou até tornar inócuos alguns desses instrumentos, por não haver compatibilização legal sobre o assunto entre os Estados Partes. Isso, por exemplo, impediu que se conseguisse compatibilizar as especialidades médicas comuns no Mercosul até a presente data, embora a Resolução GMC nº 73/2000 estabelecesse o prazo de dois anos, a partir de sua publicação, para que isso fosse concluído e efetivado.

A falta de integração entre as diferentes instâncias burocráticas do Mercosul também contribuiu para essa situação, pois como discutir saúde, educação e trabalho no Mercosul sem que os respectivos setores responsáveis trabalhassem de forma conjunta para chegar a um denominador comum. Ademais, apesar de quase 15 anos de discussões sobre exercício profissional no âmbito do Mercosul, também não se efetivou uma articulação entre as Unidades de Recursos Humanos dos Ministérios da Saúde dos Estados Partes para, entre si, discutirem ações comuns, considerando o processo de integração regional.

A articulação entre as áreas da saúde, educação e trabalho no Mercosul, embora tardiamente, começou a ocorrer, premido talvez pela necessidade de caminhar na elaboração de políticas concretas com vistas ao processo de integração regional, na medida em que a entrada em vigor do Protocolo de Montevidéu, permitindo o livre trânsito de bens e serviços entre os países integrantes do bloco, está para tornar-se uma realidade.

Isso vai requerer, por parte de todos os atores interessados, enormes esforços para a superação dos desafios que se colocam, uma vez que não podemos pensar em livre trânsito dos profissionais (que virão a reboque do

⁵ Assinado em dezembro de 1994, o Protocolo de Ouro Preto dotou o Mercosul de personalidade jurídica interna e internacional e definiu a estrutura institucional do bloco.

livre trânsito de bens e serviços) sem termos soluções concretas para os problemas que incidem diretamente sobre a gestão do trabalho em saúde, tais como a compatibilização de currículos, registro e habilitações profissionais, quer de nível superior, quer de nível médio; as diferentes legislações em relação ao exercício profissional existentes nos Estados Partes; a existência de diferentes entendimentos sobre o que é profissão de saúde e quais são elas no Mercosul; a inexistência de um sistema de informações comum entre os Estados Partes que permita intercambiar os dados dos profissionais que desejarem transitar entre eles. Isso sem entrarmos em consideração sobre questões correlatas, como jornada de trabalho, piso salarial e previdência social dos trabalhadores que desejarem transitar entre os Estados Partes, assuntos afeto, no Mercosul, ao SGT nº 10 – Assuntos Trabalhistas, Emprego e Seguridade Social, mas de grande interesse do setor saúde.

O envolvimento das corporações dos profissionais de saúde no debate de questões como compatibilização curricular e organização das profissões nos países do Mercosul se faz importante, pois esses são temas que constituem campo de experiência e domínio das referidas corporações. Se as elas estivessem atuando em conjunto com as Unidades de Recursos Humanos dos Ministérios da Saúde e com a Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional, teríamos avançado muito em termos da elaboração de propostas e sugestões a serem levadas à consideração dos órgãos competentes para apreciação. Essa experiência foi realizada com grande sucesso na Comunidade Europeia, e é uma pena que não soubemos aproveitá-la no Mercosul, apesar da sugestão para a criação de um Fórum Permanente Mercosul no âmbito da Subcomissão, nos moldes do Fórum existente no âmbito da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, o que não foi aprovado (AGUIAR FILHO, 2012).

A institucionalização da Coordenação Nacional de Saúde do Mercosul no âmbito dos Ministérios da Saúde, com corpo técnico

específico para tratar dos temas relativos à saúde no Mercosul e, em especial, ao exercício profissional, coloca-se como importante questão a ser debatida, pois, conforme apontado anteriormente, a ausência do que poderíamos colocar como ‘não profissionalização’ do SGT nº 11 acaba prejudicando o desenvolvimento dos trabalhos das Comissões e Subcomissões existentes, visto que seus integrantes, na maioria das situações, também respondem por áreas importantes na estrutura de seus Ministérios de origem, o que lhes deixa pouco tempo para se dedicarem a contento em relação ao Mercosul (AGUIAR FILHO, 2012).

Assim, a partir das informações fornecidas pelos gestores das Unidades de Recursos Humanos dos Ministérios da Saúde dos Estados Partes, algumas questões se colocam relevantes para conhecer o papel delas no processo de integração regional.

No que concerne ao papel a ser desempenhado pelas Unidades com vistas à abertura das fronteiras ao livre trânsito de profissionais de saúde, vemos que elas exercerão papel importante nesse processo, na medida em que todas elas serão responsáveis por esse controle. Entretanto, esse papel se dará de diferentes maneiras, como é o caso de Argentina e Brasil, que farão esse trabalho de forma compartilhada com as províncias e com os Conselhos Profissionais de Saúde respectivamente (AGUIAR FILHO, 2012).

Quanto à implementação da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde no Mercosul, instrumento gerencial que permitirá controlar o trânsito de profissionais, isso também se dará de forma diferente entre os Estados Partes, sendo que enquanto os Ministérios da Saúde do Brasil, Paraguai e Uruguai ficarão responsáveis por essa implementação, na Argentina, tal tarefa será de responsabilidade das províncias e, no âmbito do Ministério da Saúde, da Subsecretaria de Políticas, Fiscalização e Regulação (AGUIAR FILHO, 2012).

Outro ponto destacado é que, à exceção da Argentina, os demais países não possuem

sistemas de informações para controlar a migração e/ou imigração de profissionais de saúde. Aliás, as diferenças dos sistemas de informações e de formas de sistematização das informações nos Estados Partes constitui uma questão que dificulta a implementação do Protocolo de Montevidéu (AGUIAR FILHO, 2012).

De modo geral, a perspectiva da abertura das fronteiras ao livre trânsito de profissionais é vista de forma positiva pelos gestores consultados, pois poderia contribuir para aumentar o quantitativo de profissionais em áreas carentes. Por outro lado, isso também poderia acarretar um processo intenso de migração de determinados profissionais de um país para outro, causando desequilíbrio na oferta de serviços de saúde em determinadas regiões. Também o aumento da terceirização e da precarização das relações de trabalho são colocados como aspectos negativos em relação a essa questão. Nesse sentido, é importante um trabalho conjunto entre as Unidades de Recursos Humanos dos Ministérios da Saúde na busca de soluções pactuadas para a superação dos problemas (AGUIAR FILHO, 2012).

Os gestores apontam que o processo de integração tem avançado muito lentamente, e a existência de pendências a serem resolvidas no campo da gestão do trabalho, como a harmonização das profissões, ausência de sistemas de informações integrados entre os Estados Partes etc., são fatores que interferem para o sucesso do processo de integração regional.

Em relação ao fato de as Unidades de Recursos Humanos estarem preparadas para o enfrentamento da situação que se configura no Mercosul relativo ao livre trânsito de profissionais de saúde, nosso entendimento é que nenhuma delas atingiu um estágio capaz de dar conta, satisfatoriamente, das exigências que o livre trânsito de profissionais irá acarretar, mesmo porque a indefinição de políticas concretas no campo da gestão do trabalho para o

Mercosul contribui para isso.

Apesar de existir uma descrença sobre a possibilidade da efetivação do preconizado pelo Protocolo de Montevidéu em curto prazo, os esforços políticos realizados no âmbito dos Estados Partes apontam para a efetivação da constituição do Mercado Comum no âmbito do Mercosul. A própria criação de um Grupo de Trabalho composto pelos Ministérios das Relações Exteriores, Saúde e Trabalho, bem como de representantes das profissões de saúde dos Estados Partes para tratar dessa questão, é um indício claro de que o Mercosul trabalha com a real possibilidade da abertura das fronteiras ao livre trânsito dos profissionais para em breve (AGUIAR FILHO, 2012).

Devido à complexidade do tema abordado, não pretendemos fornecer respostas acabadas para as questões aqui levantadas. É importante salientar que a limitação deste artigo é que ele se constitui em produto de uma dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Pública, com ênfase na gestão do trabalho em saúde, que permitiu avançar na perspectiva da compreensão da área no Mercosul, sendo que no futuro, uma atualização sobre as estruturas de recursos humanos dos Ministérios da Saúde dos Estados Partes do Mercosul e seu papel no processo de integração regional possa ser realizada, para conhecermos os avanços ocorridos, entendendo que o presente estudo constitui ponto de partida para futuras análises, já que a questão da gestão do trabalho em saúde no Mercosul ainda é assunto muito pouco explorado, com poucos estudos sobre o tema.

Finalizando, esperamos que este trabalho contribua para o debate em relação aos problemas enfrentados pela gestão do trabalho no âmbito do Mercosul, proporcionando que, em breve, tenhamos não apenas os países do Mercosul, mas toda a América Latina unida por laços indissolúveis de fraternidade e na busca do bem-estar e da justiça social para seus povos. ■

Referências

- AGUIAR FILHO, W. *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.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Chamado a Ação de Toronto 2006-2015: rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- GUZZO, F. C. R. G. Aspectos institucionais do Mercosul. *Revista Jurídica da FAMINAS*, Muriaé, v. 4, n. 1, p. 77-99, jan./jul. 2008.
- MAGNOLI, D., ARAÚJO R. *O Projeto da Alca: Hemisfério americano e Mercosul na ótica do Brasil*. São Paulo: Moderna, 2003.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Perfil de las Unidades de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud de América Latina y el Caribe*. San José: OPAS, 2008.
- PIERANTONI, C. R. *et al.* Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312008000400005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 jun. 2017.
- PRONKO, M. *et al.* (Org.). *A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.