

JÚLIO CÉSAR MARCHI

**O PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE
SAÚDE NO MERCOSUL: UMA ANÁLISE DAS
PERSPECTIVAS E OBSTÁCULOS NO ÂMBITO DA
PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

**FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA – BRASIL
2000**

JÚLIO CÉSAR MARCHI

**O PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE
SAÚDE NO MERCOSUL: UMA ANÁLISE DAS
PERSPECTIVAS E OBSTÁCULOS NO ÂMBITO DA
PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

**Dissertação apresentada ao Curso de Pós-
Graduação em Saúde Pública do
Departamento de Saúde Pública da
Universidade Federal de Santa Catarina,
como requisito parcial à obtenção de grau
de mestre.**

ORIENTADOR: Prof. Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas

**FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA - BRASIL
2000**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

TÍTULO

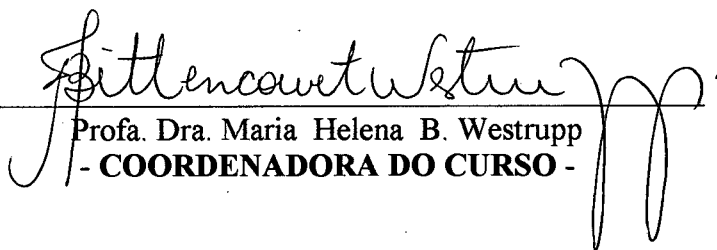
**"O PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MERCOSUL:
UMA ANÁLISE DAS PERSPECTIVAS E OBSTÁCULOS NO ÂMBITO DA
PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS".**

AUTOR: JÚLIO CÉSAR MARCHI

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE:

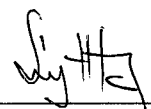
MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE**




Prof. Dra. Maria Helena B. Westrupp
- COORDENADORA DO CURSO -

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas



Prof. Dra. Ivete Simionatto



Prof. Dra. Maria Eliana Labra

DEDICATÓRIA

...Longe da razão
Locupletando corações e mentes
Louco de amor pela vida
Luz
Luar
Luzindo nosso caminho
Luan.
(*poema pra Mãe de Maio - 1998*).

A Josi, companheira de muitas lutas, amarguras e glórias partilhadas, sem a qual esta Tese (e muitas outras) seriam muito mais difíceis.

À mama ("Bó" – Voquinha) Wanda, pelo contínuo processo de geração e entrega na estrada da vida.

Ao meu pai Remígio, (*in memoriam*) e aos tios Wilson e Altamiro, pois a paternidade é também um processo coletivo.

A todos que lutam por uma América Latina livre, soberana e sem fronteiras.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador e companheiro de longa jornada, Sérgio. Tudo seria mais difícil sem as propriedades antigripais da anchova, o gelinho de água de côco e a tolerância dos que conhecem os limites alheios.

A minha família, que no decorrer destes quarenta anos, me faz existir mais plenamente em cada compartilhar.

Aos colegas e professores de mestrado, pelo aprendizado e apoio.

A Cristina, Augusto e Odilon Faccio, pelo apoio decisivo na coleta, trabalho dos dados e apresentação.

Aos dirigentes e técnicos dos Ministérios de Saúde que disponibilizaram informações, contribuindo decisivamente na conclusão deste trabalho.

Aos que se dedicam na construção de uma Universidade pública, democrática e de qualidade, onde predominam os processos seletivos transparentes e eqüitativos.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	vii
LISTA DE GRÁFICOS	vii
LISTA DE QUADROS	viii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	lx
RESUMO	xi
ABSTRACT	xii
1. INTRODUÇÃO	13
2. METODOLOGIA	16
2.1. Tipo de estudo	16
2.2. Pergunta da Pesquisa	17
2.3. Procedimentos Metodológicos	17
2.3.1. Fases da Análise de Conteúdo	18
3. OBJETIVOS	22
3.1. Objetivo Geral	22
3.2. Objetivos Específicos	22
4. MERCOSUL: Contextualização Histórica e Sócio-Econômica	23
4.1. A Nova Ordem Mundial e os Blocos Econômicos	23
4.2. Perfil Sócio-Econômico dos Países Membros	26
4.3. Histórico – Antecedentes do Mercosul	32
4.4. Tratados, Protocolos e Desenvolvimento do Mercosul: Avanços e Recuos	37
4.5. Impasses e Perspectivas do Processo de Integração	44
5. SISTEMAS DE SAÚDE NOS PAÍSES DO MERCOSUL	49
5.1. Indicadores de Sobrevivência	52
5.2. Indicadores de Nutrição	55
5.3. Indicadores dos Serviços de Saúde	56
5.3.1. Cobertura	56
5.3.2. Efetividade	58

5.3.3. Financiamento	60
5.4. Indicadores das Políticas de Saúde	63
6. O SUBGRUPO DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	69
6.1. Criação e Organização do Subgrupo de Saúde	69
6.2. A Subcomissão de Prestação dos Serviços de Saúde	75
6.3. Percepção dos Dirigentes e Atores Sociais da Subcomissão, Acompanhamento das Reuniões	81
6.3.1. O Papel dos Setores Público e Privado e o estágio das Normatizações	81
6.3.2. Dificuldades e Facilidades no Processo de Integração	83
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
ANEXOS	101

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01: Mapa do Território do Mercosul.	28
FIGURA 02: Organograma da Estrutura Institucional do Mercosul, 1997.	40
FIGURA 03: Organograma do SGT 11, 1998.	74

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01: Índice de Desenvolvimento Humano dos Países do Mercosul.	30
GRÁFICO 02: Salário Mínimo no Mercosul (US\$).	31
GRÁFICO 03: Índice de Desemprego no Mercosul.	32
GRÁFICO 04: Evolução da Corrente de Comércio no Mercosul.	43
GRÁFICO 05: Expectativa de Vida ao Nascer nos Países do Mercosul, segundo Sexo, 1998.	52
GRÁFICO 06: Mortalidade Infantil dos Países do Mercosul, 1998.	54
GRÁFICO 07: Mortalidade de 01 a 04 anos entre os Países do Mercosul.	55
GRÁFICO 08: Desnutrição da População abaixo de 5 anos de idade nos Países do Mercosul.	56
GRÁFICO 09: Cobertura da População dos Países do Mercosul nos Aspectos de Saneamento, 1995.	57
GRÁFICO 10: Imunizações em Menores de 1 ano de idade nos Países do Mercosul.	59

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01: Comparação entre os Principais Blocos Econômicos.	25
QUADRO 02: Dados Gerais Sócio-Demográficos e Econômicos do Mercosul.	27
QUADRO 03: Investimentos das Multinacionais no Mercosul.	44
QUADRO 04: Indicadores de Saúde Utilizados na Análise dos Sistemas de Saúde, segundo Metas Estabelecidas pela OMS.	51
QUADRO 05: Relação de Profissionais de Saúde por Habitante, recomendada pela OMS.	57
QUADRO 06: Gasto nacional em Saúde (GNS) nos Países do Mercosul e Países da Comunidade Econômica Européia, 1995.	61
QUADRO 07: Síntese dos Trabalhos da Subcomissão de Prestação dos Serviços de Saúde no Período 1998-1999 e Previsão para Conclusão dos Trabalhos.	81

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AL	América Latina
ALADI	Associação Latino Americana de Integração
ALALC	Associação Latino Americana de Livre Comércio
ALCA	Área de Livre Comércio das Américas
APEC	Cooperação Econômica da Ásia e do Pacífico
BCG	Bacilo de Calmette-Guérin – Vacina contra Tuberculose
BIRD	Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento – BM
BM	Banco Mundial
CCM	Comissão de Comércio do Mercosul
CEE	Comunidade Econômica Européia
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina e Caribe
CFM	Conselho Federal de Medicina
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DESEP	Departamento de Estudos Sócio-Econômicos e Políticos
DIEESE	Departamento Intersindical de Estudos Econômicos e Estatísticas
DPT	Vacina contra Difteria, Pertussis (“tosse comprida”) e Tétano
DRU	Desvinculação de Receitas da União
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
FMI	Fundo Monetário Internacional
GATT	Acordo Geral de Tarifas e Comércio
GMC	Grupo de Mercado Comum
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCOSUL	Iniciativa do Cone Sul
INCOSUR	Iniciativa del Cono Sur
IPRI	Instituto de Pesquisa de Relações Internacionais do Itamaraty
LA	Latino América
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MERCOSUR	Mercado Común dei Sur
MI	Mortalidade Infantil
MRE	Ministério de Relações Exteriores
MS	Ministério da Saúde
NAFTA(TLC)	Acordo ou Tratado de Livre Comércio da América do Norte

NOB	Norma Operacional Básica
NV	Nascidos Vivos
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPS/OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PEA	População Economicamente Ativa
PIB	Produto Interno Bruto
PICE	Programa de Integração e Cooperação Econômica
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SGT	Subgrupo de Trabalho
SPT 2000	Saúde Para Todos no ano 2000
TEC	Tarifa Externa Comum
UE	União Européia
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

RESUMO

O presente estudo analisa os aspectos político-institucionais bem como as perspectivas e obstáculos do projeto de integração dos serviços de saúde nos países do Mercosul. A metodologia utilizada foi: a) *Análise Documental* de materiais oficiais e não oficiais, publicados ou não; e b) *Análise de Conteúdo*, através de entrevistas semiestruturadas realizadas em reuniões da Subcomissão de Prestação dos Serviços de Saúde. Verificou-se a percepção dos representantes dos países na Subcomissão sobre as facilidades e os obstáculos no processo de integração dos serviços. Na seqüência, compararam-se os posicionamentos dos entrevistados, as resoluções da Subcomissão e as impressões do investigador, no acompanhamento das reuniões e contatos com os atores sociais envolvidos. Após a Introdução, o trabalho apresenta nos capítulos dois e três a Metodologia e os Objetivos. No quarto capítulo contextualiza-se o Mercosul na nova ordem mundial, inserido na globalização – regionalização, com a constituição de “blocos econômicos”. Situa-se sócio-economicamente os países membros, analisando dados referentes à demografia, Índice de Desenvolvimento Humano, salário mínimo e desemprego. Realiza-se ainda um histórico do Mercosul com seus Acordos, Protocolos, estrutura e desenvolvimento do Tratado, além de apontar os impasses e perspectivas do processo de integração. No quinto capítulo analisa-se os Sistemas de Saúde utilizando indicadores e metas estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde no seu “Programa Saúde Para Todos no ano 2000”. São eles: indicadores de sobrevivência, indicadores de nutrição, indicadores dos serviços de saúde, indicadores das políticas e estratégias de saúde. No sexto capítulo aborda-se a construção do Subgrupo de Trabalho – SGT 11 “Saúde”, particularmente sua *Subcomissão de Prestação dos Serviços de Saúde*. Segue-se uma análise do conteúdo das entrevistas realizadas nesta Subcomissão. Nas Considerações Finais, destaca-se que a harmonização de normas e legislações para a integração dos serviços, apesar das manifestações positivas de todos os países, enfrenta grandes dificuldades frente às diferenças históricas dos sistemas, além da complexidade da organização dos serviços de saúde. Nos trabalhos da Subcomissão destaca-se a aprovação do Glossário de Termos Básicos, a busca da harmonização das normas de atenção em áreas prioritárias, além da categorização e habilitação dos estabelecimentos e serviços de saúde. De uma maneira geral, os indicadores de saúde da Argentina e Uruguai são melhores que os do Brasil e bem melhores que do Paraguai. Os gastos públicos no setor saúde, com exceção do Uruguai, estão aquém das necessidades, comprometendo a cobertura e equidade, o que pode obstaculizar a oferta de serviços públicos no processo de integração. O Brasil destaca-se nos debates e proposições na Subcomissão, com iniciativas de acordos bilaterais a partir de demandas concretas em áreas de fronteiras. Aponta para a necessidade de criação de mecanismos de compensação que ressarciriam qualquer ação de saúde, realizada pelos sistemas públicos a qualquer cidadão originário do Mercosul, incluindo àqueles que tenham planos de saúde privados.

ABSTRACT

The present study has analyzed the political institutional aspects as well as the prospects and obstacles of the project of integration of the health services in the countries, which form part of the "Mercosul" - Common Market of the South. The methodology used was: a) *Documentary Analysis* of official and non-official documents, published or not; and b) *Analysis of Content*, by means of semistructured interviews made in the meetings of the *Subcommission of Health Services*. It was checked the perception of the representatives of the countries for the Subcommission, about the facilities and obstacles in the process of integration of the services. Afterward, it was made a connection among the opinions of the interviewees, the decisions of the Subcommission and the point of view of the researcher, in the follow-up of the meetings and getting in touch with the social actors related to these matter. After the Introduction, the research presents in the chapters two and three the Methodology and Objectives. In the fourth chapter the Mercosul is analyzed in the context of the new world order, inserted in the globalization - regionalization, with the constitution of "economic blocks". The member countries are situated in terms of social and economic aspects, analyzing data related to demography, Index of Human Development, minimum wage and unemployment. It is still made a historical analysis of the Mercosul, with Agreements, Protocols, structures and development of the Agreement; besides demonstrating the obstacles and perspectives of the integration process. In the fifth chapter, it is analyzed the Health Systems by using indicators and goals established by the World Health Organization in its "Health Program for Everybody in the Year 2000"; which are: survival indicators, nutritional indicators, health service indicators, indicators of the politics and strategies of health. In the sixth chapter, it is made an approach of the constitution of the Group of Work - "SGT 11 - Health", particularly its *Subcommission of Health Care Services*. Thereafter an analysis of content of the interviews proceeded in this Subcommission. In the Final Considerations, it is emphasized that the harmonization of the rules and legislation for the integration of the services, in spite of the positive manifestations of all the countries, faces great difficulties, concerning the historical differences of the Systems, besides the complexity of the organization of the health services. In the work of the Subcommission, initially, it was approved the "Glossary of Basic Terms" and the search for the harmonization of the norms for attention in priority fields, besides the classification and licensing the units and services of health. In general, the health indicators of Argentina and Uruguay are better than the ones of Brazil and much better than the ones of Paraguay. The public health expenses, except for Uruguay, are below the needs, representing a risk for the covering and justness, what may prevent the offer of public services in the integration process. Brazil stands out in the discussions and propositions in the Sub-Commission, with initiatives of bilateral agreements starting from concrete demands in border areas. It points for the need of creating compensation mechanisms, which would reimburse any action of health, accomplished by the public systems to any citizen of Mercosul, including those who have private health care insurance.

1. INTRODUÇÃO

“Vivemos num mundo conquistado, desenraizado e transformado pelo titânico processo econômico e tecnocientífico do desenvolvimento do capitalismo (...). Chegamos a um ponto de crise histórica. Não sabemos para onde estamos indo. Só sabemos que a história nos trouxe a este ponto (...) e se a humanidade quer ter um futuro reconhecível, não pode ser pelo prolongamento do passado ou do presente (...) se tentarmos construir o terceiro milênio nesta base, vamos fracassar.” (HOBSBAWM, 1996, p.562).

O Mercosul – Mercado Comum do Sul - resultado da assinatura do Tratado de Assunção, em 26 de março de 1991, representa a proposta de integração entre Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai, no sentido de construir um mercado comum a partir de 2006, que implica na livre circulação de mercadorias, serviços e fatores de produção – incluídos aí os trabalhadores e a população em geral.

Bolívar (1783-1830), um dos precursores na luta pela integração sócio-econômica-cultural latino-americana, já defendia no século XIX a unificação de toda América do Sul numa “República Federal” (VIERA, 1993).

O Projeto do Mercosul surge noutro contexto. Menos relacionado a uma união de fronteiras, povos e ideologias na construção de uma “Nova América” e mais a necessidade da formação de um bloco econômico, adequado à nova ordem mundial de globalização da economia deste fim de século (PRAXEDES & PILETTI, 1995).

Do ponto de vista dos países do Cone Sul, a integração regional coloca uma série de problemas e desafios. O primeiro deles diz respeito à possibilidade de inserção destes países na economia internacional e da perspectiva de desenvolvimento real a partir de um sistema de relações econômicas multilaterais que favoreça a integração. Outro problema refere-se à integração propriamente dita, considerando-se as possibilidades e conseqüências que esse processo

engendra para os vários países, forças sociais e populações abrangidas (BATTAGLINI et al., 1993). O mercado exigiria a harmonização de uma série de políticas referentes a regras tributárias e tarifárias, tratamento ao capital estrangeiro, políticas de importação/exportação e até normas técnicas e encargos sociais assumidos pelos empregados e empregadores

Esta integração se vincula às influências que operam nos diferentes países envolvidos, o processo migratório decorrente da inserção da população no mercado de trabalho. Na área da saúde, tal processo causa reflexos diretos tanto no perfil de morbi-mortalidade, quanto na oferta de recursos e organização de serviços necessários ao atendimento da demanda gerada.

Quando, no verão de 1995, participando da Operação Verão da Administração Popular no Centro de Saúde de um dos mais freqüentados balneários de Florianópolis (SC), prestava assistência a vários turistas argentinos e uruguaios, deparei-me com os seguintes questionamentos:

- Como ficará a assistência à saúde para a população, turista ou não, que está migrando constantemente nos países do Mercosul?

- Atendendo todos pelo Sistema Único de Saúde – SUS, dentro dos princípios da equidade e universalidade, aqui no Brasil, teríamos a mesma atenção na Argentina, Uruguai e/ou Paraguai quando de nosso deslocamento?

- A universalidade do SUS deveria ser estendida aos estrangeiros? Em caso afirmativo, como garantir o custeio de procedimentos básicos e de maior complexidade, num sistema tão carente de recursos e com tamanha demanda reprimida?

O trabalho prosseguiu e estas dúvidas, próprias de um planejador da Saúde Pública, ficaram guardadas naquele espaço da memória que acumula no decorrer de anos as angústias e desafios pendentes de superação.

Ao preparar o projeto de pesquisa para a seleção do mestrado entendi que a investigação sobre as questões levantadas anteriormente era pertinente ao momento histórico de construção do Mercosul e à temática do curso de Pós Graduação em Saúde Pública. Compreendia, já naquele momento, que o objeto de estudo escolhido – a integração dos serviços de saúde no Mercosul - permeava uma série de dificuldades inerentes ao tempo de evolução do Tratado, à prioridade da integração comercial frente às questões sociais, além da escassa

bibliografia encontrada na área. Apesar disso, assumi este trabalho entendendo sua importância, mesmo que resultasse numa discreta contribuição ao processo de integração dos serviços de saúde e sua população abrangida.

Frente à escassez de dados e constatação inicial da pouca prioridade dada até 1996, à questão da integração dos serviços de saúde, por parte das estruturas dirigentes do Mercosul, parti do questionamento sobre quais as propostas e os acordos estabelecidos para a integração da prestação dos serviços de saúde no âmbito dos países do Mercosul. O avanço do trabalho esteve muito ligado à produção de documentos e resoluções do SGT 11 e sua Subcomissão de Prestação dos Serviços de Saúde, motivo também do prolongamento da pesquisa e coleta de dados até o último mês de 1999.

2. METODOLOGIA

“...não existe concordância, nem quanto a pressupostos teóricos e nem quanto a métodos e técnicas a serem empregados, quando se parte para a tarefa concreta de análise do material...”(MINAYO, 1992, p. 198).

2.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um **estudo descritivo**, à medida que se propõe a *identificar, observar e documentar* as características do seu objeto, que é a Integração da Prestação dos Serviços de Saúde no âmbito do Mercosul. Propõe-se a descrever atividades, objetos e processos identificando as relações existentes, bem como analisar diversos aspectos, dimensões ou componentes da situação a pesquisar.

Este trabalho também pode ser classificado como uma *pesquisa estratégica*, a partir das idéias de BULMER (apud MINAYO, 1992, p.25-26) assim definida:

“...baseia-se nas teorias das ciências sociais, mas que orienta-se para problemas que surgem na sociedade, ainda que não preveja soluções práticas para esses problemas. Ela tem a finalidade de lançar luz sobre determinados aspectos da realidade.”

Ainda segundo a autora, esta metodologia seria a mais apropriada para avaliação de políticas, particularmente adequada para investigação em saúde.

2.2. Pergunta de Pesquisa

Quais as propostas e os acordos estabelecidos para a integração da prestação dos serviços de saúde no Mercosul?

2.3. Procedimentos Metodológicos:

Este trabalho foi desenvolvido a partir de uma *Análise Documental*. Para esta análise, foram estudados materiais oficiais e não oficiais, publicados ou não, principalmente aqueles produzidos dentro do próprio Subgrupo 11, como atas, relatórios, pareceres. Os documentos foram classificados assim:

A. Não Publicados

- A.1. Resoluções
- A.2. Atas de reuniões
- A.3. Informes Técnicos
- A.4. Ofícios e materiais do Conselho Federal de Medicina – representante no SGT 11
- A.5. Declarações Presidenciais
- A.6. Pareceres Técnicos dos Ministérios
- A.7. Relatórios Técnicos.

B. Publicados

- B.1. Informes Técnicos
- B.2. Cartilha de Oficina de Trabalho
- B.3. Jornais

Uma descrição detalhada destes documentos está disponível no Anexo 01. Foram realizadas *Entrevistas Semi Estruturadas* para verificar a percepção dos representantes dos países na subcomissão sobre facilidades e obstáculos no processo de integração dos serviços. Este material foi analisado através da técnica de *Análise de Conteúdo*.

A análise de conteúdo corresponde a um conjunto de técnicas de análise das comunicações através da descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo de dados obtidos mediante técnicas de observação participativa, entrevistas semiestruturadas, textos, ou quaisquer outros documentos que tenham caráter de comunicação. No seu processo analítico exige a aplicação de procedimentos de classificação, codificação e categorização dos dados (BARDIN, 1977; POURTOIS & DESMET, 1992; TRIVIÑOS, 1994; MINAYO, 1994 apud FIGUEROA, 1998).

Seu método pode responder a diferentes objetivos, como: *descrever as características mais importantes de um material ou de um processo; analisar informes; descrever tendências e valores, motivações; analisar técnicas persuasivas e/ou análise de estilo; descrever padrões de comunicação; relacionar características relevantes, atributos e outros* (BISQUERRA, 1989).

2.3.1. Fases da análise de conteúdo:

A. *Pré Análise* – tem como finalidade a organização técnica formulando-se os objetivos que conduzirão a análise de dados. Após realizar as *entrevistas, coleta e tradução de documentos* procedeu-se a seguinte seqüência dos trabalhos: *leitura dos documentos e entrevistas; eleição dos documentos* respeitando as regras de representatividade, exaustividade, homogeneidade e pertinência. Procedeu-se então a *formulação de objetivos, preparação de material e decomposição com normalização do texto* – entendendo-se normalização como um método que garante a homogeneidade da descrição do texto. “Consiste em transformar o discurso, que se encontra em estado bruto como *corpus*, numa manifestação discursiva” (GREIMAS, 1976).

Isto favorece a codificação, que segundo Bardin (1977), corresponde a uma transformação efetuada nos dados brutos dos textos.

B. *Procedimentos de Obtenção das Informações*

B.1 - Reunião do Material, conforme descrito no Anexo 01, Publicados e Não Publicados, a partir do contato com os atores sociais envolvidos na construção do SGT-11.

B.2 - Entrevistas semiestruturadas

As entrevistas foram realizadas nos meses de outubro e dezembro de 1998, durante o acompanhamento das I e II Reuniões Ordinárias da Subcomissão de Prestação dos Serviços de Saúde. Participaram desta etapa oito dirigentes e atores sociais envolvidos no processo dentre os quais: o Vice Ministro de Saúde do Paraguai - coordenador do SGT 11 e representante na Subcomissão, o Diretor do Departamento dos Serviços de Saúde do Ministério de Saúde Pública do Uruguai -representante na Subcomissão, o Diretor do Programa de Atenção Médica do ministério da Saúde da Argentina – representante na Subcomissão, a coordenadora do SGT11 do Brasil, o coordenador da Subcomissão de Prestadores dos Serviços de Saúde do Brasil e seu substituto na I Reunião, o Vice Presidente do Conselho Federal de Medicina do Brasil – representante no SGT11 e coordenador da Subcomissão de Exercício Profissional, além do Secretário Municipal de Saúde de Porto Alegre (BR) – representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) na II Reunião da Subcomissão. Com referência ao envolvimento dos entrevistados com o Mercosul, dois deles estavam iniciando sua participação no processo e os demais estavam envolvidos num período de um a quatro anos. Os entrevistados foram submetidos às seguintes perguntas, em português e castelhano:

1. Qual o papel dos serviços de saúde públicos na integração, frente ao aumento do fluxo de mercadorias e pessoas no âmbito de nossos países?
2. Qual o papel dos serviços de saúde privados na integração, frente o aumento do fluxo de mercadorias e pessoas no âmbito de nossos países?
3. Em que estágio encontram-se as normatizações a respeito da integração dos serviços de saúde no Mercosul?
4. Quais as principais *dificuldades* – *obstáculos* observados na integração dos serviços de saúde buscando a atenção à saúde da população que compartilha nossos territórios e serviços?
5. E as *facilidades* – *possibilidades*?

Os locais escolhidos para aplicação das perguntas foram os ambientes das reuniões, nos intervalos dos trabalhos, registrando-se as informações com gravador, sendo posteriormente transcritos os depoimentos. Durante o ano de

1999, o investigador manteve contatos por telefone, fax, correio ou internet com alguns dos entrevistados, no sentido de obtenção de materiais e novas informações a respeito dos Sistemas de Saúde nos seus países e trabalhos da Subcomissão. Entende-se por Sistema de Saúde um conjunto de várias instituições, públicas e privadas, promovendo atividades que buscam garantir a oferta de serviços de saúde a uma determinada população. Manteve-se uma comunicação mais estreita com o Coordenador brasileiro da Subcomissão e sua assessoria, o que foi fundamental para obtenção de dados e percepções sobre o andamento dos trabalhos e perspectivas de posicionamentos do Ministério de Saúde (MS) do Brasil.

O instrumento construiu-se a partir dos objetivos formulados na investigação, de maneira que refletisse a opinião dos dirigentes sobre a integração dos serviços de saúde. As perguntas foram submetidas à validação do orientador e mais dois profissionais da área de saúde pública, com experiência em aplicação de entrevistas e sistematizações das mesmas. As observações realizadas pelos avaliadores permitiram o aperfeiçoamento dessas, a fim de facilitar a compreensão das perguntas e sua normalização. Uma "aplicação" da entrevista serviu também de teste, *in loco*, quando foi abordado o substituto do Coordenador brasileiro da Subcomissão de Prestação de Serviços de Saúde, dia 6/10/98 em Brasília. Mesmo que suas respostas não tenham sido computadas entre as cinco relatadas, permitiram melhorar a formulação das perguntas, interpretando a percepção de um entrevistado sobre os meus questionamentos, feitos em português e espanhol. Sabe-se que ocorrem diferentes interpretações das categorias e conceitos, com a variação do idioma e compreensão do entrevistado.

C. Plano de Análise e Registro de Dados

Os dados obtidos foram resumidos e agrupados numa matriz apresentada no Anexo 02, permitindo uma comparação entre as diferentes respostas e posicionamentos frente às perguntas das entrevistas. A análise dos dados levou em consideração somente os aspectos qualitativos, para: - identificar as opiniões mais freqüentes e relevantes; - relacionar e comparar as diferentes opiniões entre os dirigentes.

Procedeu-se a uma comparação (*triangulação*) entre os posicionamentos dos entrevistados, a produção – propostas e resoluções - da Subcomissão, além das impressões do entrevistador, no acompanhamento das duas reuniões, e no intercâmbio de informações com os atores do processo durante 1998 e 1999.

A lenta evolução dos trabalhos e resoluções referentes à integração da prestação de serviços propriamente dita, fruto da complexidade dos problemas enfrentados, levaram o investigador a prolongar sua observação e coleta de materiais até o limite possível, frente aos prazos estabelecidos para a conclusão deste Mestrado. Isto contribuiu decisivamente para a riqueza das análises.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Analisar os aspectos político-institucionais bem como as perspectivas e obstáculos do projeto de integração dos serviços de saúde nos países do Mercosul.

3.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar os sistemas de saúde dos países do Mercosul de acordo com as metas e estratégias do programa "Saúde Para Todos no ano 2000" da OMS.

- Analisar os trabalhos do SGT 11, referentes à "Prestação de Serviços em Saúde", suas deliberações, perspectivas e obstáculos para integração dos serviços de saúde entre os países.

- Analisar o posicionamento dos participantes da Subcomissão de Prestação dos Serviços de Saúde na identificação dos obstáculos e possibilidades quanto à integração dos serviços de saúde no Mercosul.

4. MERCOSUL: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E SÓCIO-ECONÔMICA

4.1. A Nova Ordem Mundial e os Blocos Econômicos

Dentro da Nova Ordem Econômica Internacional - de globalização e regionalização - a constituição de "Blocos Econômicos" é um fator relevante na transformação econômica e social em todos continentes. O primeiro surgiu em 1957, a Comunidade Econômica Européia – CEE, hoje União Européia - UE com 15 países, sendo que a regionalização da economia só foi ampliada a partir da década de 80. Atualmente, além da UE, os mais importantes são o Acordo de Livre Comércio da América do Norte – NAFTA com EUA, Canadá e México; a Cooperação Econômica da Ásia e do Pacífico – APEC com Japão, China, Coréia do Sul e mais 17 países e o Mercado Comum do Sul – MERCOSUL. Em 1996 correspondiam a um Produto Interno Bruto – PIB de 8,574 trilhões de dólares para 372 milhões de habitantes na UE; a U\$ 8,256 trilhões para 388 milhões no NAFTA; a 16,066 trilhões de dólares para 2,510 bilhões de pessoas na APEC e a U\$ 1,127 bilhões para 204 milhões de pessoas no Mercosul. A Comunidade dos Estados Independentes – CEI constituída por 12 países ligados a extinta União Soviética sob a liderança da Rússia, realiza a transição à "economia de mercado", busca constituir um sistema regional, integrado num mercado comum com um PIB aproximado de 570 milhões de dólares para uma população de 286 milhões (Almanaque Abril, 1999).

Os Estados Unidos tem imposto a discussão sobre a Área de Livre Comércio das Américas (ALCA), projeto lançado em 1994 na primeira Cúpula das Américas em Miami, prevendo a liberação de barreiras comerciais entre os países membros das três Américas (somente Cuba não foi convidada). Seria um bloco maior que a UE com a possibilidade de geração de um PIB aproximado de nove trilhões de dólares para uma população ao redor de 760 milhões de habitantes.

Os EUA, apesar da proposta de liberação tarifária de importação, adotam barreiras para diminuir suas importações, tentando diminuir o seu enorme déficit comercial principalmente como desequilíbrio frente aos produtos dos países asiáticos (NASCIMENTO NETO, 1997).

Estes Blocos são associações de países, em geral de uma mesma região geográfica, que estabelecem relações econômicas privilegiadas entre si; um país pode pertencer a mais de um bloco. São classificados em zona de livre comércio, união aduaneira, mercado comum e união econômica e monetária. Na zona de livre comércio, como a que compreende o NAFTA, há redução ou eliminação das taxas alfandegárias que incidem sobre as mercadorias nos países do bloco. A União Aduaneira, modalidade para a qual caminha o Mercosul, além de compartilhar os mercados, regulamenta o comércio dos países com as nações externas do bloco. Já o Mercado Comum garante a livre circulação de pessoas, serviços e capitais. Atualmente o único Mercado Comum existente é a UE; em 1999 a União tornou-se uma associação econômica e monetária, o tipo mais complexo adotado no mundo até hoje, que pressupõe a adoção de uma moeda comum em substituição às nacionais. O Quadro 01 permite uma comparação entre os Blocos, destacando-se a enorme população dos países asiáticos, juntamente com seu Produto Interno Bruto, quase o dobro do NAFTA e União Europeia (ALMANAQUE ABRIL, 1999:501; OPS, 1999).

A criação do Mercado Comum do Sul - MERCOSUL insere-se neste processo de transformação global, discutindo-se os modelos de desenvolvimento e o papel e lugar dos diferentes setores sociais na produção e acesso à riqueza social. A globalização, de acordo com Vieira (1997), constitui-se num rearranjo da economia mundial, como resultado de antigos e novos elementos de internacionalização e integração, além da disseminação de padrões de organização econômica e social, consumo, cultura, que resultam das relações estabelecidas no mercado, das experiências políticas e administrativas, da amplitude das comunicações e problemas impostos pelas novas condições internacionais de produção e intercâmbio.

QUADRO 01: Comparação entre os Principais Blocos Econômicos

BLOCO	PAÍSES (n°.)	CRIAÇÃO (ano)	ÁREA (milhões Km ²)	PIB (US\$- milhões) (1996)	POPUL. (milhões) (1998)	PIB (per capita) (1996)	EXPORTAÇÕES (US\$ - Milhões) (1996)
Apec	20	1989	62,322	16.065.518	2.510	6.652	1.706.692
CEI	12	1991	22,100	569.188	286	1.997	-
Mercosul	04	1991	11,910	1.126.540	211	5.522	17.151
Pacto Andino	05	1969	4,721	238.610	106	2.317	4.806
Nafta	03	1988	21,315	8.255.992	400	21.278	436.805
União Europeia	15	1957	3,235	8.573.800	374	23.048	1.275.696

Fonte: Almanaque Abril, 1999; OPS, 1999.

Uma análise não comum nos textos oficiais e autores na área da saúde é a de Ianni (1996), para o qual a globalização representa uma nova fase do capitalismo, como modo de produção e processo civilizatório, num novo impulso, com um modo de produção intensiva e extensiva, com base em novas tecnologias, criação de novos produtos, internacionalização do trabalho e mundialização dos mercados. Ela envolve as nações, colocando em xeque o nacionalismo, com empresas transnacionais que planejam e controlam minuciosamente os recursos de capital, tecnologia, força de trabalho, conquistando mercados e influenciando sobre políticas governamentais. Segundo o autor, é neste cenário que ocorre:

“... o processo civilizatório universal do capitalismo, o qual vem revolucionando continuamente as relações, processos e estruturas regionais e nacionais; envolvendo indivíduos e coletividades, grupos e classes sociais; onde são recriadas outras formas sociais de vida e trabalho; formando ou desenvolvendo instituições, padrões e valores em conformidade com as exigências da “racionalidade”, da “produtividade”, da “competitividade” e da “lucratividade”. Tal

é a dinâmica da globalização do capitalismo, que projetos de desenvolvimento de cunho estritamente nacionais, tornam-se inviáveis, já que o que está em jogo é a competitividade alcançada no panorama mundial.”(IANNI, 1996:26-30)

A sociedade nacional transforma-se, segundo o autor, em um subsistema de uma totalidade, uma espécie de “província” da economia global. Assim a regionalização ou a formação de blocos econômicos deve ser encarada como uma forma de preservação dos interesses nacionais por meio da integração, no âmbito da globalização. De certa forma, reorganiza “horizontalmente” as nações, adaptando-as à dinâmica da economia transnacional integrando suas economias para adequarem-se aos impactos e exigências da globalização (IANNI, 1996). Paralelamente, as empresas transnacionais, que lideram o mercado mundial, imprimem uma globalização “vertical”, diluem os limites representados pelas barreiras regionais ou nacionais. Atuam junto com a Organização Mundial do Comércio – OMC, o Fundo Monetário Internacional – FMI, o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD e Banco Mundial(BM), que tem o poder de induzir à criação de blocos e impor políticas monetárias e fiscais ao sistema capitalista mundial, além da privatização-desestatização, livre circulação de capital, racionalização, em concordância ou oposição com os estados nacionais.

4.2. Perfil Sócio-Econômico dos Países Membros.

Ao efetuarmos uma primeira comparação das semelhanças e diferenças dos países que integram o Mercosul, destacam-se os diferentes estados de evolução econômica e social. Ao abordarmos quatro indicadores básicos como território, população, produção e Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, ficam evidentes as magnitudes de impacto do Mercosul em cada um dos países membros, bem como a relação com os estados associados e demais blocos econômicos. O Brasil ocupa 71,6 % do território da região, três vezes mais que a Argentina, que por sua vez é sete vezes maior que o Paraguai e catorze vezes em relação ao Uruguai (Quadro 02).

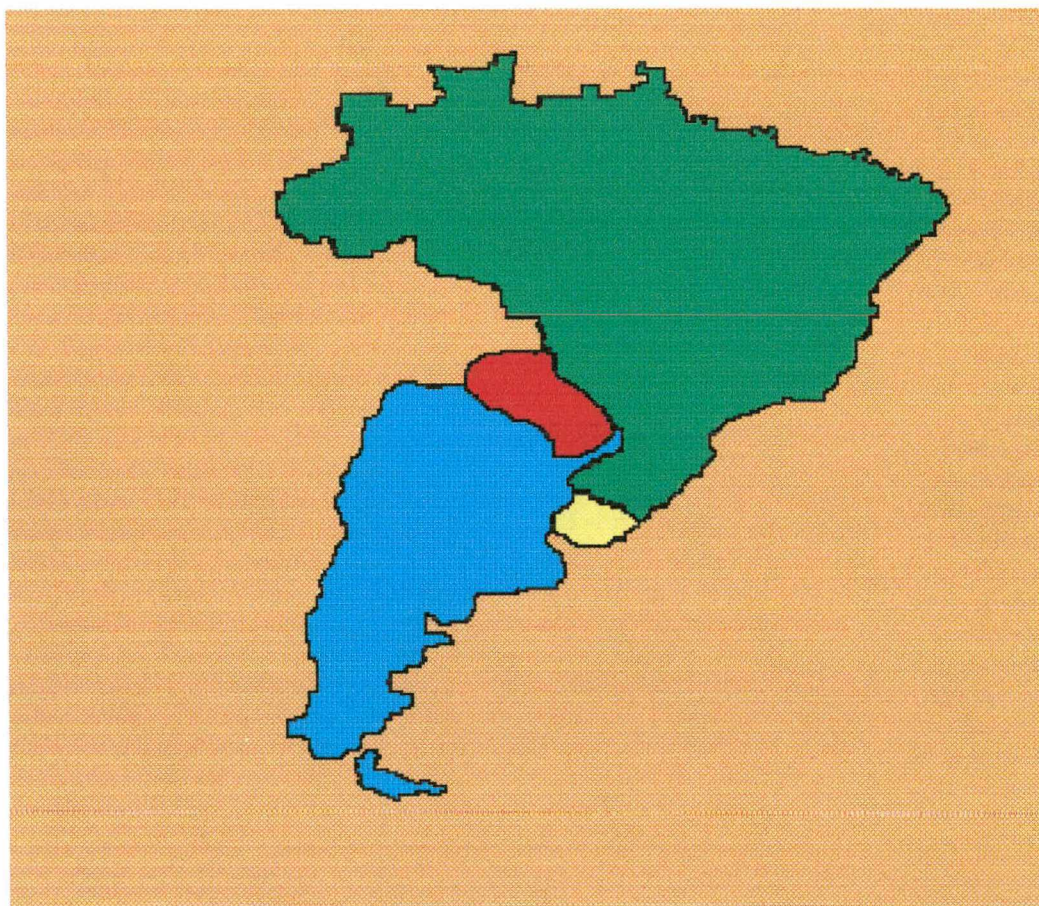
QUADRO 02: Dados Gerais Sócio-Demográficos e Econômicos do MERCOSUL.

	ARGENTINA	BRASIL	PARAGUAI	URUGUAI	MERCOSUL
População (milhões) - 1998	36.12	165.85	5.22	3.29	210.48
População projeção 2003	38.40	175.95	5.92	3.33	223.60
Proporção de Pop. Urbana – 2003 %	90	83	58	92	83,68
Território (milhões km ²)	2,80	8,50	0,40	0,20	11,90
Densidade Demog. (hab. / Km ²) - 1998	12,90	19,51	13,05	16,45	17,68
PIB (US\$ bi) - 1998	288,00	775,00	8,5	20,8	1.092,3
PIB per capita US\$ 1998	7.973,00	4.673,00	1.628,00	6.322,00	5.190,00

Fontes: Centro Latinoamericano de Demografia. *Proyecciones de la Población de América Latina* – CELADE, 1997, apud OPS, 1998; WHO, 1999; IBGE, 1998; Banco Mundial e os Bancos Centrais dos países, 1999.

O fato de o Brasil fazer fronteiras com todos os seus parceiros, aliado à dimensão do seu território, economia e vias de acesso, facilitam grandemente a migração humana e troca de mercadorias (Figura 01). A concentração demográfica de Argentina e Paraguai bem como do Brasil e Uruguai tem simetrias, com densidades populacionais equivalentes por Km²; um crescimento demográfico inferior a 1,5 % ao ano de todos países; grande concentração urbana da população; pirâmides populacionais em transição para o modelo estacionário ou adulto, com as bases estreitando-se devido, principalmente, a queda da fecundidade, natalidade e mortalidade infantil, além do aumento da expectativa de vida com maior distribuição na faixa etária de 15 a 64 anos. A exceção do Paraguai, que mantém uma média de quatro filhos por mulher – semelhante à década de 70 no Brasil, a média de filhos na região está em torno de duas crianças, com tendência a queda e crescimento negativo nos próximos anos (República del Paraguay, 1994; República Oriental del Uruguay, 1996; IBGE, 1997; República da Argentina – INDEC, 1998).

FIGURA 01: Mapa do Território do Mercosul.



As concentrações demográficas de cada país são também bastante diversas, sendo que no Paraguai e Uruguai temos uma aglutinação populacional enorme nas metrópoles de Assunção e Montevidéu. Na Argentina predominam as concentrações nas províncias de Buenos Aires e orientais, se comparamos com o despovoado Chaco, área comum com o Paraguai. No Brasil temos maior densidade nas regiões sudeste e sul, sendo que esta última faz fronteira, junto a centro-oeste, com os países envolvidos. Estas concentrações (ao redor de 60 % da população da região) têm implicações já conhecidas, como maiores recursos de infra-estrutura e de comércio, direcionando o principal intercâmbio humano e econômico a partir da geração de renda e capital. Isto traz conseqüências para as regiões mais distantes do Brasil, principalmente para o Nordeste e Amazônia, que tendem a ganhar mais com a integração comercial ao norte, com o Peru, Colômbia e Venezuela (VIEIRA, 1998; IBGE, 1998).

A assimetria demográfica e geo-econômica descritas anteriormente incidem também sobre o perfil sócio econômico. Destaca-se o PIB per capita da Argentina, com US\$ 7.973,00, à frente do Uruguai (US\$ 6.322,00), Brasil (US\$ 4.673,00) e Paraguai (US\$ 1.628,00). Segundo Ventura (1994), mais da metade destes PIBs tem origem no setor terciário da economia, principalmente nos estabelecimentos financeiros, comerciais, hotelaria, restaurantes e seguros. Há uma variação entre 22 a 34,5% do PIB proveniente do setor secundário, destacando-se Brasil e Argentina onde o primeiro possui um parque industrial mais dinâmico e diversificado. O setor primário contribui com uma pequena parcela junto ao PIB, com exceção do Paraguai, que mantém uma grande atividade agropecuária aliada ao comércio ilegal de diferentes mercadorias.

É sabido que uma análise isolada do PIB não permite uma avaliação apropriada do desenvolvimento sócio econômico dos países. Neste sentido, o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, tem sido adotado como parâmetro de comparação pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. O IDH analisa o desenvolvimento da população de um país através de três aspectos: *condição de saúde*, manifestada pela longevidade da população expressa através da variável expectativa de vida; *o nível de educação*, representado pelo índice de alfabetização dos adultos e pela média dos anos de estudo na população; e *o nível de renda*, representado pelo PIB per capita. Neste índice o desenvolvimento está expresso de forma crescente no intervalo entre zero e 1, dividindo-se em três categorias:

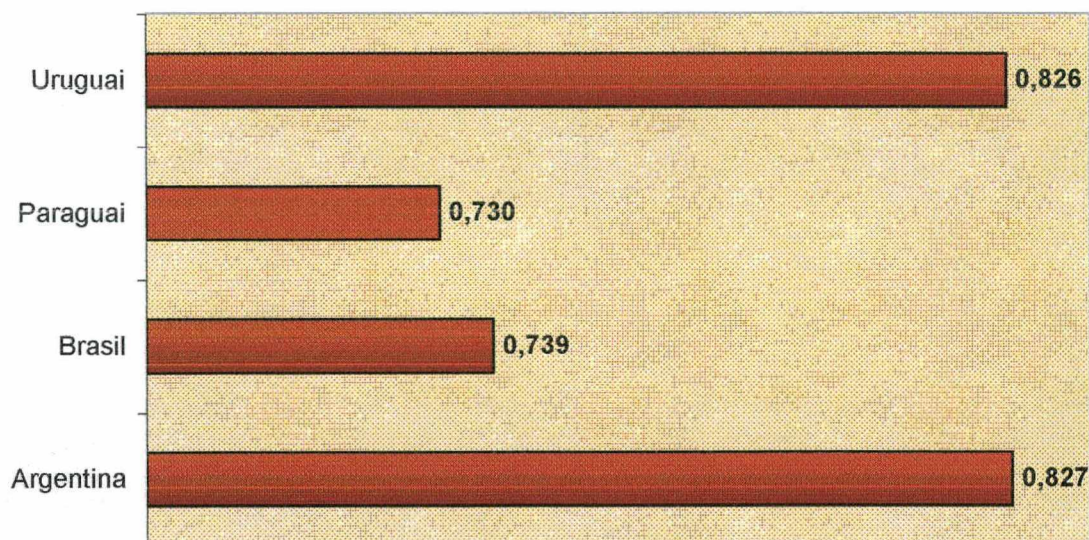
Baixo Desenvolvimento: $IDH < 0,50$

Médio Desenvolvimento: IDH entre 0,50 e 0,80

Alto Desenvolvimento: $IDH > 0,80$

O Brasil, segundo o relatório do PNUD de 1999, apresenta um médio desenvolvimento, semelhante ao Paraguai, com classificação do IDH inferior ao da Argentina e Uruguai, conforme observado no Gráfico 01. O Núcleo de Globalização, Mercosul e Sindicalismo Internacional da Central Única dos Trabalhadores – CUT, no seu Boletim Mercosul identifica uma queda do IDH de todos os países em relação aos índices de 1996, como reflexo da crise econômica e piora da qualidade de vida de maneira geral (BOLETIM MERCOSUL, 1999).

GRÁFICO 01: Índice de Desenvolvimento Humano dos Países do Mercosul



Fonte: Folha de São Paulo apud BOLETIM MERCOSUL, 1999.

Em termos de gasto per capita nas três principais áreas sociais – saúde, educação e previdência social, o Brasil é um destaque negativo junto com o Paraguai, em relação não só a Argentina e Uruguai, mas a maioria dos países da América Latina. Soares (1995), ao analisar comparativamente indicadores sócio-econômicos e investimento social per capita destacou que: “... a deterioração da situação social associada à redução do gasto público social, ambas provocadas e ou agravadas, em diferentes medidas, por políticas de ajuste econômico, vem se tornando uma combinação cada vez mais perversa na América latina” (SOARES, 1995:78). Segundo o DIEESE, em seu Boletim sobre o Mercosul, o Salário Mínimo apurado em 1999 no Brasil é de US\$71,20 um absurdo frente à magnitude de sua economia quando comparado aos US\$200,00 da Argentina, US\$ 207,11 do Paraguai e aos US\$88,58 do Uruguai (Gráfico 02).

GRÁFICO 02: Salário Mínimo no Mercosul (US\$)



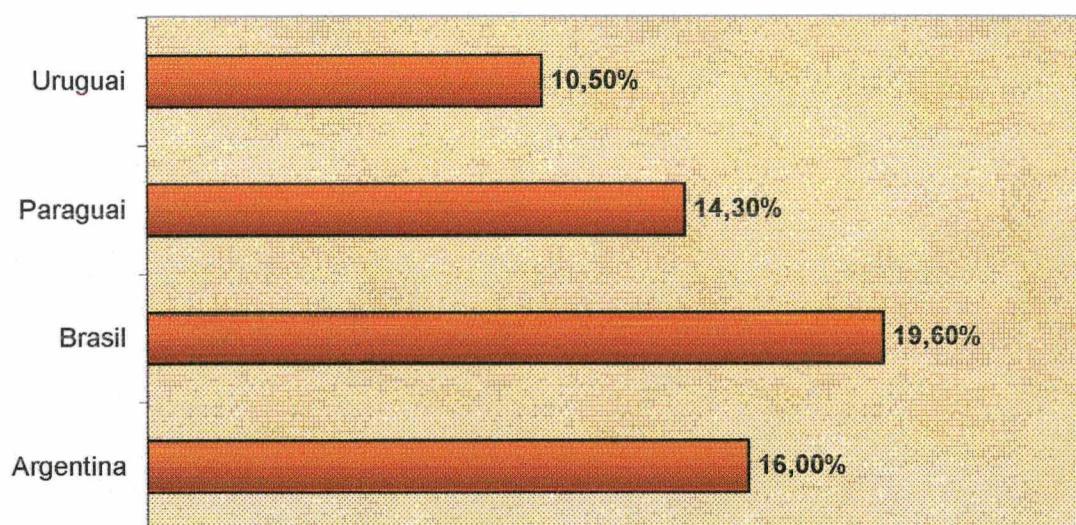
Fontes: Folha de São Paulo, CEPAL, Consulados da Argentina e Bolívia, Pró-Chile apud BOLETIM MERCOSUL, 1999.

Paralelo a esta situação, o desemprego, segundo o mesmo DIEESE, atingiu, no primeiro semestre de 1999, 19,6% da população economicamente ativa – PEA no Brasil, 16% na Argentina, 14,3% no Paraguai e 10,55% no Uruguai (Gráfico 03). Estes dados indicam que, apesar do Mercosul propor um incremento do comércio e produção regional, a maioria da população não pode ser considerada como potencial consumidora. Se de um lado a faixa etária entre 15 e 64 anos apresenta o maior crescimento da pirâmide populacional, com conseqüente aumento da PEA que cobra uma inserção no mercado de trabalho, por outro a crise econômica caminha na direção da restrição do emprego. Um outro aspecto a ressaltar é o baixo poder aquisitivo da maioria dos aposentados e o aumento da expectativa de vida. Exclui-se assim uma parcela significativa da população do consumo de grande parte dos bens e serviços, além de exigir um maior investimento público em seguridade social (BOLETIM MERCOSUL, 1999 a, b,c).

Na década de 90, embora os países do Mercosul tenham reduzido suas inflações de maneira significativa, estabilizado suas moedas, avançado na integração de seus mercados, atraído enorme quantia de investimentos internacionais - mesmo que capital financeiro especulativo, o desemprego e a dívida social dos governos vêm aumentando. Isto se associa a prioridade dada pelos sucessivos dirigentes, segundo orientações do FMI e Banco Mundial, à estabilização econômica centrada no combate à inflação e ao déficit público,

desregulamentação dos mercados, abertura comercial e financeira com redução do tamanho e papel do Estado, buscando o chamado “estado mínimo” (KUNTZ, 1997; TAVARES, 1994).

GRÁFICO 03: Índice de Desemprego no Mercosul



Fontes: DIEESE (Brasil), INE (Uruguai), INDEC (Argentina), DGEEC (Paraguai), 1999.

4.3. Histórico - Antecedentes do Mercosul

Na América, a independência dos Estados Unidos em 1776, serviu de exemplo às demais colônias no enfrentamento das metrópoles. Para as elites da América Espanhola o rompimento fazia-se necessário, no sentido de implementar as transações mercantis com os principais pólos do desenvolvimento mundial tendo à frente a Inglaterra. Desde a origem da América Latina diversos personagens lutaram por sua unidade política e econômica, simbolizada na idéia de uma “Pátria Grande”. O destaque na luta colonial contra a metrópole espanhola foi o venezuelano Simon Bolívar, que desejava uma América independente, unida e republicana. Participou dos processos de independência da Venezuela (1817), Colômbia (1819) e Equador (1821), marchando em direção ao Peru. Liderou de 1824 a 1826 o *Congresso do Panamá*, propondo a união das nações hispano-americanas após suas independências, e a solidariedade continental, o que representou a primeira grande manifestação de Pan-

americanismo. Com seu falecimento, em 1830, a maioria do continente americano havia conquistado sua independência, porém fragmentado em diversos estados republicanos (MIRANDA, 1999; BRESCIANI, 1999).

O Mercosul é o resultado de um processo histórico de várias tentativas de integração econômica da América Latina, diferente dos ideais de Simon Bolívar. Conforme descrito anteriormente, constitui-se uma tentativa de sobrevivência e ampliação de mercado, no contexto da globalização econômica. Os países vêm superando suas divergências econômicas e políticas oriundas do séc. XIX, onde Brasil e Argentina disputaram a Província Cisplatina, que acabou se tornando o independente Uruguai em 1828. Destaca-se ainda a sangrenta Guerra do Paraguai onde Argentina, Brasil e Uruguai, que tinham como pano de fundo os interesses econômicos da Inglaterra, praticamente destruíram aquele país com a morte de $\frac{3}{4}$ de sua população.

Nos anos 50 do século XX, Juan D. Perón propôs o Pacto de Santiago (ou Pacto do ABC) que seria uma união aduaneira entre Argentina, Brasil e Chile, o qual não foi adiante em face de oposições políticas internas enfrentadas pelo presidente do Brasil Getúlio Vargas e pelo próprio Perón. Em 1960 a Associação Latino Americana de Livre Comércio (ALALC) foi criada a partir do Tratado de Montevideu buscando a implementação gradual de uma região de livre comércio entre Brasil, Argentina, Chile, Peru, Paraguai, México e Uruguai, com posterior adesão da Colômbia, Equador, Bolívia e Venezuela. Embasados no modelo de desenvolvimento regional proposto pela CEPAL - Comissão Econômica para América Latina e Caribe, buscava-se a substituição das importações através de um processo de industrialização crescente. No entanto, as desigualdades econômicas entre os países membros, além da disputa entre o Brasil e a Argentina como primeira potência econômica da América Latina, impediram a realização dos objetivos do Tratado de Montevideu (MAGNOLI e ARAÚJO, 1994; BRESCIANI, 1999).

Em 1969 foi criado o Pacto Andino, reunindo cinco países que buscavam a formação de uma área com diminuição de tarifas alfandegárias de exportação e importação para as grandes empresas nacionais e multinacionais, sem outros desdobramentos (CHACON, 1996).

Em 1980 foi celebrado o II Tratado de Montevideu que veio a se constituir na Associação Latino Americana de Integração (ALADI), a qual aderiram todos os países integrantes do tratado anterior. Tinha objetivos mais modestos e flexíveis, sem cronograma ou prazos para a formação de zonas de livre comércio, estimulando acordos entre os países bi ou multilaterais visando diminuição de tarifas aduaneiras e constituição gradual de um mercado comum. No entanto, a grande crise econômica iniciada naquela década, pelo endividamento externo dos países membros, em particular Brasil, Argentina e México, impôs restrições às exportações e uma recessão generalizada, impedindo a intensificação das trocas comerciais. Apesar das dificuldades a entidade continua existindo tendo como sede Montevideu, sem maiores avanços quanto a seus objetivos (OPS, 1993; MAGNOLI e ARAÚJO, 1994; CHACON, 1996).

Frente à proximidade geográfica, a abertura política e os interesses comerciais dos grupos econômicos hegemônicos, a Ata para a Integração Argentino-Brasileira foi assinada em Buenos Aires, em julho de 1986, que instituiu o Programa de Integração e Cooperação Econômica (PICE). Seu objetivo era a abertura seletiva dos respectivos mercados e o estímulo ao intercâmbio econômico de setores específicos dos países. Os bons resultados dessas medidas levaram à celebração do Tratado de Integração, Cooperação e Desenvolvimento, em 1988, pelos presidentes Alfonsín e Sarney, o qual propunha constituir, no prazo máximo de 10 anos, um mercado comum, harmonizando as políticas monetária, fiscal, cambial, agrícola e industrial. A superação do autoritarismo no Uruguai, em 1985, aliada a grande crise econômica latino americana e transformações no panorama político mundial com a fragmentação do Leste Europeu e crescente tendência à constituição de blocos regionais, foram fatores decisivos para o avanço da cooperação econômica entre os países da América Latina. Segundo Bandeira (1993), as negociações entre Brasil, Argentina e Uruguai, assumiram uma dimensão não apenas econômica, mas também política, contribuindo inclusive para o fortalecimento da democracia na Bolívia e Paraguai, onde em 1989 é substituída a ditadura de Alfred Stroessner, além da realização de eleições livres no Chile.

O Mercosul não representa uma ação diplomática isolada, mas sim o resultado de um longo processo de aproximação entre Brasil, Argentina, Paraguai

e Uruguai. A integração Brasil-Argentina, antecedente imediato do Mercosul, foi impulsionada por três fatores principais: a superação das divergências geopolíticas bilaterais; a substituição dos governos ditatoriais; a crise do sistema econômico internacional. Teve relação direta, segundo o Ministério de Relações Exteriores do Brasil, com os seguintes aspectos:

“a. o fenômeno da globalização da economia, com o surgimento de uma nova estrutura de produção e o advento de um novo padrão industrial e tecnológico; b. a formação dos mega blocos econômicos e a tendência à regionalização do comércio, com influência no direcionamento dos fluxos de capital, bens e serviços; c. os impasses do multilateralismo econômico, prevalentes em certas fases do processo de negociação da Rodada Uruguai do Acordo Geral de Tarifas e Comércio (GATT); d. o protecionismo e o quadro recessivo em muitas economias desenvolvidas, responsáveis pela absorção de cerca de 65% das exportações latino-americanas; e. o esgotamento do modelo de desenvolvimento baseado na substituição de importações; f. a tomada de consciência da necessidade de aprofundar o processo de integração como forma de aproveitar o entorno geográfico; g. a convergência na adoção de novas políticas econômicas que privilegiavam a abertura do mercado interno, a busca de competitividade, a maximização das vantagens comparativas e a reforma do papel do Estado – mais democrático e menos intervencionista” (BRASIL - MRE, 1998).

No tocante à saúde, em 1995, foi criada a *Reunião de Ministros de Saúde do Mercosul* como um foro para promover um delineamento de macro políticas na área. Esta Reunião se incorporou à Iniciativa do Cone Sul – INCOSUL, que era uma instância criada pela OPAS, antes do advento do Mercosul com a finalidade de estimular a cooperação sanitária entre os países que compunham o Cone Sul (Argentina, Brasil, Chile, Uruguai e Paraguai). Focalizava principalmente a troca de informações e experiências no controle de doenças endêmicas, restringindo seu âmbito de atuação na V Reunião de Ministros, realizada no Uruguai em novembro de 1997, aos seguintes temas: Doença de Chagas, Hantavírus, Dengue, Febre Amarela e Reforma do Setor Saúde (MERCOSUR, 1995; PARAGUAY, 1997c; PARAGUAY, 1997d; JUCÁ, 1998).

Em 1996, os ministros dos países do Mercosul aprovaram um plano de trabalho abordando os seguintes temas: o intercâmbio de Sistemas de Informação em Saúde; atendimento de saúde nas áreas de fronteira; incorporação de tecnologia nos serviços públicos de saúde; e elaboração de projetos de cooperação internacional. Para executar esse plano, foram instituídos quatro Núcleos de Articulação, para discussão dos temas propostos, cada um coordenado por um país e integrado por seus respectivos técnicos. O Brasil coordenava o Núcleo de Sistemas de Comunicação e Informação em Saúde (JUCÁ, 1998).

No que se refere ao histórico da assistência à saúde entre os países, na segunda metade da década de 70 foram assinados Acordos Bilaterais de Previdência Social entre os governos do Brasil e Argentina e Uruguai no Cone Sul, além de alguns países da Europa como a Espanha e Itália. Estes Acordos, executados pelas entidades da Previdência Social entre os países contratantes, buscam garantir a assistência médica, farmacêutica e odontológica a toda pessoa abrangida pela Previdência Social de um dos Estados, em seu deslocamento para o território de outro Estado, quer temporária ou definitivamente. Para isto a entidade competente do Estado de origem deve reconhecer o direito do cidadão e autorizar a prestação. A extensão e a forma de assistência previstas são determinadas de acordo a legislação previdenciária do Estado onde a assistência for prestada, sendo sua duração estabelecida pela legislação do estado de origem. As despesas referentes à assistência prestada correm por conta do Estado de origem, devendo os países contratantes fixar, de comum acordo, o valor que será considerado para o reembolso e a forma de realizá-lo. Em relação ao Paraguai a assistência mútua está garantida apenas aos trabalhadores da Usina Hidrelétrica de Itaipú (BRASIL & URUGUAI, 1978; BRASIL & URUGUAI, 1980).

No caso específico do Brasil, o parâmetro adotado de reembolso dos serviços prestados em suas unidades, segundo técnicos do MS, é a tabela de pagamento de procedimentos do SUS, valores considerados muito abaixo daqueles praticados pelos demais países de intercâmbio. Além disto, é comum ao fim de cada ano o MS brasileiro - que assumiu a execução direta

do acordo a partir da implementação do SUS, receber a cobrança dos serviços prestados pelos demais países, sem encaminhar a “conta” dos serviços prestados à população de outros países.

4.4. Tratados, Protocolos e Desenvolvimento do Mercosul: Avanços e Recuos

Em 06 de julho de 1990 os presidentes Menem e Collor, de uma forma ambiciosa e irreal, reduziram de dez para quatro anos o limite para a formação de um mercado comum entre os dois países, ao assinarem a ata de Buenos Aires. O novo prazo é fixado em 31 de dezembro de 1994. Em agosto de 1990, Paraguai e Uruguai aderiram ao processo, culminando com a assinatura do Tratado de Assunção em 26 de março de 1991, que passaria a vigorar em novembro do mesmo ano. Nascia o Mercado Comum do Sul – Mercosul envolvendo Brasil, Argentina, Uruguai e Paraguai. Estruturado em seis capítulos, o Tratado previa a constituição de um mercado comum com a livre circulação de bens e serviços entre os quatro países, a partir de dezembro de 1994. Este mercado seria implantado progressivamente, começando pela criação de uma zona de livre comércio: eliminação dos direitos alfandegários e outras restrições não tarifárias, de modo que os produtos pudessem circular livremente em qualquer país. A liberação total do comércio estava prevista para o ano 2000. A segunda etapa do processo de integração deveria estabelecer um regime de união aduaneira, onde os portos, aeroportos e fronteiras terrestres seriam unidos, além de fixar taxas sobre a importação de produtos de países não associados pela mesma tarifa alfandegária (Tarifa Externa Comum -TEC). Uma fase mais avançada seria a do mercado comum, com a livre circulação de bens, serviços e pessoas, no espaço então comunitário dos quatro países, com a eliminação de todas as formas de discriminação. O Tratado prevê ainda a adesão dos demais países -membros da ALADI e a renúncia à condição de Estado-Parte. São estabelecidas salvaguardas à importação de determinados produtos que ameacem o mercado do país importador, além de definir dez subgrupos de trabalho para coordenação das políticas.

Para alcançar tais objetivos, os países membros se comprometeram a estabelecer políticas macro-econômicas e setoriais coordenadas, bem como harmonizar suas legislações, no que fosse necessário para permitir a integração (PRAXEDES & PILETTI, 1995). Este processo, em tese, é mais profundo do que o previsto pelo NAFTA (onde só se propõe à zona de livre comércio) e mais próximo da UE, porém não tão profundo já que esta propõe, além de um mercado comum, a união monetária e política. No final do processo é criada a moeda única – o EURO, junto a construção de uma política comum de relações externas, de defesa e de segurança (THORSTENSEN apud VIEIRA, 1998).

Em junho de 1992, os presidentes encontraram-se na Argentina, sendo aprovado um cronograma para colocar em prática os objetivos previstos no Tratado, além da criação de mecanismos para proibir as práticas desleais de comércio, a declaração de que a democracia política é condição fundamental para o desenvolvimento do Mercosul além do interesse pelo futuro ingresso da Bolívia. Aprovou-se também um plano para o setor educacional cujo objetivo era desenvolver nos cidadãos uma consciência favorável ao processo de integração, tornar o ensino de português e espanhol obrigatório nas escolas, além de elaborar um plano de formação e capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento do Mercosul.

Em nova reunião feita em janeiro de 1994 no Uruguai, os presidentes reafirmaram o propósito e prazo do Mercosul, ressaltando que 1º de janeiro de 2001 seria a data limite para um acordo a respeito da TEC referente aos produtos sob os quais há divergências, aqueles importados de outros países.

O Protocolo de Ouro Preto ou "Protocolo Adicional ao Tratado de Assunção sobre a Estrutura Institucional do Mercosul", assinado em dezembro de 1994, deu ao processo de integração o perfil completo de uma União Aduaneira. A partir de sua assinatura, durante a Cúpula de Ouro Preto, o Mercosul passa a contar com uma estrutura institucional definitiva para a negociação do aprofundamento da integração em direção ao ambicionado Mercado Comum. Além disso, o Protocolo estabelece a personalidade jurídica do Mercosul, que a partir de então poderá negociar acordos internacionais enquanto bloco. Foram criados alguns órgãos e mecanismos com caráter formulador e decisório fundamentais, constando da Figura 02, quais sejam:

- **Conselho do Mercado Comum (CMC):** é o órgão superior do Mercosul, ao qual incumbe a condução política do processo de integração. Ele é composto pelos Ministros das Relações Exteriores e da Economia dos Quatro Países. A presidência do CMC (que corresponde à Presidência Pró -Tempore do Mercosul) é exercida por rotação dos Estados Partes, e por períodos de seis meses. O CMC manifesta-se através de decisões;

- **Grupo Mercado Comum (GMC):** é o órgão executivo do Mercosul, integrado por representantes dos Ministérios de Relações Exteriores, Economia e Bancos Centrais dos Quatro. O GMC reúne-se em média a cada três meses. Ele manifesta-se através de Resoluções;

- **Foro Consultivo Econômico e Social (FCES):** órgão de caráter consultivo, o FCES é o foro de representação dos setores econômicos e sociais;

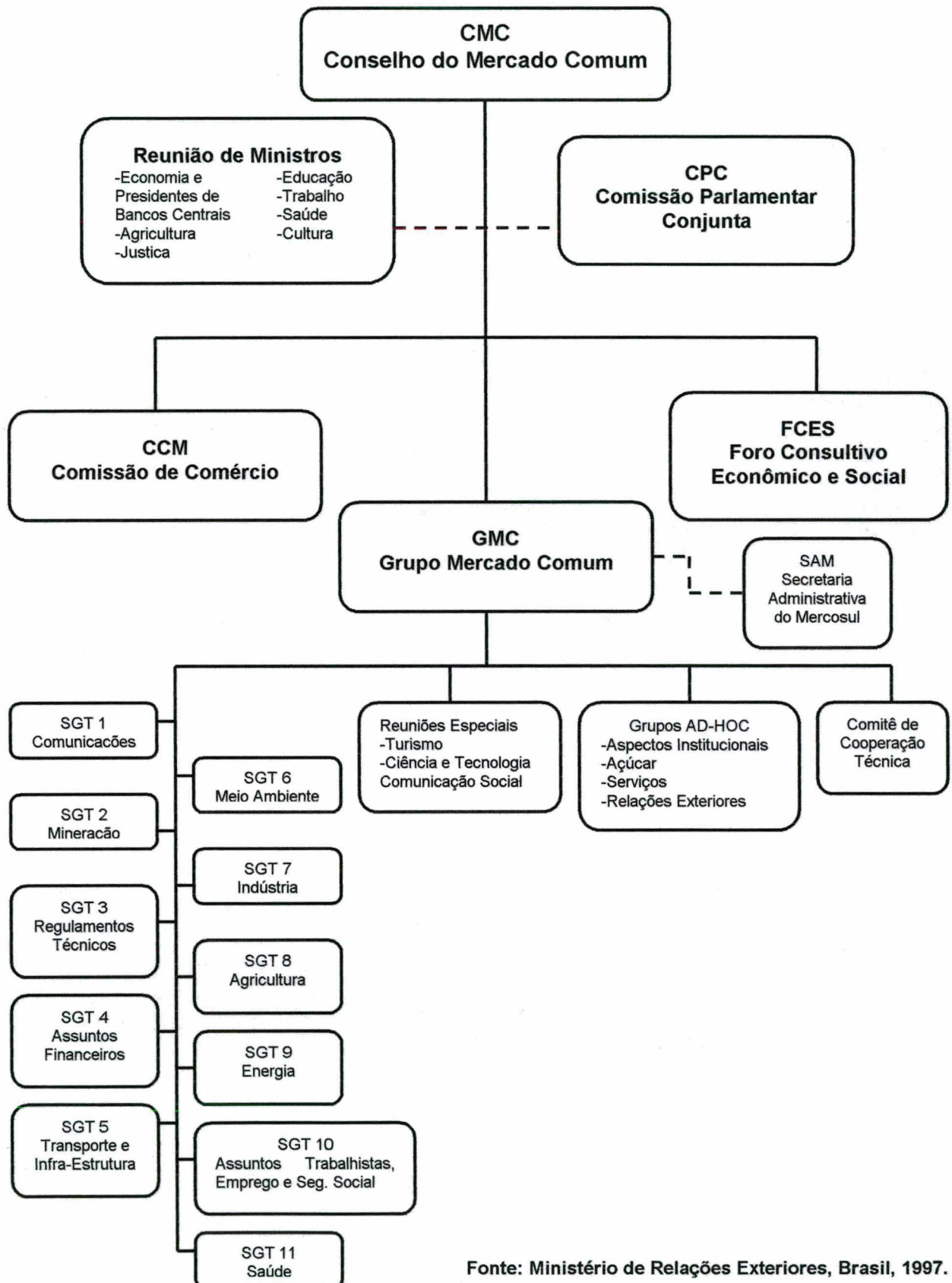
- **Subgrupos de Trabalho (SGTs):** órgãos de assessoramento do GMC, os SGTs dividem-se por temas e se reúnem, em geral, duas vezes por semestre. Existem onze SGTs em funcionamento hoje, incluindo o SGT 11 – SAÚDE, com suas três áreas de trabalho: produtos para a saúde; vigilância epidemiológica e controle sanitário de portos, aeroportos, estações e passagens de fronteira; prestação de serviços de saúde;

- **Reuniões Especializadas:** órgãos de assessoramento do GMC, as Reuniões Especializadas funcionam como os SGTs, sendo que sua pauta negociadora não emana diretamente desse órgão;

- **Grupos Ad Hoc:** criados pelo GMC para tratamento de algum tema específico, os GAH têm tarefas e duração determinadas pelo GMC;

- **Comitês Técnicos (CTs):** órgãos de assessoramento da CCM, dividem-se de acordo com os temas tratados.

Figura 02: Organograma da Estrutura Institucional do Mercosul, 1997.



Fonte: Ministério de Relações Exteriores, Brasil, 1997.

Existe uma forma de condução peculiar das negociações no Mercosul, já que a sua instituição jurídica concentra os poderes decisórios apenas em três órgãos, principalmente no Conselho Mercado Comum, onde os poderes executivos dos países têm sido os verdadeiros condutores do processo. Assim, segundo Medeiros (1996), considerando o poder centralizador dos presidentes, uma história política democrática recente em toda América Latina e lembrando da tentativa de golpe militar no Paraguai em 1996, justifica-se a inserção de uma Cláusula Política (protocolo da reunião de Buenos Aires em junho de 1996), na qual consta que só permanecem ou entram no Mercosul os países cujos governos sejam democráticos (MEDEIROS apud VIEIRA, 1998).

Com uma abordagem mais realista, o Protocolo de Ouro Preto definiu o fim de dezembro de 2005 como o prazo limite para completar a segunda etapa do processo de integração, a união aduaneira, com a possibilidade de constituição do mercado comum apenas a partir de 2006.

O Mercosul proporcionou nestes últimos anos, segundo documento do Ministério das Relações Exteriores do Brasil, um aumento sem precedentes nas relações comerciais, sendo que o intercâmbio entre membros do bloco cresceu cerca de 312% entre 1991 e 1997, chegando no final deste ano, à casa dos 20 bilhões de dólares. Resultado natural dessa nova dinâmica econômica foi o grande incremento de parcerias entre empresas da região. Apenas as *joint ventures* entre empresas brasileiras e argentinas já totalizavam, em 1997, investimentos de cerca de dois bilhões de dólares. A partir de 1995, com o estabelecimento da União Aduaneira, a Tarifa Externa Comum foi implantada em níveis que inibem a transformação do Mercosul em um agrupamento econômico isolado. Isto fugiria do objetivo principal da integração, que é o de promover a inserção competitiva dos quatro países no mercado internacional, em sintonia com sua condição de bloco regional aberto e influenciado pela política do sistema financeiro internacional e grandes oligopólios. Resultado direto dessa política tarifária, o crescimento do comércio intra-regional não se deu em detrimento do intercâmbio com outros países. Nos últimos anos, o Mercosul tem mantido, e em alguns casos até aumentado, o volume do comércio com as demais regiões do mundo. A participação do bloco no comércio mundial mantém-se em níveis expressivos - em 1997, a soma das importações globais dos Quatro chegava à

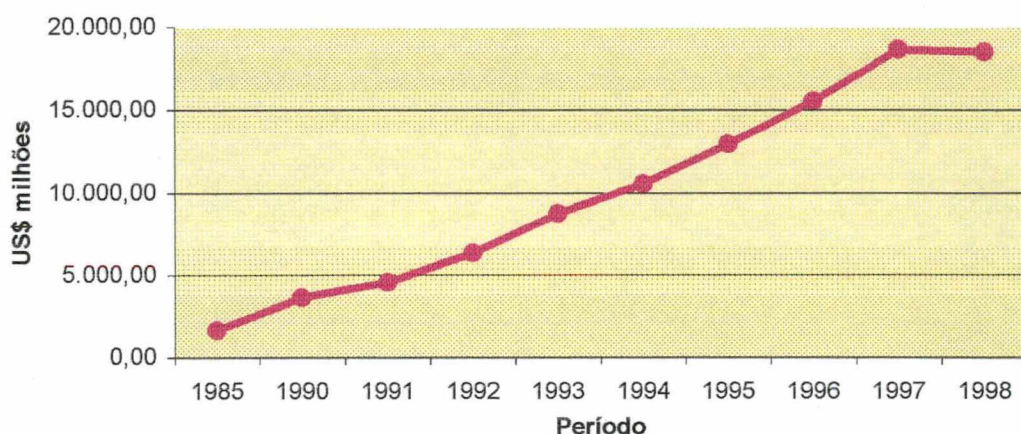
casa dos 100 bilhões de dólares, dos quais apenas 20 bilhões corresponderam ao comércio intra-zona (BRASIL - MRE, 1998).

No plano externo, operou-se um movimento de ampliação da integração. O Chile (1996) e a Bolívia (1997), firmaram acordos de complementação econômica com o Mercosul, assumindo o status de "países associados" ao Mercosul; não como Estados Parte ou países membro, mas integrarão gradualmente uma área de livre comércio num processo previsto para se completar em 18 anos. Em 1995 foi assinado com a União Européia o Acordo Quadro, documento que abre perspectivas para a intensificação das relações comerciais. De natureza ampla e aberta, os Acordos e gestões contemplam objetivos de aproximação e cooperação nas mais variadas áreas, como comércio, meio-ambiente, transportes, ciência e tecnologia e combate ao narcotráfico. Instituem, igualmente, mecanismos de diálogo político entre os blocos e países.

Em alguns momentos o empresariado expressa suas queixas quanto à sua participação nas negociações do Mercosul, mas garante, de maneira geral, a defesa de seus interesses nos órgãos do Bloco. O mesmo não acontece com os trabalhadores, que sofrem as conseqüências da crise relatada anteriormente, com poucas garantias de participação no processo decisório e da melhora da qualidade de vida.

Entre 1990 e 1998, o comércio entre os países, aumentou cerca de seis vezes (Gráfico 04), permitindo o crescimento de setores da economia que apresentaram melhores níveis de competitividade. Em 1990, 10 % do comércio internacional, era realizado entre os quatro países, subindo para 30% em 1998. Isto não impediu que o comércio destes países aumentasse com as demais economias mundiais.

GRÁFICO 04: EVOLUÇÃO DA CORRENTE DE COMÉRCIO NO MERCOSUL



FONTE: DESEP/CUT; SECEX/MICT, 1999.

Ao mesmo tempo, os investimentos diretos externos (multinacionais) cresceram cerca de 10 vezes entre 1991 e 1997, o que não influenciou na retomada sustentada do crescimento, já que grande parte destes recursos contribuiu para dismantelar a cadeia produtiva por conta do incremento das importações ou estiveram relacionados à privatização das empresas de serviços públicos, gerando diminuição dos postos de trabalho e remessa de capital para o exterior a médio e longo prazo (Quadro 03).

Segundo o DESEP – CUT, a partir do Protocolo de Ouro Preto, evidenciou-se uma *área de livre comércio* incompleta e uma *união aduaneira* imperfeita, sendo que para completar estes dois estágios de integração em direção à formação de um mercado comum, era necessária uma coordenação de políticas macroeconômicas (cambial, fiscal e monetária) dos países. Isto encontrou sucessivos obstáculos pela crescente vulnerabilidade das economias de Brasil e Argentina a partir da aplicação das políticas neoliberais de abertura irrestrita ao mercado internacional. A recessão de 1999, enfrentada pelos dois principais países do bloco, nada mais é do que um reflexo do modelo de reestruturação e abertura destas economias, que em longo prazo impede a consolidação definitiva do Mercosul, renovando as disputas comerciais tradicionais, baseadas no protecionismo e nos acordos diplomáticos de ocasião (DESEP, 1999).

QUADRO 03: Investimentos das Multinacionais no Mercosul.

US\$ milhões	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Argentina	2.436	4.179	6.305	1.200	3.900	3.200	6.300
Brasil	103	2.061	1.292	3.072	4.859	9.000	19.700
Uruguai	32	01	102	170	200	200	200
Paraguai	84	137	111	180	200	200	200
Mercosul	2.658	6.378	7.810	4.622	9.159	12.600	26.400
Países em Desenvolvimento	41.324	50.376	73.135	87.024	99.670	129.329	149.000
Mundial	157.773	168.122	207937	225.660	314.933	336.100	400.000
Em %	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Argentina/Mercosul	91,8	65,5	80,7	26,0	42,6	25,4	23,9
Brasil/Mercosul	3,9	32,3	16,5	66,5	53,1	71,4	74,6
Mercosul/P. em Desenvolvimento	6,4	12,7	10,7	5,3	9,2	9,7	17,7
Mercosul/Mundial	1,7	3,8	3,8	2,0	2,9	3,7	6,6

Fonte: DESEP/CUT a partir dos dados da ONU/UNCTAD, 1999.

4.5. Impasses e Perspectivas do Processo de Integração

Em 1999, passados oito anos da assinatura do Tratado de Assunção, havia do ponto de vista oficial dos governos, um esforço de aprofundamento dos compromissos estabelecidos, tomando a forma de medidas comerciais, econômicas e também políticas, como a decisão de aperfeiçoar a estrutura institucional da atual União Aduaneira.

Em 1999 observa-se uma crise do Mercosul, amplamente difundida na mídia, com medidas unilaterais entre Brasil e Argentina e impasses no seguimento do Tratado. Para Guimarães, Diretor do Instituto de Pesquisa de Relações Internacionais do Itamaraty – IPRI, a crise econômica no Brasil e na Argentina representa o fracasso de estratégias muito semelhantes de desenvolvimento econômico. Estas estratégias tinham como eixo a atração de capital externo para modernizar e ampliar a capacidade instalada, promover a competição no mercado doméstico, contribuir para a estabilidade de preços (incluindo o câmbio), além de ampliar o emprego e diversificar as exportações. Estas expectativas não se realizaram, sendo que o mercado interno ficou mais oligopolizado e o desemprego cresceu rapidamente. Os estados aumentaram seu endividamento externo, multiplicando também sua dívida pública interna,

enquanto se reduziram significativamente os investimentos sociais, agravando as desigualdades, exclusão e marginalidade. Os efeitos do Mercosul, isto é, a redução a zero de tarifas e obstáculos não tarifários e a formação de uma Tarifa Externa Comum foram dois: primeiro uma grande expansão do comércio Brasil-Argentina, com crescente e elevada dependência das exportações e importações argentinas do mercado brasileiro, além de investimentos recíprocos relativamente modestos. O segundo foi o fracasso da reversão dos superávits e a demonstração de que as estratégias econômicas dos dois países não haviam atingido seu objetivo essencial: aumentar a eficiência e a competitividade e assim expandir o valor das exportações. A desvalorização abrupta do real só foi contrabalançada devido a recessão argentina, que reduziu suas importações. Instalou-se a crise no Mercosul, que na realidade é a crise do setor externo de Brasil e Argentina, além de uma crise de modelos idênticos de estratégia econômica. As soluções para este impasse seriam: a flutuação do peso (e sua desvalorização); e a substituição do modelo neoliberal econômico geral por uma estratégia de desenvolvimento que reduza gradualmente as vulnerabilidades externas e assuma o “uso social” eficiente dos recursos econômicos, superando as ilusões da competitividade a qualquer preço e viabilizando uma inserção internacional mais ativa (GUIMARÃES, 1999).

Com a vitória de Fernando De la Rúa, na Argentina, no fim de 1999, ocorrem mudanças nos impasses das políticas para o Mercosul sendo que em 03/11/99, De la Rúa dava declarações à imprensa onde ele e Fernando Henrique Cardoso coincidiam que:

“...hay que establecer un organismo para solucionar los posibles conflictos que surjan en los intercambios comerciales e incorporar la agenda social en las negociaciones...” bem como “...realicemos acciones comunes, intercambiamos informaciones y nos coordinemos frente a las grandes negociaciones en marcha en los organismos internacionales, especialmente la Ronda del Milenio de la Organización Mundial del Comercio...” (CLARIN, 4/11/99, apud CUT, 1999).

Ao final de 1999 o Boletim Mercosul divulgou opiniões de diferentes atores sociais fazendo um balanço e apontando perspectivas para o Mercosul. O Vice

Presidente da Confederação Nacional das Indústrias do Brasil – CNI, Osvaldo M. Douat, afirmava que o Tratado tem favorecido o incremento dos investimentos na região, a troca comercial, uma maior especialização produtiva e exigido uma forte posição conjunta dos países membros frente aos desafios da globalização, ao acordo com a União Européia e às negociações em nível da Organização Mundial do Comércio. Expressava ainda que o Mercosul tem enfrentado dificuldades características de processos de integração, que envolvem países com programas de ajuste macroeconômico em curso, grandes diferenças estruturais e sob o impacto de crises internacionais. Para o setor industrial brasileiro, o aprofundamento da integração seria o melhor caminho para superar a crise. Já para o senador Jorge Bornhausen, membro da Comissão Parlamentar Mista do Mercosul – Brasil, o novo Presidente argentino vem manifestando o firme propósito de superar os impasses comerciais entre Brasil e Argentina, estreitando laços entre os principais parceiros do Bloco, sendo que tais perspectivas permitem pressupor uma tendência ao aprimoramento e aperfeiçoamento do Mercosul. Tullo Vigevani, pesquisador da CEDEC e da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, expressava que deve se evitar o excessivo pessimismo e otimismo frente à crise do Mercosul. A integração regional trouxe resultados positivos para as economias da região, a partir de uma experiência concreta, superando idealismos “latino americanistas” de muitas décadas. Não é a única experiência da região, já que o Pacto Andino também alcançou resultados. Ao mesmo tempo, reconhecia que o Mercosul é uma tentativa de criação de uma união alfandegária e de um mercado comum entre países pobres, que estiveram distantes durante séculos, cujas economias não são plenamente complementares e, particularmente têm relações econômicas externas mais importantes que as relações entre si. Os novos governos na Argentina e no Uruguai, segundo o pesquisador, por si só não modificam os problemas centrais, quais sejam: incompatibilidades macroeconômicas; falta de competitividade; força dos interesses corporativos e setoriais, em detrimento de políticas de desenvolvimento; posicionamentos diferentes frente às relações internacionais. Porém, os governos têm a oportunidade de fazer um balanço e aprofundar a integração (BOLETIM MERCOSUL, 1999b).

Dentro de todo este contexto, vários atores e organizações buscam também superar a dicotomia produzida por políticas de desenvolvimento que separam o econômico do social. Alertam para a submissão de tudo e de todos à lógica do mercado, defendendo a “reinvenção” da economia como meio e não como fim, submetendo-a a política. Defendem o desenvolvimento como direito de todos, vinculados a valores éticos de cidadania - a participação, liberdade, equidade, diversidade, solidariedade - como referências fundamentais de um modelo democrático de integração e desenvolvimento (ROQUE, 1998; CRUZ, 1998).

Não são apenas os aspectos comerciais que condicionam e influem na evolução do processo. Para os países envolvidos é necessário cada vez mais adequar suas estruturas administrativas e institucionais, para uma maior eficácia na formulação, gestão e execução das políticas públicas em geral, e nas de saúde pública em particular.

O Brasil, segundo Relatório Técnico encaminhado ao Ministro de Saúde:

“... vem mantendo a posição de que a redução dos entraves ao comércio é uma aspiração legítima não só dos países do Mercosul, mas uma meta desejável para expandir as trocas comerciais no mundo inteiro, mas ressalva que as medidas de facilitação do comércio têm como limite o compromisso com a proteção dos consumidores, particularmente em relação à saúde da população”. E também pondera que “os serviços de controle mais eficazes do mundo impõem rigorosa fiscalização na entrada de produtos nos territórios de seus países, utilizando-se de medidas fundamentadas de proteção à saúde e à vida...”. A busca de soluções para divergências quanto a normatização da vigilância sanitária, é muitas vezes difícil devido ao envolvimento de vários órgãos setoriais dos quatro países nas negociações, com iniciativas autônomas e às vezes contraditórias entre si (JUCÁ; 1998).

Para a ampliação do mercado - principal objetivo dos grupos empresariais que hegemonizam o Mercosul, destacando-se a agroindústria - os aspectos de vigilância sanitária, controle de portos e aeroportos, além dos produtos para a saúde são os temas de maior interesse dentro do Sub-Grupo 11 do Mercosul. No entanto, a evolução do Tratado implica também no aumento do fluxo migratório,

de trabalhadores e empresários, consumidores de bens e serviços trans fronteiras; população que está intimamente vinculada aos serviços de saúde de seus países e territórios que percorre. Tanto a integração abordada do ponto de vista das políticas sociais e direito à cidadania, como a manutenção e multiplicação da força de trabalho necessária à reprodução do capital no Mercado Comum, exigem que se faça um diagnóstico mínimo sobre a prestação dos serviços de saúde, além de um planejamento comum sobre sua utilização e integração.

A OPS, na sua publicação quadrienal *La Salud en Las Américas*, afirma que a promoção da saúde e a prevenção e controle das enfermidades são estratégias fundamentais para a melhoria contínua da cidadania. Isto pressupõe a aplicação de políticas cujo objetivo é produzir mudanças no nível de vida dos grupos marginalizados e eliminar desigualdades para o bem estar individual e coletivo. A eliminação destas desigualdades é uma reivindicação crescente em nossas sociedades, no sentido de acelerar a melhoria sócio-econômica na região, mantendo e ampliando os avanços na situação da saúde (OPS, 1998).

Deve-se garantir uma qualidade mínima como patamar para o atendimento da população, com habilitação e licenciamento dos estabelecimentos de saúde, além do aumento da acessibilidade aos serviços e disponibilidade de recursos, em um mesmo país e entre os países de uma região, garantindo que os benefícios do desenvolvimento atinjam com equidade a todos os grupos populacionais. Ressalta-se a complexidade do desafio frente a diversidade de histórias nacionais, economias e culturas, além de uma conformação diferenciada dos sistemas de saúde, dificultando a harmonização das diferenças. Neste sentido, coloca-se a análise dos sistemas de saúde no Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai realizada no próximo capítulo.

5. SISTEMAS DE SAÚDE NOS PAÍSES DO MERCOSUL

A organização e funcionamento dos sistemas nacionais de saúde no mundo atual são resultantes de um longo desenvolvimento da ciência e da sociedade. Avanços científicos permitiram o desenvolvimento de tecnologias para prevenção e tratamento das enfermidades. Transformações sociais têm fomentado a aplicação de muitas destas tecnologias, no sentido de atender as necessidades da população (ROEMER, 1989).

Segundo Roemer (1989), um sistema nacional de saúde é um complexo conjunto de atividades, destinados a garantir a oferta de serviços de saúde. O serviço de saúde por um lado é uma ação cujo pressuposto primário é a prevenção e melhoria da saúde. Condições sócio-econômicas, como emprego, moradia e alimentação influenciam diretamente a saúde em proporções maiores do que os serviços de saúde. Por outro lado, muitos efeitos nocivos para os organismos ou meio ambiente, podem ser prevenidos ou amenizados por um serviço de saúde apropriado.

KLECZKOWSKI, ROEMER & VAN DER WERFF (1984a) afirmam que, num modelo simplificado de sistemas de saúde há cinco componentes principais inter-relacionados a serem considerados:

- *Desenvolvimento de recursos de saúde*: no qual estão incluídos os recursos humanos, serviços de saúde, equipamentos e tecnologias, além de conhecimentos sobre saúde;
- *Organização dos recursos*: constituída por quatro categorias - direção nacional do sistema, sistema público, sistema filantrópico e setor privado;
- *Prestação de serviços de saúde*: referente às atividades de promoção, prevenção, cura e reabilitação;
- *Financiamento do setor*;
- *Gestão do sistema*: no qual estão incluídos a direção, o processo de tomada de decisão e a regulamentação.

Na análise dos sistemas de saúde do presente estudo, compararam-se alguns indicadores básicos de saúde; as políticas públicas de saúde

implementadas nos diferentes países; a abrangência das ações de saúde e aspectos do financiamento, ressaltando-se itens facilitadores e obstáculos à integração da prestação de serviços no âmbito do Mercosul. O critério para seleção dos indicadores da análise foi a orientação da Organização Mundial de Saúde no seu Programa “Saúde Para Todos no Ano 2000” - SPT2000.

Na década de 70, o Conselho Executivo da OMS concluiu que em muitos países os serviços de saúde não atendiam as reais necessidades de saúde da população. Identificaram limitação de acesso ou inexistência de serviços, além de focalização no aspecto curativo, médico assistencial. Como consequência, os países se defrontavam com dois problemas principais: baixa eficácia e um aumento constante de custos. Um amplo processo de discussão em fóruns internacionais coordenados pela OMS concluiu que a construção de sistemas nacionais de saúde completos tinha relação não apenas com o setor saúde no sentido clássico, e seus diferentes serviços, mas também com os demais aspectos do desenvolvimento social incluindo a coordenação da saúde e setores afins e uma participação consciente da comunidade. Esse processo culminou com a formulação, na Conferência Internacional de Alma Ata de 1978, do conceito ampliado de atenção primária em saúde, como estratégia principal para alcançar a “Saúde Para Todos no Ano 2000” - SPT2000. Esse conceito e a adoção da “Estratégia Mundial de SPT2000” pela 34ª Assembléia Mundial de Saúde de 1981, implicavam numa distribuição equitativa entre as populações dos recursos sanitários disponíveis, tanto no âmbito nacional como em nível regional e internacional. Além disto, todos os indivíduos e famílias deveriam ter acesso a uma assistência de saúde de acordo com suas necessidades, a um custo compatível e com sua plena participação, no sentido de garantir que todos os cidadãos alcançassem no ano 2000 um nível de saúde que lhes permita uma vida social e economicamente produtiva. Assim foram estabelecidas metas que implicaram numa reorientação dos sistemas de saúde, cujos indicadores têm sido utilizados no acompanhamento e avaliação da eficácia e eficiência dos mesmos em nível mundial (KLECZKOWSKI, ROEMER & VAN DER WERFF, 1984b; CONILL et al., 1991).

O presente estudo destacou variáveis referentes aos sistemas de saúde, estabelecidas pela OMS, com algumas modificações, conforme descrito no Quadro 04:

Quadro 04: Indicadores de Saúde utilizados na análise dos Sistemas de Saúde, segundo metas estabelecidas pela OMS.

INDICADORES	DESCRIÇÃO E METAS
SOBREVIVÊNCIA	Coeficiente de Mortalidade Infantil: < 30/1.000 n.v. Coeficiente de Mortalidade 1 a 4 anos: 24/10.000 n.v. Esperança de Vida ao Nascer: 70 anos
NUTRIÇÃO	Proporção de crianças desnutridas para a idade: < 10%
SERVIÇOS DE SAÚDE	
a) COBERTURA: 100% da pop.	Água potável; destino adequado dos dejetos; Pessoal treinado para atendimento ao pré – natal e ao parto: proporção de profissionais de saúde/habitante ⁽¹⁾ .
b) EFETIVIDADE	Imunização de todas as crianças contra difteria, tétano, coqueluche, pólio, sarampo e tuberculose.
c) FINANCIAMENTO	Proporção do PIB gasto em saúde no setor público: ao menos 5%
POLÍTICA DE SAÚDE	Existência de mecanismos de participação popular e descentralização de ações/decisões.

FONTE: OMS, *Health for All Series No. 4: 39, 1981*; In PEREIRA, 1995, pp.71-72 (resumido e modificado).

(1) a proporção de profissionais de saúde não está explicitada nas Metas SPT2000; será incluída na análise a cobertura com pessoal treinado para atendimento ao pré-natal e parto, usando os parâmetros da OMS.

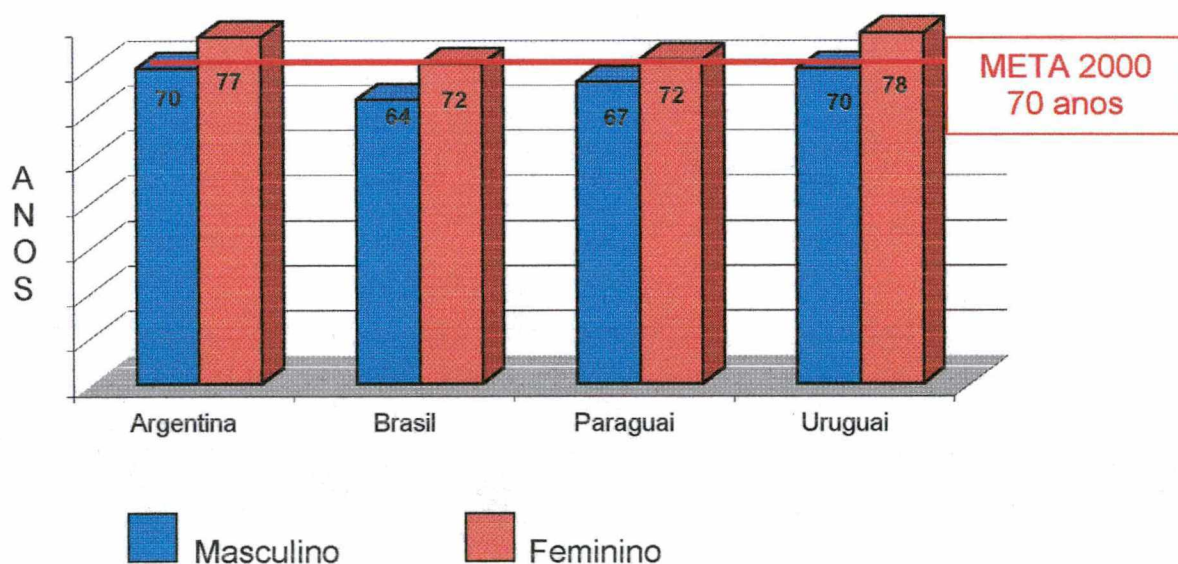
A análise baseou-se em informações e dados coletados em documentos oficiais dos países e na Terceira Avaliação da Estratégia de Saúde Para Todos no ano 2000. O propósito desta avaliação, última antes do novo milênio, foi permitir aos Estados Membros analisar o progresso das metas estabelecidas em SPT-2000 e a aplicação da estratégia da atenção primária, para a identificação das áreas que exigem ações prioritárias, além dos elementos que obstaculizam e facilitam este progresso (OPS, 1998).

5.1. Indicadores de Sobrevivência

A população total do Mercosul é de aproximadamente 211 milhões de pessoas, segundo a OMS (1999), destacando-se o Brasil com 165,85 milhões, seguido da Argentina com 36,12 milhões, Paraguai com 5,22 milhões e o Uruguai com 3,29, conforme descrito no quadro 02.

A média da expectativa de vida ao nascer em 1998, demonstra que Argentina e Uruguai atingiram a meta estabelecida pela OMS para 2000, com valores similares - 73,5 e 74 anos. Os brasileiros apresentam o valor mais baixo - 68 anos, próximo aos paraguaios - 69,5. Quanto ao gênero, observa-se no gráfico 05 que as mulheres têm uma melhor expectativa de vida em todos os países, fato esse justificado na literatura devido a maior mortalidade masculina por causas externas e doenças cardiovasculares (OPS, 1994; PEREIRA, 1995, IDB BRASIL, 1998).

GRÁFICO 05: Expectativa de Vida ao Nascer nos países do Mercosul, segundo sexo, 1998.



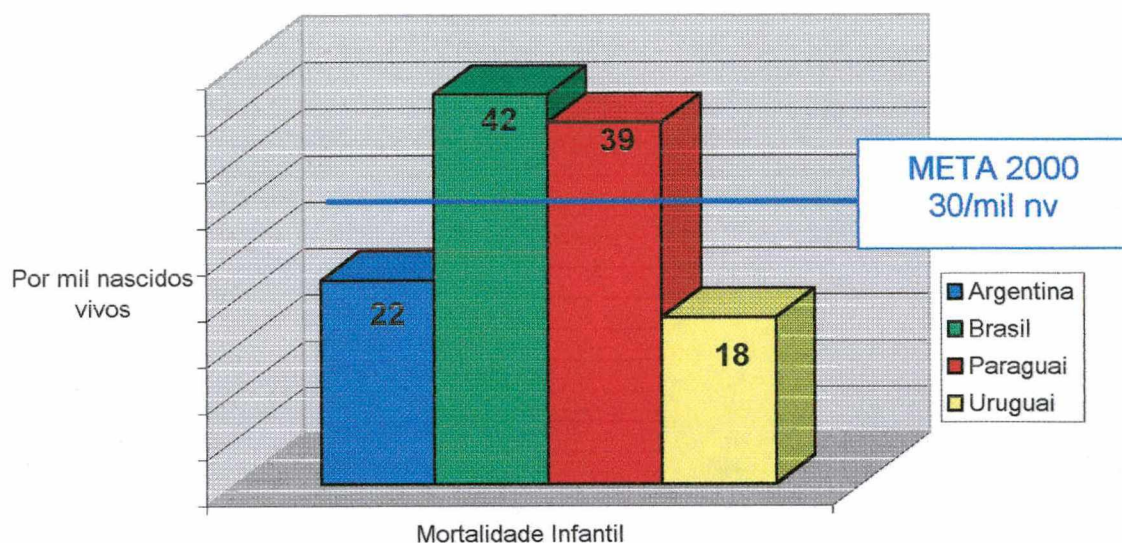
FONTE: WHO, 1999; OPS, 1999.

Quanto à mortalidade infantil, observa-se no gráfico 06 que no Brasil morrem 42 crianças para cada mil nascidos vivos, a mais alta taxa entre os países da região, próxima ao Paraguai (39) e bem acima da Argentina (22) e Uruguai (18). Os dois primeiros estão aquém da meta SPT2000, ressaltando-se que, segundo relatório do Ministério da Saúde Pública e Bem Estar Social, tradicionalmente no Paraguai os sistemas de informação têm sido ineficazes, com um sub-registro de nascimentos estimado em 50% e o de mortes superando 38% (PARAGUAY, 1998).

A mortalidade infantil é um dos melhores instrumentos para analisar a saúde de uma comunidade e uma orientação para os programas assistenciais. Se a mortalidade infantil é muito alta, na faixa de 100 a 200 ‰, medidas de caráter geral como imunização, suplementação alimentar, saneamento básico, entre outras, podem reduzi-la consideravelmente. Quando a mortalidade infantil atinge valores de 40 ‰, estas medidas não seriam suficientes, sendo necessário o estabelecimento de ações mais específicas como um bom acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério, assistência ao prematuro e às malformações congênitas, infra-estrutura e equipamentos com alta tecnologia, elementos diretamente ligados ao desenvolvimento sócio-econômico. A queda da mortalidade infantil em alguns países, como os da região estudada, nem sempre revela uma melhoria concomitante nas condições materiais de existência. Aliado a este fato, existe um alto percentual de sub registro de mortes em crianças, o que levou alguns autores e organizações, a comparar mortalidade (ou probabilidade de morte) em crianças de um a quatro anos (MALETTA, 1988; VICTORA et al, 1989; VAUGHAN & MORROW, 1992).

Já para a Organização Pan-americana de Saúde, na sua publicação "La Salud em las Américas", na grande maioria dos países da região americana, a mortalidade nos menores de cinco anos se concentra cada vez mais no grupo dos menores de um ano. Portanto, a utilização da taxa de mortalidade para menores de cinco anos, ao invés de ajudar a enfocar os problemas associados com a saúde das crianças, confunde e reduz as possibilidades de uma efetiva vigilância e avaliação dos programas de atenção na infância (OPS, 1998, p.67).

GRÁFICO 06: Mortalidade Infantil dos Países do Mercosul, 1998.

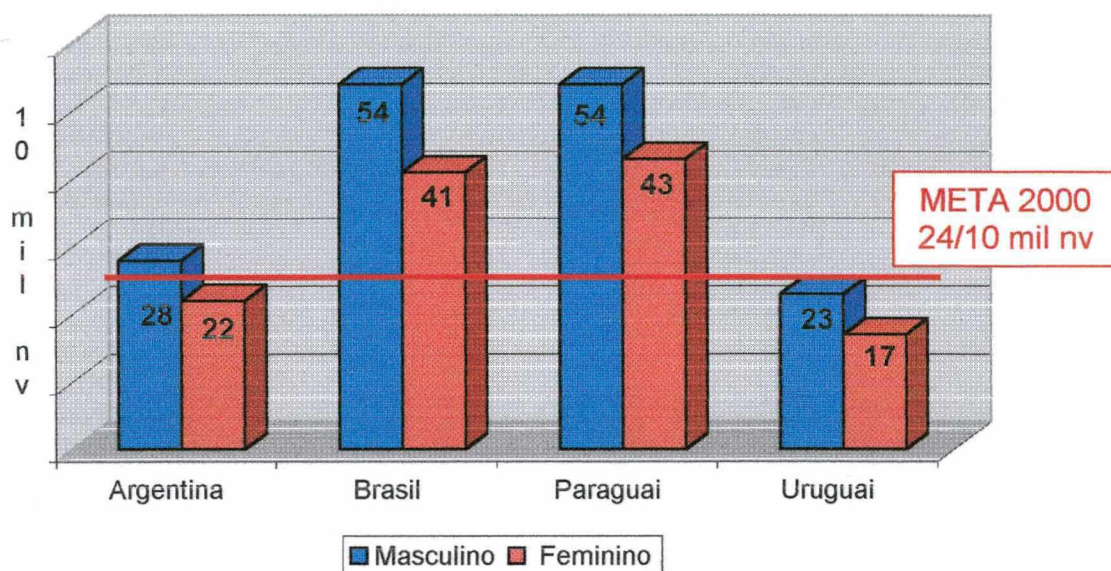


FONTES: WHO, 1999; OPS, 1999.

Assim, comparando-se a probabilidade de morte antes dos cinco anos entre os países do Mercosul, encontra-se uma variação entre os sexos masculino e feminino de 54 a 41 óbitos/mil nascidos vivos no Brasil; 28 a 22 na Argentina; 54 a 43 no Paraguai e 23 a 17 no Uruguai. O dados de mortalidade infantil, como um todo, reforçam as significativas diferenças entre os países e indicam deficiências dos sistemas de saúde, principalmente quando comparados a países economicamente desenvolvidos como Estados Unidos com a taxa variando entre 10 e 8 óbitos/mil; Canadá 8 e 6 óbitos/mil; ou ainda Cuba que apesar das dificuldades econômicas, mantém taxas entre 13 e 10 óbitos/mil.

Quando comparamos as taxas de mortalidade infantil até um ano e para menores de cinco anos, não existe uma significativa diferença, com exceção do Paraguai, onde a média de 1 a 4 anos é de 48,5 mortes por 10 mil nascidos vivos e antes de completar 1 ano, temos 39 mortes por mil, sempre levando em conta o sub-registro de nascimentos e mortes neste país, já relatado anteriormente.

GRÁFICO 07: Mortalidade de 01 a 04 anos entre os países do Mercosul, 1995



FONTES: WHO, 1999; OPS, 1999.

5.2. Indicadores de Nutrição

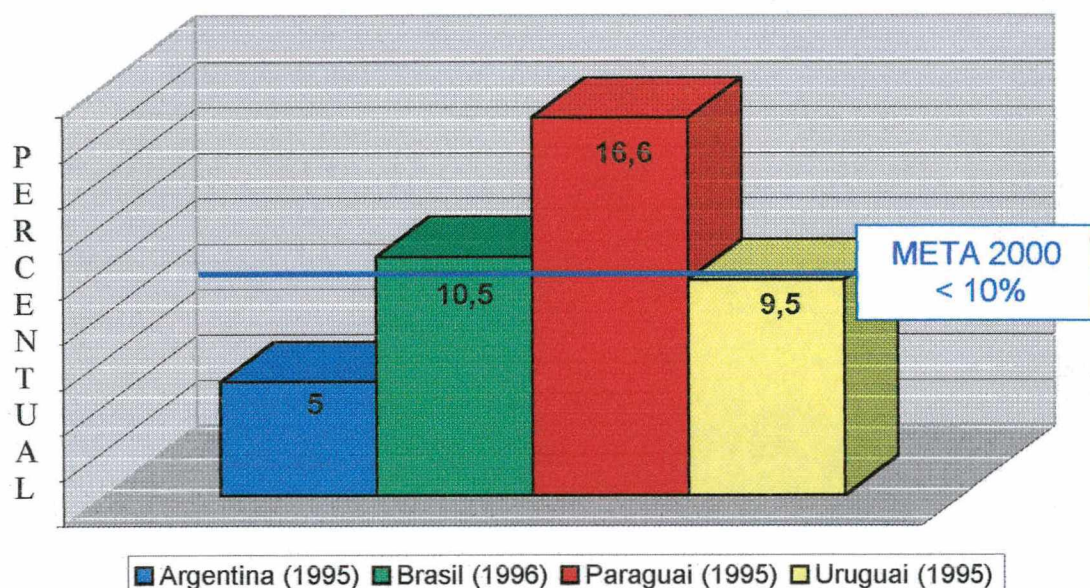
De acordo com o relatório do UNICEF (1989) sobre a Situação Mundial na Infância, a desnutrição, que era vista principalmente como um problema de produção, passou a ser encarada como um problema de distribuição, e mais tarde, como um problema de habilitação. A desnutrição ocorre, basicamente pela ingestão insuficiente de alimentos, ou pela ocorrência de processos mórbidos, como as infecções intestinais.

Evidenciou-se, nas últimas décadas que a falta de alimentos no lar geralmente não é a principal causa da desnutrição infantil. A falta de conhecimentos dos pais em relação às necessidades nutricionais especiais da criança na primeira infância, também produz um grande impacto no seu crescimento (VICTORA et al., 1989).

Apesar de constituir-se em importante problema de saúde, a desnutrição protéico-calórica na infância, nem sempre é reconhecida como tal, seja pelo setor saúde, seja pela própria família da criança, que freqüentemente não encara esse agravo como doença.

No tocante a proporção de desnutrição entre as crianças menores de cinco verifica-se que os países do Mercosul estão próximos à meta recomendada pelo SPT2000, como demonstra o Gráfico 08, destacando-se negativamente o Paraguai cujo percentual é 16,5%.

GRÁFICO 08: Desnutrição da população abaixo de 5 anos de idade nos países do Mercosul.



FONTE: WHO, 1999; OPS, 1999.

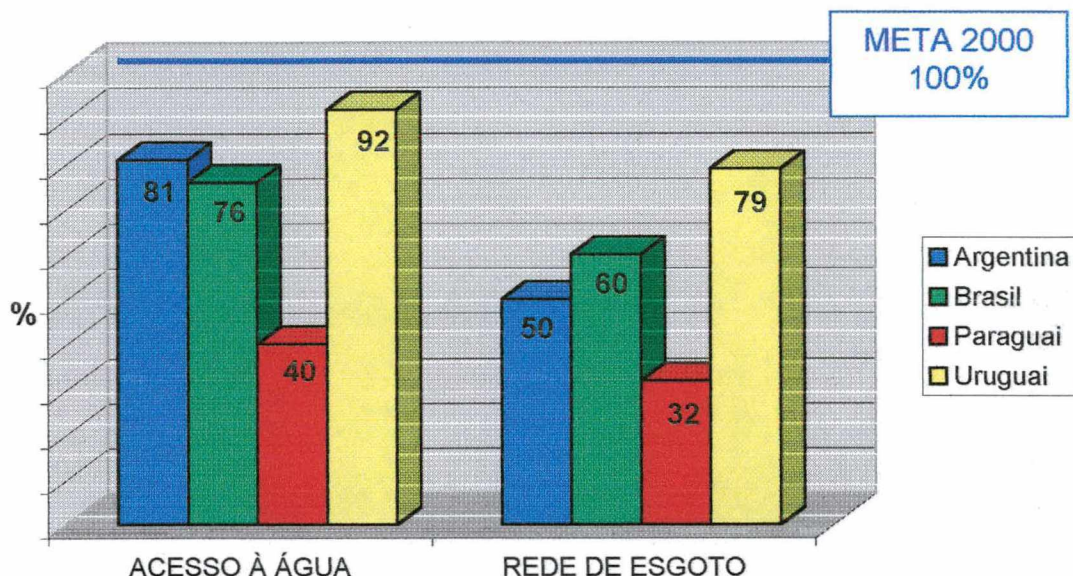
5.3. Indicadores dos Serviços de Saúde

5.3.1. Cobertura

A análise dos serviços de saúde no item cobertura aponta que 81% dos argentinos dispunham de água potável no ano de 1995, e 50% acessavam a rede de esgotos, porém somente 10% dos dejetos recolhidos eram tratados. No Brasil, 76,2% dos domicílios dispunham de água em 1997 e 60% eram ligados à rede de esgotos. Já no Uruguai, 91,8% dos domicílios era abastecido de água em 1996, e 79,5% dos domicílios tinham esgotamento sanitário. O Paraguai destaca-se com os piores percentuais, onde em 1995, somente 40% da população dispunha de água potável, com notáveis diferenças entre o meio urbano (70%) e rural (6%); a

rede de esgoto atendia a 32% da população, sendo no setor urbano (60%) e no rural (8%) (URUGUAY, 1997; PARAGUAY, 1998; OPS, 1999; BRASIL, 1999).

GRÁFICO 09: Cobertura da População dos Países do Mercosul nos Aspectos de Saneamento, 1995.



FONTE: OPS, 1999.

A OMS recomenda uma relação ideal de profissionais de saúde por habitante a ser cumprido a nível mundial. No presente estudo abordaremos os profissionais médicos e enfermeiros, cuja relação está descrita no quadro 05.

Quadro 05: Relação de Profissionais de Saúde por Habitante Recomendada pela OMS.

CATEGORIA	PROPORÇÃO
MÉDICOS	1 profissional para 1.000 habitantes
ENFERMEIROS	1 profissional para 2.500 habitantes

Fonte: Las Condiciones de Salud en las Américas – OMS, 1994 ; adaptado.

Segundo estudo conjunto entre o Ministério de Saúde Pública do Paraguai e OPS, em 1996 esse país contava com 5 médicos/10 mil habitantes, índice bem inferior ao do Brasil, com 13,1; Argentina com 26,8 e Uruguai com 36,3. A respeito dos enfermeiros graduados observa-se uma proporção de 1,2 profissionais/10 mil

habitantes no Paraguai, 4,2 no Brasil, 5,4 na Argentina e 7,3 no Uruguai. Pelas recomendações da OMS o número de profissionais, a exceção do Paraguai, é suficiente ou supera as necessidades da demanda de serviços. A oferta adequada de recursos humanos depende, no entanto, da distribuição geográfica e funcional dos mesmos, vínculo público e ou privado, especializações e formações dirigidas à atenção nos serviços públicos de saúde.

Segundo pesquisa sobre o perfil dos médicos no Brasil, em 1995, o número total de médicos apresenta uma distribuição geográfica diferenciada com os estados das regiões Norte e Nordeste apresentando em média 5,2 e 6,6 médicos/ 10mil habitantes, respectivamente. As regiões Sul e Centro Oeste, que têm fronteira com os demais países do Mercosul, e conseqüente maior envolvimento com o fluxo migratório, apresentam em média uma relação de 12,3 médicos por 10 mil habitantes (LABRA, 1999). O Uruguai apresenta uma grande concentração de profissionais na capital Montevideú que, mesmo concentrando 42,5% da população do país, detém 77,5% dos profissionais médicos e 78% dos enfermeiros (URUGUAY, 1997). O Paraguai segue a mesma tendência com 74% dos profissionais médicos atuando na região de Assunção onde residem 34% da população total do país (PARAGUAY, 1998).

5.3.2. Efetividade

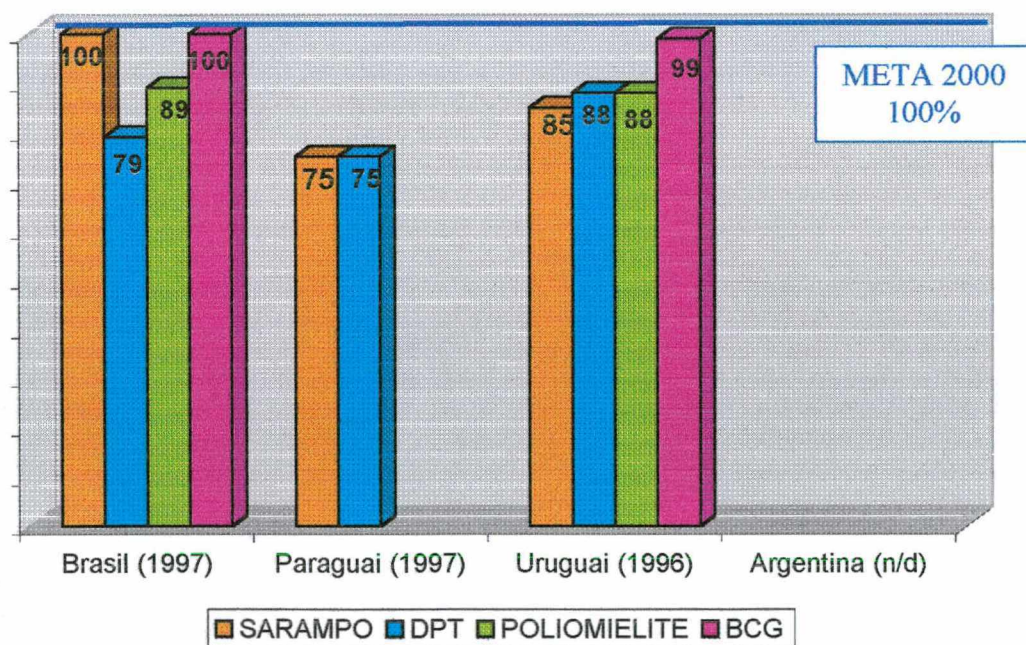
A imunização de todas as crianças contra as enfermidades imuno - preveníveis é a variável definidora da efetividade dos serviços. Neste aspecto, o Brasil, em 1997, atingiu 100% da meta de vacinação contra sarampo e tuberculose, ficando aquém em 21% para DPT e 11% para Poliomielite. Mais recentemente ampliaram-se as campanhas contra hepatite B em menores de um ano e grupos de risco, além da vacinação contra gripe na população acima de 65 anos. (BRASIL, 1999).

No Uruguai, no ano de 1996, 88% das crianças menores de um ano foram imunizadas contra a Poliomielite e DPT, 99% com BCG e 85% com Anti Sarampo, além da erradicação da poliomielite, tétano neonatal e difteria (URUGUAY, 1997; OPS, 1999).

A cobertura vacinal no Paraguai com DPT e Anti Sarampo em 1997, foi de aproximadamente 75% para menores de um ano (PARAGUAY, 1998). O Relatório das Metas do SPT 2000 da Argentina informa apenas que, em 1996, intensificou-se o Programa Ampliado de Imunizações (PAI), atingindo uma das mais altas taxas de cobertura registradas contra sarampo, tétano, além do certificado de erradicação da pólio e vacinação contra Hepatite B para os trabalhadores da saúde (OPS, 1999).

Nenhum dos países havia alcançado, nos anos de 1996 e 97 as metas do SPT 2000, fato que reflete a carência de atenção primária em toda região, já que imunização é uma medida básica, de custo baixo e fundamental para promoção da saúde, relacionando-se diretamente com as taxas de mortalidade e morbidade. É muito peculiar a declaração do representante do Conselho Federal de Medicina, ao investigador, nos trabalho do SGT 11 em outubro de 98, onde comentava que a Argentina não efetuava o controle sobre o sarampo como no Brasil. Os dados não disponíveis deste país vão de encontro a esta preocupação e evidenciam uma das dificuldades caso o enfoque da integração de serviços se concentre apenas nas áreas de maior complexidade e interesses mercadológicos.

GRÁFICO 10: Imunizações em Menores de 1 ano de idade nos Países do Mercosul.



FONTES: URUGUAY, 1997; PARAGUAY, 1998; BRASIL, 1999.

5.3.3. Financiamento

Todos os serviços de saúde expostos anteriormente requerem um financiamento adequado e constante. Ao contrário do que ocorre com alguns bens duráveis, a população não pode prescindir da atenção à saúde de forma permanente. Por outro lado, a capacidade de custeio familiar dos gastos com saúde para a grande maioria da população está longe das suas possibilidades financeiras. Por estes motivos, a maioria das instituições e técnicos na área da saúde pública têm defendido que o Estado assuma a responsabilidade de custeio dos serviços de saúde, destinando um percentual fixo da arrecadação de impostos ou do PIB para este fim.

A análise do financiamento no âmbito do Mercosul revela uma grande contradição entre as informações, principalmente na bibliografia oficial dos países. Tais contradições devem-se em grande parte a que os países divulgam os valores orçados e estes nem sempre são executados. Além disso, os valores divulgados pelos países referem-se aos gastos com saúde e áreas afins ou fundos de contingência, como o Fundo de Estabilização Fiscal – FEF (atualmente DRU), no caso brasileiro. Pelo acima exposto, optou-se por adotar os registros da OPS em seu livro “La Salud en las Américas”.

Segundo o referido documento, no Brasil e Paraguai observa-se um gasto em saúde no setor público aquém do mínimo de 5% do PIB recomendado pela OMS, em 1995. O Uruguai supera esta meta e a Argentina fica muito próxima com seus 4,41%. O Quadro 06 evidencia que, apesar do gasto total em saúde na Argentina ultrapassar os US\$ 500,00 per capita recomendados pela OMS, o percentual público correspondente deste montante é de 45% (US\$ 357); enquanto que no Uruguai é de 78% (US\$ 403). O Brasil, além de não atingir a meta per capita da OMS, apresenta o menor percentual de gastos no setor público – 34% (US\$ 96); paralelo ao Paraguai - 34% com apenas 29 dólares per capita de gastos públicos. Isto tem obrigado, segundo informava o Vice Ministro de Saúde paraguaio em entrevista ao pesquisador, a que a população “pague alguma quantia por menor que seja, quando utiliza os serviços públicos de saúde, em todos os níveis”.

Há que se ressaltar a existência de uma situação peculiar na região, assim como em muitos países da América Latina, onde os Sistemas de Previdência e Institutos Sociais, à exceção do Brasil, prestam assistência à saúde, através de serviços diretos ou contratando o setor privado, como as Instituições de Assistência Médica Coletiva – IAMC do Uruguai ou as Obras Sociais da Argentina. Tais Sistemas, que representam percentuais expressivos dos gastos públicos, são financiados por contribuições obrigatórias de trabalhadores da economia formal e não garantem a universalidade, cobrindo apenas parcela da população: no Uruguai 63%, na Argentina 59% e no Paraguai 19%.

Quadro 06: Gasto Nacional em Saúde (GNS) nos Países do Mercosul e Países da Comunidade Econômica Européia, 1995.

PAÍSES	GASTO TOTAL		GASTO PÚBLICO		
	% do PIB	PER CÁPITA (US\$)	% do PIB Saúde e Previdência Social	PER CÁPITA (US\$)	% Gastos da Previdência com Saúde
ARGENTINA	9,8	795	4,41	357	61
BRASIL	7,6	280	2,59	96	-
PARAGUAI	5,0	85	1,7	29	40
URUGUAI	10,0	516	7,83	403	71
PAÍSES CEE	8,0	696	6,4	557	-

Fontes: Estimaciones dei Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Desarrollo Humano y Salud, OPS, nov.1997; OECD Public Services, 1997; FMI-FIS, 1996; In: OPS, 1998.

Ao comparar-se os investimentos na saúde, dos países do Mercosul, com a média dos países da Comunidade Econômica Européia, observa-se inversão da relação do gasto público e privado na saúde. Enquanto que os países europeus têm no gasto público o principal componente do gasto nacional em saúde (80%), os países envolvidos no presente estudo, com exceção do Uruguai, considerados subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, apresentam o gasto privado como principal componente, contribuindo para o aumento da iniquidade e do caráter excludente dos sistemas.

Fica evidente a não priorização por parte dos governos da região do Mercosul, de investimentos na área da saúde. Além do que, com a crise econômica da década de 90 e queda ou estagnação do PIB dos países envolvidos, compromete-se ainda mais os investimentos públicos em saúde.

Conforme análise de Labra & Buss (1995) problemas no financiamento e administração dos serviços em alguns países, entre os quais Brasil e Argentina, têm originado como alternativa:

“(...) a introdução de *mercados competitivos* no interior dos serviços, em especial na área hospitalar onde os estabelecimentos seriam convertidos numa espécie de *unidades empresariais autônomas*, de direito privado; a implantação de esquemas de co-pagamento por parte dos usuários; e a concessão de *bônus* públicos ou subsídios fiscais á demanda para solver a compra de planos de saúde privados por parte das populações de baixo poder aquisitivo(...)” (BUSS & LABRA, 1995:25).

Em última análise o que se observa nos países é um aumento cada vez maior dos seguros de saúde privados, dirigidos principalmente às classes médias das sociedades, que buscam alternativas de atendimento com melhor qualidade e eficiência, do que o oferecido pelos serviços públicos.

Esta tendência é identificada também por Centrángolo, Muñoz & Ramos (1997) na análise dos sistemas de atendimento da saúde na Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai. Nos quatro países abordados, o subsector público oferece uma cobertura teoricamente universal, comprometida cada vez mais pela diminuição do papel dos Estados e avanço do setor privado, em geral sob a forma de seguros médicos, incluindo a modalidade de medicina pré-paga. Ressaltam também outra característica comum: o nível de desigualdade, expressado tanto nos diferenciais de cobertura, como de amplitude e qualidade de serviços segundo áreas geográficas ou grupos populacionais. Quanto à Argentina, os autores destacam seu alto grau de fragmentação do modelo, tanto em nível institucional como financeiro, num total de 22 milhões de pessoas assistidas pela previdência social – Obras Sociais, excluindo ao redor de 41% da população que é atendida por um sub setor público incipiente ou deverá recorrer ao sub setor privado. Esta fragmentação pode ser detectada também no Uruguai e está

apresentada no quadro 06 do presente estudo. Com relação ao Brasil, apontam a presença do Estado como principal financiador, tendo o subsetor privado como o maior prestador de serviços de atenção médica hospitalar e a integração institucional da previdência social dentro do sistema público. O sistema de saúde no Paraguai está formado pelos subsetores público, privado e previdência social com baixa cobertura efetiva, tanto em termos de população como de abrangência do atendimento. O Ministério de Saúde e Bem Estar Social possui uma rede de serviços regionalizados com estabelecimentos de apoio central, com grande destaque ao Hospital das Clínicas de Assunción, que cobre aproximadamente 5% da população. Finalmente o Uruguai compreende um conjunto heterogêneo de instituições com pouca coordenação e desenvolvimento desigual, apresentando o subsetor público, uma rede de centros assistenciais da previdência social e um subsetor privado com um grupo de entidades reguladas pelo Estado, além de um mercado de seguros médicos voluntários e privados com pequena expressão no país. Não obstante isto, é quem mais investe e quem tem o maior percentual de gastos públicos em saúde e os melhores indicadores do Mercosul.

5.4. Indicadores das Políticas de Saúde

As políticas e estratégias de saúde são bastante diversificadas entre os integrantes do Mercosul, sendo afetadas pelas políticas de ajuste econômico impostas aos países latino americanos. Tais ajustes caracterizam-se pela redução dos gastos públicos, em especial nos setores sociais, e conseqüente crescimento do subsetor privado particularmente sob a forma de planos de saúde, todos subsidiados direta ou indiretamente por recursos públicos.

O setor saúde deve ser analisado à luz das políticas sociais implementadas em cada Estado. O Brasil e Paraguai, no tocante às concepções de justiça social, diferentemente da maioria dos países da América Latina nos anos 80, formularam políticas de saúde de caráter universal concebendo o direito inalienável do cidadão à saúde, expressado nas suas Constituições (OPS, 1995 apud VIEIRA, 1998). Previamente a elaboração das atuais legislações, a organização dos sistemas de saúde já incluía gastos e investimentos do subsetor privado, que se

transformou inclusive no principal prestador de serviços na atenção secundária. Isto levou a dilemas posteriores, ao se confrontarem a proposta constitucional com as imposições do modelo neoliberal, que tem como um dos princípios a focalização dos serviços e programas de saúde, ou seja, dirigir os recursos para ações parciais (em geral na Atenção Primária), de grande impacto epidemiológico, devendo a população buscar no mercado ações de maior complexidade e qualidade. Na prática este dilema se traduz em gastos e investimentos no setor saúde, não correspondentes as premissas de acesso universal e igualitário, concentrando recursos em determinados programas dirigidos aos grupos de risco como: Materno-Infantil, Enfermidades infecto-contagiosas, AIDS, além de propostas racionalizadoras como o Programa de Saúde da Família no caso brasileiro.

Apesar de Brasil e Paraguai oficializarem o papel do Estado como prioritário nas ações de saúde, a participação do setor privado é prevista legalmente, na designação de “papel suplementar” – no caso do Brasil, ou de “composição operativa” – no Paraguai. A descentralização dos serviços de saúde nos dois países também é uma realidade, podendo aumentar a eficiência e eficácia dos gastos com aproximação entre os problemas de saúde e a gestão local, captação orçamentária local e aumento da estrutura instalada de serviços. Ao mesmo tempo a descentralização permitiria ao gestor uma maior autonomia inclusive com “flexibilização” de políticas e terceirização dos serviços.

Diferentes autores alertam para importantes obstáculos no processo de reforma estrutural e descentralização do Sistema de Saúde do Paraguai, não somente do ponto de vista financeiro, quando garante basicamente as despesas com pessoal, mas também de capacidade técnica (SCKELL & TALAVERA, 1993; ARNAU & PIERANTONI, 1995).

No Brasil o processo de fortalecimento da organização do Sistema Único de Saúde – SUS, tem avançado com a implantação das Normas Operacionais Básicas - NOB, que têm agilizado e fortalecido a descentralização dos recursos e gestão do sistema. A NOB 91, relativa ao ano que foi oficializada, extinguiu o INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, sendo que os municípios tornaram-se gerentes das unidades de saúde de atenção primária, assumindo o caráter de prestadores de serviço. Já na NOB 93, os

municípios assumiram o processo de municipalização da gestão e se habilitaram de acordo a assumir três condições possíveis nesta época: gestão incipiente dos serviços de saúde, mantendo aproximadamente o estágio anterior; gestão parcial do sistema local de saúde; e semiplena, com maior autonomia de decisões e maior repasse de recursos dos governos estaduais e federal, através dos Fundos Estaduais, Municipais e Nacional de Saúde. A descentralização financeira, junto com o aporte de recursos públicos, são as questões fundamentais para a viabilização destas Normas, principalmente na garantia da autonomia do gestor. O repasse maior de recursos, até a NOB 93, era entre os governos federal e estaduais. A partir de NOB 96, oficializada em 05/11/1996, os objetivos passam a ser: fazer com que o município assuma cada vez mais a função de gestor da atenção em saúde de seus habitantes; clarear as responsabilidades do Estado e da União; reorganizar o modelo assistencial, permitindo a gestão e execução direta da atenção básica; repassar os recursos Fundo a Fundo, baseados num valor percapita, diminuindo o repasse por produção de serviços e valorizando os serviços que tenham abrangência epidemiológica, sanitária e desempenho com qualidade. Um dos pilares básicos desta NOB é o aumento de repasse diretamente da União para os municípios, que devem assumir novas e amplas responsabilidades na gestão dos setores públicos e privados (PASTORAL DA SAÚDE, 1997; BRASIL, 1999).

Quanto à participação popular na gestão dos sistemas o Brasil se destaca na região com a estruturação dos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde. Eles possuem caráter deliberativo, obedecendo à paridade entre governo, profissionais de saúde e usuários com maior ou menor atuação dependendo da organização popular em cada nível e das decisões políticas de cada governo. Nas recentes propostas de reforma do sistema aparecem novas modalidades de autogestão para órgãos públicos, incluindo as "Organizações Sociais e as Agências de Estado". Estas iniciativas, ainda não consolidadas, têm por objetivo transferir recursos do Estado para entidades privadas ou "filantrópicas" no sentido da gestão de programas ou unidades de saúde que atualmente são de responsabilidade dos governos.

O Paraguai apresenta uma participação popular pequena e recente nos conselhos distritais e departamentais de saúde, além dos grupos de apoio de

diferentes setores sociais chamados a intervir em aspectos de menor importância na co-gestão de programas e serviços de saúde (OPS, 1999).

As Constituições da Argentina e Uruguai não garantem, explicitamente o direito universal e igualitário à saúde. Este direito aparece nos direitos inerentes à personalidade humana da Constituição uruguaia e também na lei da Seguridade Social Argentina. O papel do Estado, segundo a Constituição uruguaia no seu artigo 44 é garantir gratuidade à prevenção e assistência à saúde somente aos “indigentes ou carentes de recursos”. Nos Sistemas de Saúde destes países, a responsabilidade pela saúde é atribuída ao indivíduo, com o Estado assumindo o papel de agente regulador do subsetor privado (OPS, 1999).

Na Argentina a organização do subsetor público se dá de maneira descentralizada, com repasse de toda a responsabilidade financeira dos serviços de saúde e educação para as Províncias. Seu funcionamento apresenta condições deficitárias já que sua clientela foi acrescida, nos últimos anos pelos excluídos da economia formal e seus dependentes – que têm cobertura da Previdência Social, bem como daqueles que possuem cobertura social, mas não conseguem custear as taxas de procedimentos médicos impostas pelo setor público (BELMARTINO, In: LABRA & BUSS, 1995). Os relatos oficiais deste país não mencionam a participação popular. Neles, a participação está diretamente vinculada ao Conselho Federal de Saúde (COFESA), integrado por dirigentes das regionais de saúde, sem representação da comunidade, debatendo as políticas, planos e programas de saúde (OPS, 1999).

A descentralização no Uruguai é incipiente, com discussões recentes acerca da criação de direções regionais para coordenar as ações de saúde dos setores público e privado. A participação comunitária ou ação comunitária está vinculada, em grande parte ao trabalho de diferentes Organizações Não Governamentais – ONGs em áreas especiais como saúde mental, idosos, combate às drogas, entre outros, além da criação de comissões de voluntários para apoio nos hospitais (OPS, 1999).

A Organização Pan-americana de Saúde (OPS) em sua publicação quadrienal sobre as condições de saúde nas Américas, em 1994, apresenta a situação de saúde a partir de uma perspectiva regional, analisando as respostas sociais frente aos problemas de saúde, incluindo o tema da integração econômica

entre países. Cita as iniciativas do Tratado de Livre Comércio da América do Norte (TLC - NAFTA) e o Mercosul. Ressalta também as interrogações frente ao impacto da mobilidade ou migração dos profissionais médicos e de enfermagem, as medidas que devem adotar-se para se garantir a qualidade dos serviços, os benefícios da expansão do mercado, das empresas de seguros de saúde e a provável redução dos custos dos equipamentos de alta tecnologia e medicamentos, devido à eliminação de tarifas aduaneiras. No item Reforma do Estado e o Setor Saúde, aponta a diminuição do investimento público na área social como um aspecto com reflexos diretos sobre a saúde. Alerta que a realidade econômica dos países exige novos enfoques na pretensão de alcançar a meta de Saúde para Todos "(...) a crescente participação do setor privado na prestação de serviços exige uma melhor coordenação com as organizações públicas, que não podem transferir sua responsabilidade, como dirigentes do sistema, na manutenção da solidariedade, universalidade, equidade, eficiência e eficácia dos serviços de saúde" (OPS, 1994:).

Na mesma publicação em 1998, a OPS indica ainda que o processo de reforma do setor saúde deve traduzir aspirações sociais legítimas e explicar-se em termos claros para que seja entendida por toda a população envolvida. Isto exige políticas ativas de difusão, educação e vinculação com os diferentes atores sociais, meios de comunicação, além da capacidade de trabalhar os conflitos.

LABRA & BUSS (1995) analisaram os sistemas de saúde de Argentina, Brasil, debatendo sobre as reformas em andamento a partir da estrutura existente e salientando as políticas propostas visando introduzir transformações nos serviços médico-assistenciais. Busca-se conciliar dois objetivos contraditórios: a ampliação universalizante do acesso à assistência médica frente à pressão por mais e melhor atendimento à saúde, e a contenção do gasto setorial, público e privado, frente aos custos da atenção médica. Nesta linha apontam os entraves gerenciais comuns a serviços assistenciais cada vez mais abrangentes, massificados e custosos, que vêm sendo enfrentados com medidas racionalizadoras em várias frentes, incluindo a terceirização de serviços de atenção secundária e terciária. Assim mesmo, deixam clara sua posição contrária a privatização dos sistemas serviços de saúde, mesmo que se implementem mecanismos de "flexibilidade gerencial".

COSTA (1997) analisa os diferentes sistemas públicos e privados nos países do Mercosul, defendendo que para uma integração eficaz dos serviços é necessária uma política consensual entre os países membros que responda as seguintes questões:

- equacionamento do financiamento dos serviços de atendimento direto nas Unidades Básicas de Saúde e Hospitais de cada país;
- equalização das contribuições à Seguridade Social;
- formas de acesso equânime e qualificado aos serviços privados.

Alerta para os reflexos da integração na política interna orçamentária e da organização dos serviços. Propõe, em última análise, a decisão sobre o quanto a economia da região suporta financiar no campo do atendimento à saúde sem diminuição do nível de qualidade já alcançado.

CENTRÁNGOLO, MUNÓZ & RAMOS (1997) referem ainda que a grandeza das diferenças e desequilíbrios constatados no campo do atendimento da saúde entre os países dimensiona o desafio que o processo de integração regional enfrenta nesta área social.

Pelo acima exposto, conclui-se ser de fundamental importância um trabalho institucional articulado entre os países para a integração dos serviços de saúde, no âmbito do Mercosul, iniciativa sob responsabilidade do Sub Grupo Trabalho nº11, cujo processo de organização e resoluções serão objeto de análise no próximo capítulo.

6. O SUBGRUPO DE TRABALHO 11 – SAÚDE E A SUBCOMISSÃO DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

6.1. Criação e Organização do Subgrupo Saúde

A criação deste subgrupo ocorreu devido à constatação do tratamento compartimentado dos temas da saúde no Mercosul e da conscientização de que nessas condições, provavelmente os interesses da saúde pública corriam o risco de ficar delegados a um segundo plano (JUCÁ, 1998).

Os países envolvidos construíram no decorrer de suas histórias, com maior ou menor complexidade, normas e legislações para intercâmbio e controle de produtos e serviços na área sanitária. A adequação destas, permitindo a vigilância sanitária inter-regional, é buscada através de sucessivas reuniões, com várias resoluções, principalmente a partir de 1995. O Ministério de Saúde brasileiro propôs, no final deste ano, a oficialização de um subgrupo específico para se ocupar dos assuntos sanitários incorporando, na maior medida possível, os seus múltiplos aspectos. As atas das reuniões e os documentos oficiais dos acordos firmados no âmbito do Mercosul pouco tratam sobre as questões de saúde até o fim de 1996. O Acordo de Cooperação Técnica entre o Governo da República Argentina e o Governo da República Federativa do Brasil, no seu artigo II, estabeleceu a saúde como uma das áreas de especial interesse mútuo, constituindo em abril de 1996 uma comissão mista de cooperação técnica com o objetivo de influenciar nos debates sobre o Mercosul (VISITA DE ESTADO DEL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA FEDERATIVA DEL BRASIL, 1996).

O Subgrupo de Saúde foi oficializado em reunião do Grupo do Mercado Comum - GMC em 13 de dezembro de 1996 – Resolução 151/96. Nesta reunião estabeleceu-se o prazo de 45 dias para que os representantes dos países, nomeados coordenadores do SGT11, elaborassem proposta de pauta negociadora a ser submetida ao GMC, respeitando o limite de competência de

cada um dos Ministérios de Saúde e as pautas negociadoras dos demais subgrupos (BRASIL, 1996; JUCÁ, 1998).

Em março e abril de 1997 realizaram-se em Assunção a I e II Reunião de Coordenadores do SGT 11 dando cumprimento à Resolução GMC 151/96, deliberando sobre a seguinte temática:

a. Tarefa geral do Subgrupo: harmonizar os parâmetros de qualidade dos bens, serviços e fatores produtivos da área de saúde, e os mecanismos de controle sanitário dos Estados – Parte, com o fim de eliminar os obstáculos técnicos ao comércio e alcançar o fortalecimento do processo de integração regional.

b. Pautas de ação:

- harmonizar/compatibilizar as legislações na área de saúde identificadas como necessárias ao processo de integração e àqueles que forem identificados como obstáculos aos fluxos de comércio intra Mercosul;

- compatibilizar os sistemas de Controle Sanitário dos Estados Parte de forma a assegurar o reconhecimento mútuo no âmbito do Mercosul;

- definir o relacionamento do SGT - 11 com as demais instâncias do MERCOSUL, buscando a integração e complementação de ações;

- propor procedimentos de organização da informação referentes à área da Saúde entre os Estados Parte.

c. Tarefas dos Coordenadores Nacionais

d. Áreas de trabalho:

- Produtos para a Saúde;

- Alimentos

- Vigilância Epidemiológica e Controle Sanitário de Portos, Aeroportos, Estações e Passagens de Fronteira;

- Prestação de Serviços de Saúde.

e. Prazos Estimados para os trabalhos: 24 meses

As áreas temáticas, à exceção de Alimentos, assumem um caráter temporário de Comissões e Subcomissões de trabalho, submetendo suas deliberações à coordenação do SGT 11 e posteriores resoluções do GMC, sendo dissolvidas à medida do cumprimento de suas tarefas. A área temática Alimentos ficou sob responsabilidade do Subgrupo 8 – Agricultura, em articulação com a

comissão de Vigilância Epidemiológica e Controle Sanitário do SGT11 e com o Subgrupo 03 que trata de regulamentos técnicos no Mercosul.

Em junho de 1997, na Reunião de Coordenadores Nacionais, preparatória à IV Reunião de Ministros do Mercosul, o Núcleo de Articulação sobre Cooperação Internacional apresentou um resumo dos temas e resoluções na área de saúde da Comunidade Econômica Européia, com o objetivo de embasar as discussões da reunião de ministros e das atividades do SGT 11. O tratamento da problemática da saúde pública tem um enfoque exclusivamente preventivo, excluindo os aspectos assistenciais, considerados de competência exclusiva dos países membros. No entanto aspectos importantes foram regulamentados entre 1986 e 1996, com base em outros princípios do Tratado da União Européia, como:

- Cada país é responsável pela regulamentação de aspectos sanitários relacionados com bens e mercadorias comercializadas como alimentos, medicamentos, equipamentos médicos, entre outros;
- A Política Agrícola Comum regulamenta aspectos sanitários dos produtos de origem animal e vegetal;
- O EURATOM elabora normas de proteção sanitária da população dos trabalhadores no que se refere aos perigos de radiações ionizantes (MERCOSUR, 1997d).

Apesar de várias reuniões e resoluções no tocante à saúde, mais especificamente nas áreas de alimentos, produtos médicos e medicamentos, além dos trabalhos da Iniciativa do Cone Sul (INCOSUL) para tratar de metodologias de trabalho e estratégias para controle de enfermidades transmissíveis e saúde de fronteiras, foi somente na XXIX Reunião do GMC, realizada em Buenos Aires em 08/05/1998 que se aprovou a Pauta Negociadora do SGT - 11 "Saúde", além de sua estrutura organizacional – Anexo 03- (MERCOSUR, 1995; MERCOSUL, 1996a; MERCOSUL, 1996b; MERCOSUR, 1997a; MERCOSUR, 1997b; MERCOSUR, 1997c; MERCOSUR, 1997e; ARGENTINA, 1998).

Assim, o SGT 11 foi organizado em 3 Comissões, 5 Subcomissões e 6 Grupos Ad Hoc, conforme Figura 03.

A Comissão de Produtos para a Saúde ficou responsável por regulamentar aspectos referentes aos psicotrópicos, sangue e hemoderivados, produtos médicos, reativos diagnósticos, cosméticos e produtos domo-sanitários.

A Comissão de Vigilância Epidemiológica e Controle Sanitário de Portos, Aeroportos, Estações e Passagens de Fronteiras foi subdividida em 2 Subcomissões com a responsabilidade de:

A. Vigilância Epidemiológica

- A1. Análise e harmonização da lista de Doenças de Notificação Obrigatória para o Mercosul;
- A2. Sistema de Informação Epidemiológica;
- A3. Harmonização de controle de doenças prioritárias e esquemas terapêuticos;
- A4. Toxicologia.

B. Controle Sanitário de Portos, Aeroportos, Estações e Passagens de Fronteiras

- a. Revisão das normas correspondentes;
- b. Harmonização dos procedimentos de controle;
- c. Sistema de Informação.

A Comissão de Prestação de Serviços de Saúde foi dividida em três Subcomissões com suas respectivas pautas:

A. Prestação do Serviço de Saúde

- Habilitação de estabelecimentos e instituições de saúde - procedimentos e requisitos;
- Harmonização das normas de atenção em áreas prioritárias;
- Níveis de atenção e complexidade dos serviços e
- Coordenação de atividades de promoção e prevenção.

B. Exercício Profissional

- Requisitos de habilitação profissional para o nível superior, técnico e auxiliar;
- Sistema de controle do exercício profissional;
- Reconhecimento de especialidades;
- Programas conjuntos de treinamento em serviço e fortalecimento de entidades de saúde, formadoras de recursos humanos.

C. Tecnologia em Saúde

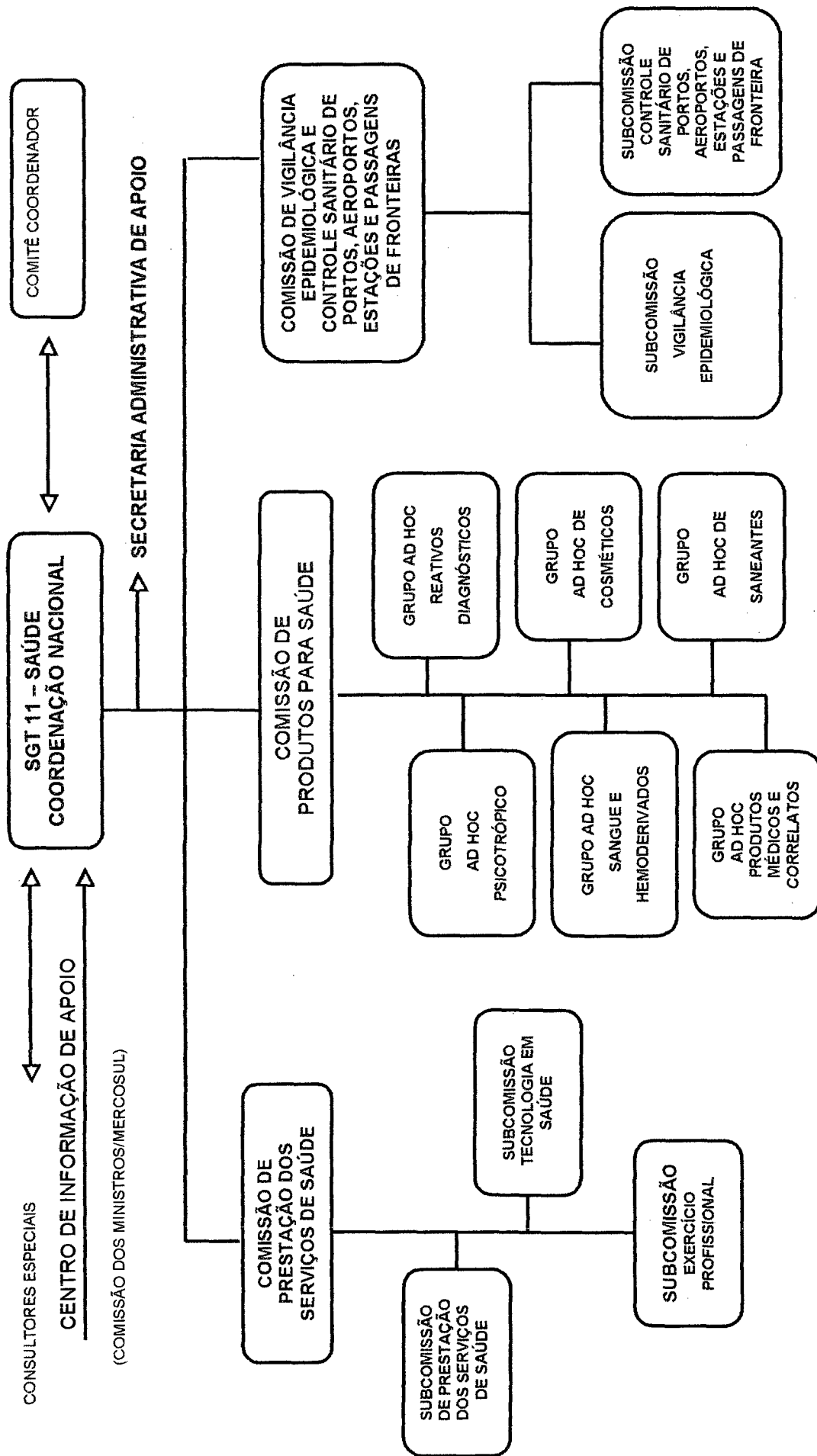
- Análise da tecnologia e definição de tecnologia apropriada;
- Qualidade da tecnologia;
- Uso da tecnologia;
- Incorporação de tecnologia (MERCOSUR, 1997a; MERCOSUR, 1997b).

O presente estudo focalizou sua análise nos trabalhos e resoluções da Subcomissão Prestação dos Serviços de Saúde pela sua especificidade e concordância com o objetivo da investigação.

Entre 13 e 16 de julho de 1998, realizou-se em Buenos Aires a III Reunião Ordinária do SGT-11 (nº 1/98), com todos os países, destacando-se os seguintes temas da agenda:

- instruções aos coordenadores das comissões e grupos ad hoc;
- organização das atividades do SGT, definição de prioridades e metodologias de trabalho das comissões e subcomissões, com estabelecimento do prazo de trinta dias para nomeação dos respectivos coordenadores;
- repasse das instruções dos órgãos do Mercosul, CMC, GMC e CCM;
- medidas e restrições não tarifárias, bem como incorporação das normas do Mercosul na legislação dos países, referentes à comissão de produtos para a saúde;
- encaminhamento de recomendações ao GMC referentes à "Diretrizes para a Elaboração e Revisão de Regulamentos Técnicos no Mercosul" (ARGENTINA, 1998).

FIGURA 03 : ORGANOGRAMA DO SGT 11, 1998.



6.2. A Subcomissão de Prestação dos Serviços de Saúde

Somente na IV Reunião Ordinária do SGT-11, ocorrida em Brasília de 05 a 08 de outubro de 1998, na qual se fez presente o autor da pesquisa, pela primeira vez a Subcomissão de Prestação dos Serviços de Saúde debateu os temas propostos no sentido de dar encaminhamento às tarefas assumidas perante o GMC, tais como:

- **Elaboração de um glossário de terminologia básica** - relacionado aos termos afetos à Subcomissão de Prestação dos Serviços, priorizando a organização de serviços de saúde, devendo esta ser a etapa final das discussões do tema desta Subcomissão;
- **Análise do processo de habilitação (licenciamento)** - referente à autorização para funcionamento dos estabelecimentos e instituições de saúde, procedimentos e requisitos, destacando-se os seguintes pontos:
 - a atribuição deve ser de responsabilidade do Estado;
 - deve ter periodicidade;
 - deve abranger todos os estabelecimentos públicos e privados.

Considerando que o processo de habilitação é normatizado em todos os países, os mesmos se comprometeram a enviar suas legislações com o objetivo de subsidiar futuras discussões. Os conceitos de alvará, registro, cadastro, estabelecimento contratado, termo de responsabilidade técnica, característica do responsável técnico e demais termos relacionados, deveriam constar do glossário;

- **Categorização dos estabelecimentos ou serviços de saúde** - levando em conta a organização dos Sistemas de Saúde de cada país. Ao constatar-se que na Argentina os estabelecimentos de saúde são caracterizados por níveis de risco e os serviços por sua capacidade resolutiva; que no Brasil a categorização se faz por níveis de complexidade; e que no Uruguai e Paraguai não existe a prática de categorização dos estabelecimentos e serviços, acordaram-se os seguintes pontos:

- a importância de haver categorização para os estabelecimentos e serviços de saúde;
- que a diferença de metodologia entre Argentina e Brasil poderia encontrar pontos em comum, permitindo o aperfeiçoamento destas metodologias;
- a categorização deveria nortear a diferenciação dos estabelecimentos e serviços de saúde, através da avaliação de estrutura e processo;
- que os estabelecimentos de saúde deveriam ser classificados em “estabelecimentos com internação” e “sem internação”.

Os países se comprometeram a elaborar conceitos e terminologias amplos referentes aos estabelecimentos e saúde “com internação” e “sem internação” para compor o Glossário;

- **Acreditação dos estabelecimentos de saúde** - devendo esta avaliar estrutura, processos e resultados; ser periódica, reservada e voluntária; realizada por órgão não estatal, sem fins lucrativos e com o aval do Estado. Constituiu-se num processo de educação e obtenção de qualidade, que permite avaliar os recursos disponíveis, sua correta aplicação e a qualidade dos recursos, assim como a satisfação do usuário;
- **Harmonização das normas de atenção em áreas prioritárias, níveis de atenção e complexidade de serviços** - com intercâmbio de normas sanitárias entre os países, orientando os mesmos a terem em conta o Mercosul quando da elaboração de novas diretrizes;
- **Coordenação de atividades de promoção e prevenção de saúde** - com o intercâmbio de programas considerados prioritários, visando à identificação de áreas de interesse comum. Em relação às questões de fronteira, os representantes de cada país assumiram a tarefa de consultar seus respectivos setores de vigilância epidemiológica e sanitária (MERCOSUL, 1998a).

Com a realização das II e III Reuniões Ordinárias da Subcomissão de Prestação dos Serviços de Saúde em dezembro de 1998 e março de 1999, houve

pouco avanço e deliberações em relação às tarefas relatadas anteriormente destacando-se:

- O consenso de um Glossário Preliminar de Termos;
- A definição de áreas para iniciar a harmonização de normas, além da sugestão para que a próxima reunião dos ministros de saúde considere na sua agenda a definição das Políticas em Áreas Prioritárias de Saúde, levando em conta que os países compartilham em grande medida, realidades demográficas e epidemiológicas similares;
- A necessidade de fortalecimento do trabalho em equipe da Subcomissão, garantindo a continuidade de seus representantes para concretização das tarefas designadas (BRASIL, 1998b; PARAGUAY, 1999a).

Já na IV Reunião realizada entre 31 de maio e 3 de junho de 1999, aprovou-se a Recomendação 9/99 referente ao Glossário Básico de Termos Comuns para os Serviços de Saúde do Mercosul, submetendo-a as instâncias superiores sendo aprovada pelo SGT 11 em 11 de novembro, que recomendou ao GMC adotá-la como resolução (Anexos 04 e 05). Iniciou-se ainda a harmonização das normas sobre Atendimentos de Emergência e Unidades de Terapias Intensivas com intercâmbio de materiais e elaboração de uma matriz comparativa de normas dos países levando em conta as seguintes variáveis: *estrutura física* – ambientes, dimensões e instalações; *equipamento tecnológico* – tipo e quantidade; e *recursos humanos* – quantidade e qualificação. Também foram sugeridas as pautas de harmonização das normas nas áreas de cardiovascular, terapia renal substitutiva – excluindo transplantes-, oncologia. Realizou-se o intercâmbio das listas de patologias não transmissíveis, objetivando o início do processo de harmonização de normas e programas específicos de prevenção e promoção destas patologias e por último estabeleceram-se linhas para o aprofundamento da análise da prestação de serviços de saúde nos países.

Quanto à participação do setor privado no trabalho da Subcomissão, os coordenadores ficaram de avaliar na V Reunião (PARAGUAY, 1999b).

Nos dias 23 a 26 de agosto desse ano aconteceu em Montevideu a V Reunião da Subcomissão em foco, paralela a VIII Reunião Ordinária do SGT 11,

aprofundando a temática previamente estabelecida. Foi completada a *harmonização das normas sobre cuidados intensivos e emergências*. Os acordos referentes a recursos humanos, equipamentos e estrutura física indicavam que cada país deveria possuir, no mínimo, Unidades de Cuidados Intensivos (denominadas daquela reunião em diante UTIs), buscando-se uma definição consensuada do conceito, a partir da análise de equivalência entre os países. Havia acordo em relação à maioria dos itens, salvo quanto ao número mínimo de leitos, que no Brasil e Argentina deve ser de no mínimo 10% do total de leitos de uma unidade hospitalar, não existindo normatização no Uruguai e Paraguai. Foram analisadas também as normativas das Unidades Móveis terrestres dividindo-as em dois grupos: serviço de emergência móvel de alta e baixa complexidade; com suas necessidades de equipamento e pessoal.

Quanto às *pautas de harmonização* das normas de assistência nas áreas cardiovascular e oncologia postergaram-se os trabalhos visto que os países não tinham normatizado este tipo de serviço. Manteve-se a harmonização quanto à terapia renal substitutiva – excluindo transplantes- e serviços de urgência/emergência cuja normatização interna deveria avançar em cada país. Procedeu-se ao intercâmbio das listas de *patologias não transmissíveis*, objetivando que na próxima reunião se iniciasse o processo de compatibilização de normas e programas específicos de prevenção e promoção de enfermidades cardiovasculares, oncologia e acidentes - causas externas.

Dando continuidade a esta discussão, decidiu-se que no tocante as linhas para aprofundamento da análise da prestação de serviços de saúde nos países, este ponto é complementar ao processo de estabelecimento dos acordos básicos sobre normas de organização e funcionamento de diferentes serviços dos estabelecimentos de saúde (MERCOSUR, 1999a).

O último documento oficial que o investigador se propôs a analisar refere-se a VI Reunião da Subcomissão de Prestação de Serviços – IX Reunião do SGT 11, realizada em Montevideu entre os dias 8 e 11 de novembro. A reunião, segundo relato de um dirigente brasileiro, foi esvaziada e pouco produtiva, frente à ausência da delegação Argentina e a conjuntura política uruguaia com a proximidade de troca de governo. Pouco avanço em relação à anterior, destacando-se a modificação da matriz de análise da normatização das Unidades

de Tratamento Intensivo - UTIs, incorporando-se a definição de UTI, equivalência entre as Unidades dos países membros e definição dos recursos humanos quanto a sua qualificação: *médicos* – chefe do serviço, especialista em Medicina Intensiva, médico supervisor, com título de especialista ou experiência mínima de três anos e médico plantonista que deverá ter, pelo menos, um ano de experiência ou comprovação de formação adequada; *enfermagem* – presença de uma enfermeira chefe com experiência de no mínimo três anos em terapia intensiva, junto com um auxiliar técnico de enfermagem para cada duas camas. Os requisitos estabelecidos na análise das UTIs aplicam-se à unidades de até 10 leitos, não sendo consideradas UTIs os serviços separados de unidades hospitalares.

Elaborou-se uma matriz comparativa para a análise da normativa de Terapia Renal Substitutiva, sendo que o resultado da análise individual de cada país seria apresentado na próxima reunião. Somente o Brasil possuía normativa oficial sobre unidades de emergência e urgência; com a falta da Argentina, adiou-se também a análise desta normativa, juntamente com os demais pontos da Pauta Negociadora. Por último procedeu-se a pequenas modificações no Glossário de Termos Básicos, solicitadas pelo Paraguai e Uruguai, apesar deste item já ter sido aprovado e encaminhado ao SGT 11 em junho de 1999, na IV Reunião da Subcomissão.

Em dezembro desse ano foi programado o 1º Encontro Nacional “A Saúde no Mercosul, nas Fronteiras do Brasil” a ser realizado em Florianópolis de 14 a 16 de março de 2000, envolvendo os Secretários de Saúde dos quatro Estados e 64 municípios de Mato Grosso do Sul, Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, que fazem fronteira com os Estados Parte do Mercosul. O Encontro tem o objetivo de informar o público alvo sobre o Mercosul e o SGT 11, seu desenvolvimento, desafios e perspectivas, além do debate das seguintes questões: -*Quais os problemas identificados em suas áreas de atuação envolvendo os países do Mercosul?* - *Quais as expectativas dos municípios de Fronteira no encaminhamento dos tópicos – Vigilância Epidemiológica, Laboratórios de Referência para as Fronteiras, Prestação de Serviços de Saúde, Exercício Profissional e Controle Sanitário de Portos, Aeroportos, Estações e Passagens de Fronteira, incluindo produtos (BRASIL, 2000).*

Fica evidente na iniciativa do Ministério de Saúde brasileiro o desejo de começar a definir as políticas e ações práticas do SGT 11 a partir da realidade dos municípios e regiões de fronteira, que atualmente já impõem demandas e ações na assistência e promoção de saúde. Um exemplo concreto é o relatado pelo Coordenador da Subcomissão do Brasil, referente a pacientes brasileiros do Rio Grande do Sul, residentes próximos à fronteira com o Uruguai, que necessitam de duas a três sessões de hemodiálise por semana. O serviço mais próximo fica localizado em território uruguaio, o que permite a otimização da atenção. No entanto, enquanto o SUS brasileiro paga em média 83 reais (aproximadamente 48 dólares) por sessão em serviço conveniado, os serviços contratados no Uruguai recebem ao redor de 140 dólares, o que representa uma grande diferença a ser negociada com mecanismos de compensação, garantindo a atenção, que é obrigatória, àquela população. Por outro lado, uruguaios recorrem a unidades de saúde nos municípios de fronteira do Brasil, assim como paraguaios buscam serviços de transplantes e intervenções cardiológicas, além de brasileiros queimados atendidos em Buenos Aires enquanto argentinos politraumatizados recebem atenção em hospital de referência de Porto Alegre, a partir de um convênio bilateral que envolve governos, secretarias e instituições acadêmicas. Só para citar algumas ações que se antepõem às discussões e resoluções oficiais do SGT, a partir da realidade concreta pela demanda de serviços.

Observa-se que, à parte das dificuldades enfrentadas, o avanço dos trabalhos se deve muito mais ao prazo estabelecido para a Subcomissão cumprir a pauta, do que a uma sistematização e planejamento de atividades. Isto pode ser notado na análise das deliberações da I e II Reuniões de Coordenadores do SGT11 que estimaram o término dos trabalhos para abril de 1999 e a constante reformulação do cronograma das pautas negociadoras das Subcomissões, especialmente da Subcomissão de Prestação de Serviços de Saúde, nos documentos analisados.

No Quadro 07 realiza-se uma síntese dos trabalhos da Subcomissão, relacionando a temática, estágio do desenvolvimento dos trabalhos e reuniões previstas para conclusão da Pauta Negociadora, na IX Reunião Ordinária da Comissão de Serviços de Saúde.

QUADRO 07: Síntese dos trabalhos da Subcomissão de Prestação dos Serviços de Saúde no período 1998 a 1999 e previsão para conclusão dos trabalhos.

PAUTA	Out. 1998	Dez. 1998	Mar. 1999	Jun. 1999	Ago. 1999	Nov. 1999	Reuniões. Previstas
Elaboração de Glossário de Termos Básicos	■	■	■	■			–
Habilitação e Categorização de Estabelecimentos ou Serviços de Saúde.	■	■		■	■	■	3
Harmonização das Normas de Atenção em Áreas Prioritárias	■		■	■	■	■	3
Níveis de Atenção e Complexidade de Serviços	■				■	■	4
Coordenação de Atividades de Promoção e Prevenção de Saúde	■				■	■	4
Acreditação dos Estabelecimentos de Saúde	■					■	–

DEFINIÇÃO DE PAUTA
 DISCUSSÃO DE PAUTA
 APROVAÇÃO
 NÃO INCIADA

6.3. Percepção dos Dirigentes e Atores Sociais da Subcomissão, Acompanhamento das Reuniões

6.3.1. O papel dos setores público e privado e o estágio das normatizações

Analisando o conteúdo das entrevistas no que se refere ao papel dos serviços públicos na integração dos países, verifica-se que os representantes brasileiros são mais enfáticos ao defenderem as garantias de universalidade, gratuidade e controle social como ponto de partida dos debates. O coordenador brasileiro da Subcomissão afirma que se deve garantir acesso aos serviços para todos os cidadãos, com qualidade a partir do cumprimento de requisitos mínimos dos serviços públicos acordados nos trabalhos da Subcomissão recém criada. Na mesma linha o representante do Conselho Federal de Medicina enfatizou o aumento da necessidade dos serviços públicos frente à globalização, o desemprego e a crise econômica, sendo “fundamental na integração no sentido

de suprir as carências sócio-econômicas”. Entende o setor público desempenhando um papel de controle das enfermidades e Vigilância à Saúde, frente ao aumento da migração populacional e mercadorias.

O representante argentino entende que a Subcomissão deve analisar os custos e gastos no setor público/prestação de serviços, identificando também a cobertura de acordo a origem dos serviços. Ao afirmar que a assistência a todos os cidadãos é importante, mas é necessário diferenciar as responsabilidades de cada país, demonstra a preocupação com a realidade argentina onde há uma distinção clara das ações do setor público e privado, com hegemonia do segundo, sem garantia de gratuidade e universalidade nos serviços. Expressa ainda o intercâmbio existente de serviços nas áreas de fronteira, realidade esta que já exige medidas normativas dos serviços públicos.

Os representantes do Uruguai e Paraguai defendem que setor público é determinante na construção da integração e apontam tarefas necessárias ao processo, tais como: normatizar ações para o público e privado, dimensionar o impacto da cobertura assistencial e definir a acreditação e categorização dos serviços de saúde além de estabelecer convênios bilaterais em áreas de fronteira.

Quanto ao setor privado na integração da prestação dos serviços todos os representantes brasileiros afirmam o seu papel complementar ou até suplementar, coexistindo com o setor público e devendo ressarcir-lo quando sua clientela for por este atendida. Neste sentido o coordenador brasileiro da Subcomissão refere à experiência brasileira de desenvolver mecanismos de compensação da atenção pública em relação ao privado que poderia servir de base a normatizações no Mercosul. Já o coordenador argentino ressalta a importância do setor privado como prestador de serviços alertando para o superdimensionamento destes serviços acentuando a iniquidade na cobertura recomendando revisão neste aspecto. Enquanto o coordenador uruguaio entende que este setor tem características de aplicação de alta tecnologia e equipamentos em saúde, desenvolvendo ações com melhor relação custo-benefício, o Vice Ministro paraguaio considerava que existia uma “facilidade de integração entre o setor público e privado, a exemplo do que acontece em alguns países”.

As afirmações acima relatadas evidenciam a organização diferenciada dos sistemas de saúde onde o Brasil tem uma maior clareza do papel preponderante

do setor público, partindo da própria Constituição e organização do sistema. Ao mesmo tempo os demais países manifestam a influência marcante dos serviços privados e dos Institutos de Previdência na assistência à saúde devendo este aspecto ser motivo de ampla discussão na Subcomissão, com normatização sobre a qualidade dos serviços e mecanismos de compensação, sem a qual o processo de integração poderá ser comprometido.

O estágio das normatizações referentes à integração da prestação dos serviços de saúde encontrava-se no marco inicial para todos os entrevistados, sendo que o coordenador brasileiro da Subcomissão afirmava que as discussões estavam partindo das questões mais complexas e específicas para os aspectos mais gerais. Isto fica evidente nas resoluções de 1999 analisadas anteriormente que além da definição do Glossário de Termos Básicos, abordam temas referentes à Atenção de Emergências – Urgências, UTIs, Transplantes, prioritariamente à análise da prestação dos serviços de saúde na atenção básica.

O direcionamento das discussões da Subcomissão sobre as questões mais complexas, na opinião do entrevistado pode ser justificado pelo montante de recursos envolvidos neste tipo de assistência, pelo aporte de alta tecnologia, interesse e demanda enfrentada pelos países, além do envolvimento do setor privado na prestação dos serviços. Lembra ainda que questões de atenção primária, relacionadas aos temas de saúde nas fronteiras, Sistema de Comunicação e Informação em saúde, controle de endemias e vigilância epidemiológica, foram motivo de discussão das Reuniões dos Ministros de Saúde do Mercosul – INCOSUL, conforme relatado no item 4.3. Já na visão da atual coordenadora brasileira da Subcomissão, não há justificativa clara para esse encaminhamento podendo estar relacionado a menor abrangência populacional das ações, envolvimento de maior tecnologia e maior facilidade na elaboração das normatizações.

6.3.2. Dificuldades e facilidades no processo de integração

No tema das dificuldades e obstáculos a maioria dos entrevistados aborda aspectos referentes à diferença de organização dos sistemas de saúde e modelos assistências entre os países destacando-se a gratuidade, universalidade, fontes

de financiamento, além da desagregação dos sistemas no interior dos países. O grau de participação da iniciativa privada também foi referido apontando-se o maior nível nos outros países quando comparado ao Brasil, que tem maior legislação, controle institucional e social. A dependência de alta tecnologia e do setor privado por alguns países foi referida, e associada à baixa qualidade dos serviços públicos. Destacou-se neste aspecto o baixo investimento do governo paraguaio em saúde obrigando a população a custear diretamente parte dos serviços existindo apenas a tentativa de isenção na área da assistência materno-infantil. Neste país, segundo seu dirigente a coexistência dos dois sistemas - Ministério de Saúde Pública e Seguridade - sem complementaridade de suas ações leva a uma equidade de acesso junto a uma iniquidade de cobertura.

Um outro aspecto refere-se ao “idioma sanitário” que apresenta termos e normas diferentes, exigindo-se a unificação da linguagem. Aspectos referentes ao exercício profissional interferem no processo de integração com diferenças na capacitação dos recursos humanos e requisitos mínimos de qualificação e graduação. Levantou-se que a velocidade de integração geral do Mercosul é superior à capacidade de resolução do SGT e que a carência de recursos financeiros e técnicos para o desenvolvimento dos trabalhos são limitantes destacados.

A rotatividade dos membros da Subcomissão dificulta e por vezes impede a evolução dos trabalhos já que os técnicos em geral não têm um envolvimento prévio com a temática, além de baixo poder decisório de alguns destes. Isto ficou evidente na definição do Glossário de Termos Básicos, aprovado pela Subcomissão em 03 de junho de 1999, mas que sofreu pequenas modificações solicitadas pelo Paraguai e Uruguai, em novembro do mesmo ano. Nos dois anos de funcionamento de Subcomissão o Uruguai e a Argentina mantiveram o mesmo representante, o Brasil já indicou o seu terceiro representante e o Paraguai o segundo.

É comum a participação dos representantes em mais de uma Subcomissão, fazendo com que tenham que se ausentar de debates de uma ou outra por coincidência de horários; a exemplo da Argentina que tem apenas um dirigente do Ministério da Saúde participando em todas as três Subcomissões da Comissão de Prestação dos Serviços de Saúde.

Destaca-se no depoimento do representante do CFM que estava se “superando o medo de alguns dirigentes” dos países de uma “invasão de usuários” aos seus sistemas de saúde, bem como o temor à perda de soberania. Afirmava ainda que o processo avançaria desde que todos os atores estivessem envolvidos com a disposição de acertar suas políticas.

Quanto às facilidades e possibilidades todos afirmavam a boa vontade dos países com o interesse geral no avanço de Mercosul, a vontade de acertar, o entrosamento dos coordenadores dos Subgrupos e a grande solidariedade dos países com intercâmbio de material. O representante argentino ressaltava que as rivalidades estavam postas de lado frente à necessidade da evolução e cumprimento dos acordos. Outro aspecto facilitador, levantado pela maioria, é o compromisso de comunicação e intercâmbio de informações além da disponibilidade e fluxo de informações a partir da semelhança dos idiomas incluindo a iniciativa de ensino de português e castelhano nas escolas. Os países também apresentam características sócio-econômicas similares; a coexistência de serviços públicos e privados; além da existência de experiências de intercâmbio cada vez maiores como é o caso das fronteiras e atenção de Emergências que têm exigido convênios bilaterais com a necessidade de mecanismos de compensação, podendo ser estendidos aos Estados Parte.

Deduz-se que o intercâmbio de serviços nos municípios e estados, províncias - departamentos de fronteira têm relação maior com a atenção primária em saúde, controle de endemias e epidemias, contrabalançando o enfoque principal da Subcomissão relacionado à atenção secundária terciária em saúde (emergências, transplante, UTI's, etc.). O Seminário ocorrido em Florianópolis, em março de 2000, relatado no item 6.2., deveria levantar propostas de encaminhamento neste sentido.

Outro aporte são as experiências e normas estabelecidas a partir dos Acordos Bilaterais de Previdência Social entre os governos do Brasil, Argentina, Uruguai no cone Sul, além do Acordo Brasil Paraguai para a atenção aos trabalhadores da Hidrelétrica de Itaipu, conforme descrito no item 4.3. Nestes, a garantia de assistência médica, odontológica e farmacêutica, conforme a seguridade previdenciária do Estado que presta assistência, além de mecanismos e valores para custeio e ressarcimento dos serviços, servem de parâmetros para

a definição sobre a abrangência da prestação dos serviços e os mecanismos de compensação.

O representante do CFM, que é um dos atores principais da Subcomissão de Exercício Profissional, demonstra otimismo ao prever um prazo de cinco anos para a conclusão da integração dos serviços de saúde. Ele é acompanhado pelo coordenador brasileiro da Subcomissão que relaciona o aumento da velocidade dos trabalhos na medida da “superação dos preconceitos”.

Trata-se também do tema prestação de serviços ganhar importância e prioridade como os enfoques dados às áreas de alimentos, produtos médicos e medicamentos. Isto implica em que os países e dirigentes em saúde tenham clareza do papel dos serviços públicos em saúde no processo de integração, de encontro a uma necessidade básica das populações envolvidas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. Com a crise econômica enfrentada por todos os países do Mercosul, temos o aumento do desemprego, queda do poder aquisitivo, excluindo boa parte da população dos bens e serviços, além de exigir maiores investimentos públicos na seguridade social, frente à queda da qualidade de vida e problemas daí oriundos.

2. Não são apenas os aspectos comerciais que influenciam e condicionam o processo de integração no Mercosul. Mesmo com os objetivos claros do Tratado referentes ao intercâmbio de bens e serviços, inclui-se neste processo a base dos fatores produtivos, referentes ao trabalho, bem como a migração de populações nos territórios, aliadas as suas demandas por bens e serviços, incluídos aí os da saúde e previdência.

3. De uma maneira geral, os indicadores de saúde da Argentina e especialmente do Uruguai são melhores que os do Brasil e com grande distância do Paraguai, o qual não desenvolveu serviços de saúde com condições mínimas de atendimento à sua própria população. A situação do Brasil é particularmente contraditória se analisadas as garantias constitucionais e os indicadores de saúde apresentados.

4. Os gastos públicos com saúde nos países membros do Mercosul estão abaixo das necessidades, com exceção do Uruguai, contribuindo para a iniquidade e pouca acessibilidade aos serviços de saúde. Este fato pode obstaculizar a oferta de serviços no processo de integração, mesmo com a criação dos mecanismos de compensação interpaíses para o custeio das ações realizadas nas populações migrantes, além de induzir os usuários a priorização do subsetor privado no atendimento de suas necessidades. Isto agravaria a iniquidade e acessibilidade aos serviços.

5. A harmonização de conceitos e normas para a integração, apesar da manifestação positiva de todos países, enfrenta grandes dificuldades frente às diferenças históricas dos sistemas, complexidade e organização dos serviços de saúde, num processo lento, marcado por avanços e retrocessos institucionais de

cada país. Isto não parece novo na história das integrações, principalmente ao se constatar que a União Européia é fruto de mais de quarenta anos de negociações, havendo consensos ainda em construção. Nela, o tema saúde só entrou nas pautas de negociações, segundo o representante do CFM no SGT 11, a partir de 1994, dois anos antes de entrar em vigor a UE. Se isto não serve de alento, pelo menos indica a necessidade da persistência das instituições e atores sociais envolvidos. Relaciona-se também ao tempo relativamente curto com que o tema saúde e seus derivados foram incluídos no processo de debates e resoluções para o cumprimento do Tratado do Mercosul.

6. A maior abordagem de temas sobre alta complexidade nas pautas negociadoras, em detrimento da área de atenção primária, tem relação com a maior facilidade de normatização, recursos financeiros e tecnologia envolvidos, menor abrangência populacional e envolvimento do setor privado na prestação de tais serviços. A Subcomissão assume desta forma um enfoque de trabalho partindo de questões mais específicas, sem ter antes definido questões mais abrangentes, tais como assistência ambulatorial e de especialidades básicas aliado aos seus respectivos procedimentos complementares, que envolvem, no caso brasileiro, cerca de 80% da demanda dos serviços de saúde.

7. O Brasil destaca-se no encaminhamento de debates e propostas, a partir da estrutura técnico-administrativa do Ministério da Saúde e de algumas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, em direção ao processo de integração dos serviços de saúde. Já a Argentina, apesar da afirmação de seus dirigentes de que as divergências estavam postas de lado frente à necessidade de evolução e cumprimento dos acordos, tem se ausentado de algumas reuniões e disponibilizado poucas informações, obstaculizando os trabalhos da Subcomissão. É possível que tal posicionamento tenha relação com os impasses governamentais entre Brasil e Argentina surgidos no segundo semestre de 1999, além do processo eleitoral para presidência daquele país. Na mesma linha o Paraguai reflete a sua instabilidade institucional em trocas de representantes e de linha de intervenção; que aliado à falta de conhecimento e articulação ao processo, dificulta o andamento dos trabalhos. O recente processo eleitoral no Uruguai refletiu-se na última reunião da Subcomissão onde havia uma incerteza

dos dirigentes e técnicos daquele país quanto à continuidade da linha de intervenção e da sua representatividade para tomada de decisões importantes.

8. A Subcomissão, após a aprovação do Glossário de Termos Básicos, voltou-se para a categorização e habilitação dos estabelecimentos - serviços de saúde e, com mais ênfase, para a harmonização das normas de atenção em áreas prioritárias, como atenção a emergências - urgências, transplantes, oncologia e cardiovascular. Predomina assim a visão de se focar algumas áreas da atenção secundária, que em geral envolvem um maior custo nos serviços em detrimento da atenção primária, caracterizada pela atenção ambulatorial, com ações de promoção e prevenção à saúde, envolvendo menor complexidade.

9. Desprende-se da opinião de dirigentes brasileiros a proposta da criação de Mecanismos (ou Câmaras) de Compensação para garantir o ressarcimento, ao país prestador dos serviços, de qualquer tipo de ação de saúde, da mais simples a mais complexa, seja para os usuários do sistema público, seja para aqueles que detenham planos de saúde complementares. Isto implicaria que, a exemplo da iniciativa brasileira, os países já tivessem desenvolvido mecanismos de compensação internos, dos subsetores privados aos subsetores públicos, harmonizando tabelas de procedimentos específicos. Um aporte considerável neste sentido é a experiência dos Acordos Bilaterais de Previdência Social entre os governos do Brasil, Argentina e Uruguai, na América do Sul, além de alguns países da Europa, para assistência médica, odontológica e farmacêutica.

10. Da mesma forma, o Ministério de Saúde brasileiro, através da sua Coordenação do SGT 11, toma iniciativas para definição de políticas e ações bilaterais na área de prestação de serviços de saúde, a partir de municípios e regiões de fronteiras que já têm apresentado nos últimos anos demandas específicas frente às populações que compartilham áreas geográficas comuns. Buscam-se serviços de saúde de acordo a melhor acessibilidade e oferta de ações no serviço público ou privado. Normatizações entre países e/ou Secretarias de Estados/províncias tem permitido um mínimo de intercâmbio frente à demanda das populações, levando em conta a eficiência e eficácia dos serviços.

11. De uma maneira geral, o Mercosul representa uma importante iniciativa para a integração dos países da região frente à Nova Ordem Econômica

Internacional. Apesar do enfoque predominantemente econômico-comercial, as demandas sociais se impõem devido à natureza e abrangência do processo, além dos diferentes atores sociais envolvidos nessa reordenação geo-político-econômica no Cone Sul, em especial no âmbito da saúde. Neste sentido, a organização e os avanços do SGT11 – Saúde, são consideráveis frente as grandes diferenças dos países, organização dos sistemas de saúde e compreensões e níveis de engajamento diferenciados dos atores que atuam no SGT. As reuniões agendadas e Pauta Negociadora assumida apontam para um patamar mínimo de normas para a integração da prestação dos serviços de saúde até o ano de 2001, com ações práticas iniciadas já neste ano de 2000, a partir dos municípios e estados-províncias de fronteira.

7. BIBLIOGRAFIAS REFERENCIADAS E CONSULTADAS

ALMANAQUE ABRIL 25^a ed. São Paulo: Editora Abril, 1999.

ARGENTINA. Mercosul. **Resolução GMC Nº 4/98**, em 8 de mayo de 1998.
Pauta Negociadora do SGT 11. Acta. Buenos Aires, 8/5/98.

ARNAU, A.; PIERANTONI, C. Paraguai: Situação a Formação e Mercado de Trabalho na Área de Saúde. In: OPS. **Recursos Humanos em Saúde no Mercosul**. Rio de Janeiro: OPS/FIOCRUZ, 1995.

BARDIN, C.: **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BISQUERRA, R.: **Métodos de investigacion educativa**. Barcelona: Ediciones CEAQ, 1989.

BATTAGLINI, E. et cols. **Mercosul - Integração na América Latina e Relações com a Comunidade Européia**. São Paulo: Ed. CAJÁ, 1993.

BELMARTINO, S. Argentina: Alternativas de Transformação no Sistema. IN: BUSS, P.M & LABRA, M.E.(org.). **Sistemas de Saúde, Continuidades e Mudança**. São Paulo: Hucitec/FIOCRUZ, 1995.

BERTOLDI, D. **Blocos Econômicos**. Grupo de Estudos do Mercosul – Joaçaba SC. Disponível na Internet. www.softline.com.br/fox/mercosul. 14/11/99.

BOLETIM MERCOSUL (a), Florianópolis, Escola Sul da CUT, nº14, nov. 1999.

_____ (b), Florianópolis, Escola Sul da CUT, nº15, dez. 1999.

_____ (c), Documentos da 5^a Reunião Ministerial da ALCA, Florianópolis, Escola Sul da CUT, dez. de 1999. 24p. Encarte.

BRASIL, Ministério da Saúde. 1º Encontro Nacional "A Saúde no Mercosul, nas Fronteiras do Brasil", Florianópolis, 14, 15 e 16 de março de 2000. Panfleto para divulgação.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Ata da 11 Reunião Ordinária de SGT 11 - Saúde MERCOSUL**. Brasília, outubro de 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Indicadores de Saúde - DATASUS**. Disponível na Internet. www.saude.gov.br/indica5/htm. 23/09/98.

BRASIL, Ministério de Relações Exteriores. **Dicas do Mercosul**. Brasília-DF: Patri, 1997.

BRASIL, Comissão de Integração dos Médicos do Mercosul. **Resolução 14/96**. Brasília: CFM, 1996.

BRASIL. Mercosul. **Resolução GMC Nº 151/96**, de 13 de dezembro de 1996. Criação do Subgrupo de Trabalho Nº 11 Saúde. Ata, Fortaleza, dez. de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e Dados Básicos para a Saúde – IDB 98**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Criação do SGT Saúde no âmbito do Mercosul**. Brasília, agosto 1996 (mimeo).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores Básicos de Saúde, 1998**. Disponível na Internet. www.saude.gov.br. 30/11/99.

BRASIL. Ministério de Relações Exteriores - MRE. **O Mercosul Hoje**. Disponível na Internet. www.mre.gov.br. 30/10/98.

BRASIL & URUGUAI. **Acordo de Previdência Social entre os governos da República Federativa do Brasil e da República Oriental do Uruguai**. Brasília: MRE do Brasil, 1978.

BRESCIANI, A. P. **Histórico do Mercosul**. Grupo de Estudos do Mercosul – Joaçaba SC. Disponível na Internet. www.softline.com.br/fox/mercosul. 14/11/99.

BUSS, P.M. Saúde e Desigualdade: o Caso do Brasil. IN: BUSS, P.M. & LABRA, M.E.(org.). **Sistemas de Saúde, Continuidades e Mudanças**.

- São Paulo: Hucitec/Fiocruz, 1995.
- CENTRÁNGOLO, O. MUNÓZ, A R. D.; RAMOS, S. Sistemas de Saúde, IN: Gazeta Mercantil. **Mercosul, um Atlas Cultural, Social e Econômico**. R. J.: Manrique Zago Ed./Instituto Herbert Levy, 1997. pp. 248-262.
- CHACON, V. **O Mercosul – A Integração Econômica da América Latina**. São Paulo: Scipione, 1996.
- COELHO, A M. O Novo Programa de Investigação Biomédica e de Saúde da CEEBIOMED (1990-94). Lisboa. **Acta Med. Port.** fev. 5(2): 107-12. 1992.
- CONASS. **Estabilização e Políticas Sociais - Mercosul: Experiência de Estruturação de Sistemas e Redes de Serviços de Saúde**. Relatório Final. Brasília: CONASS, 1997.
- CONILL, E.M. et al. A Organização dos Serviços de Saúde: a comparação como contribuição. **Cadernos de Saúde Pública**, 7:328-346, 1991.
- CONILL, E.M. **Sistema único ou Sistema Múltiplo de Saúde? Sobre as Contribuições da Análise Comparada de Sistemas de Saúde para o Entendimento da Reforma Sanitária -Brasileira**. ENCONTRO MÉDICO PREPARATÓRIO PARA A X CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1996. Joinville, 1996 (mimeo).
- Conselho Federal de Medicina. **O CFM e o MERCOSUL**. Disponível na Internet. <http://H200.239.45.3/cfm/espelho/mercosul.htm>. 16/10/99.
- CORDERA, P. et al. Las Reformas a los Sistemas de Salud en Diversas Regiones. Simposium Health Systems Reforms in Vaarious Regions: 111. north european countries. **Gac. Med. Mex.**, 131(3): 303-16, 1995.
- COSTA, M.L. Saúde no Mercosul: por uma Equilibrada Integração de Serviços, IN: Gazeta Mercantil. **Mercosul, um Atlas Cultural, Social e Econômico**. R. J.: Manrique Zago Ed./Instituto Herbert Levy, 1997. pp. 244-247.
- CRUZ, A **MERCOSUR: El Impacto de la Integración Regional**. Estudio de

- Caso- Uruguay.** Disponível na Internet. www.icd.ax.apc.org. 23/09/98.
- DESEP – CUT. Mercosul. Os dilemas do Mercosul após a desvalorização do Real. **Encarte Boletim Mercosul**. Florianópolis, setembro 1999.
- FIGUEROA, A.C.A. **A Bioética e sua Presença na Educação para Saúde**. Florianópolis: UFSC, 1998. (Tese de Doutorado)
- FRACCHIA, G.N. & THEOFILATOU, M. The European Community's Research Projects in the Field of Health Services. **Int. J. Technol. Assess. Health Care**. 9(4): 554-63, 1993.
- FRENK, J.; DONABEDIAN, A. State Intervention in Medical Care: Types, Trends and Variables. **Health Policy and Planning**, 2: 17-31, 1987.
- GAZETA MERCANTIL. Analistas Criticam Apatia Institucional. **Relatório da Gazeta Mercantil Um Ano de Mercosul**. São Paulo, 15/12/95. p.7.
- GREIMAS, A.J.: **Semântica Estrutural; Pesquisa de Método**. São Paulo: Cultrix, Ed. da Universidade de São Paulo, 1976.
- GUIMARÃES, S. P. Crise Econômica e Mercosul. **Correio da Cidadania**. São Paulo, 25/09 a 02/10/99. Economia, 1999.
- HOLANDA, E. G. M. SGT 11 “**Saúde**” **MERCOSUL**. Brasília-DF, Ministério da Saúde, fev. 2000. 58 fotocópias de transparências: p&b. 30 X 21 cm. Material iconográfico.
- HOBSBAWM, E. J. **Era dos Extremos: O breve século XX: 1914-1991**. 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- IANNI, O. **A Era do Globalismo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1996.
- IBGE. **Contagem Populacional de 1996**. Rio de Janeiro: IBGE, 1997.
- INFANTE, A & GOZZER, E. Reforma de los Sistemas de Salud: que puede aportar Europa Occidental a Latinoamerica? **Educ. Med. Salud**.; 29(3/4): 286-303, 1995.
- Informativo MERCOSUL. Nº 8 março/Abril, 1998.
- Instituto Latino Americano de Integración y Desarrollo - ILAIDE. **El Proceso de Integración**. Disponível na Internet. www.citynet.com.ar/ilaide. 14/11/99.

JUCÁ, A P. **A Saúde no MERCOSUL**. Relatório Técnico ao Ministro da Saúde. Brasília, 1998.

KLECKOWSKI, B. ROEMER, M. VAN DER WERFF **Sistemas Mundiales de Salud y su Reorientacion Hacia la Salud Para Todos, Cuadernos de Salud Pública**. Nº 77, OMS, 1984^a

KLECKOWSKI, M.B., ROEMER, M.I. & VAN DER WERFF, A. **Sistemas Nacionales de Salud y su Reorientación hacia la Salud Para Todos**. Genebra: OMS, 1984b.

KUNT, Z. Direitos, Mercado e Estado. In: Bogus, L. (org.) **Política de Emprego, Políticas de População e Direitos Sociais**. São Paulo: EDUC, 1997.

LABRA, M.E. As Políticas de Saúde no Chile: entre a Razão e a Força. IN: BUSS, P.M. & LABRA, M.E. (org.). **Sistemas de Saúde. Continuidades e Mudanças**. São Paulo: Hucitec/FIOCRUZ, 1995.

LABRA, M.E. Complexidades e Singularidades dos Sistemas de Saúde. **Revista da Associação de Saúde Pública do Piauí**; 2(1): 05-14, junho, 1999.

MAGNOLI, D. & ARAÚJO, R. **Para Entender o Mercosul**. São Paulo: Moderna, 1994.

MALETA, C. H. **Epidemiologia e Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.

MEDEIROS, M. A. O Mercosul e a União Européia: uma abordagem comparada do processo de formação de instituições. In: VIEIRA, A. I. S. **Os Enfermeiros nos Países do Mercosul: estudo comparado da (i)mobilidade profissional no mercado de trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1998. 227 p. (Tese de Doutorado em Enfermagem).

MERCOSUL (a), Brasil. **Ata 04/96 da Reunião da Comissão de Coordenadores Nacionais da Reunião de Ministros de Saúde do Mercosul**, 30 de outubro de 1996.

_____ (b), Brasil. **Ata da Terceira Reunião de Ministros de Saúde do Mercosul**, de 1º de novembro de 1996.

MERCOSUL (a), Brasil. **Ata da I Reunião da Subcomissão de Prestação dos Serviços de Saúde**, em 5 de outubro de 1998.

_____ (b), Brasil. **Ata da V Reunião Ordinária do SGT 11 "Saúde" Mercosul**, de 17 de dezembro de 1998.

MERCOSUR, Argentina. **Acta 01/98 de la III Reunión dei SGT 11 Salud**, en 16 de julio de 1998.

MERCOSUR, Paraguay. **Acta de la Primera Reunión de Ministros de Salud dei Mercosur**, en 7 de noviembre de 1995.

MERCOSUR(a), Paraguay. **Acta de la Primera Reunión de Coordinadores del Subgrupo de Trabajo 11**, en 5 de marzo de 1997.

_____ (b), Paraguay. **Acta da Segunda Reunión de Coordinadores dei Subgrupo de Trabajo Nº 11**, en 11 de abril de 1997.

_____ (c), Paraguay. **Acta de la IV Reunión de Ministros de Salud dei Mercosur**, el 18 de junio de 1997.

_____ (d), Paraguay. **Anexo VIII da Acta da Reunião de Coordinadores Nacionales para la IV Reunión de Ministros de Salud dei Mercosur: Informe de Núcleos de Articulación sobre Cooperación Internacional** en 17 de junio de 1997.

MERCOSUR (a), Paraguay. **Acta 01/99 de la III Reunión Ordinaria de la Comisión de Prestación de Servicios de Salud**, en 17 de marzo de 1999.

_____ (b), Paraguay. **Acta 02/99 de la IV Reunión Ordinaria de la Comisión de Prestación de Servicios de Salud**, del 01 de junio de 1999.

_____ (c), Paraguay. **Acta 02/99 de la Reunión de la Subcomisión de Controle Sanitario de Puertos, Aeropuertos, Terminales e Pasos de Fronteras**, del 31 de mayo al 03 de junio de 1999.

_____ (d), Paraguay. **Acta 2/99 de la VII Reunión Ordinaria dei SGT 11 "Salud"**, en 03 de junio de 1999.

MERCOSUR (a), Uruguay. **Acta 03/99 de la Subcomisión de Prestación de Servicios de Salud**, en el 24 de agosto de 1999.

_____ (b), Uruguay. **Acta 04/99 de la Subcomisión de Prestación de Servicios de Salud**, en el 9 de noviembre de 1999.

_____ (c), Uruguay. **Acta de la IX Reunión Ordinaria de la Comisión de Prestación de Servicios de Salud**, en el 10 de noviembre de 1999.

MERCOSUR (a), Uruguay. **Anexo VIII da V Reunión de Ministros de Salud del Mercosur: Núcleo 2 – Salud de Fronteras**, en 27 de octubre de 1997.

_____ (b), Uruguay. **Anexo III de la V Reunión de Ministros de salud dei Mercosur: Informe de Actuación de la Iniciativa dei Cono Sur – INCOSUR**, en 27 de octubre de 1997.

_____ (c), Uruguay. **Acta de la Reunión de Coordinadores Nacionales para la V Reunión de Ministros de salud dei Mercosur y VI Reunión de Ministros de INCOSUR**, en 29 de octubre de 1997.

_____ (d), Uruguay. **Acta da V Reunión de Ministros de Salud Del Mercosur e VI Reunión de Ministros de Salud dei INCOSUR**, en 29 de octubre de 1997.

MERCOSUR/GMC. **Criação do Sub Grupo de Trabalho Nº 11 "Saúde"**. Fortaleza(BR), dezembro, 1996.(mimeo)

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1992.

_____ apud FIGUEROA, A.C.A. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1994.

MIRANDA, A. L. B. **MERCOSUL o momento é de reação – NUPRI/USP**. Disponível na Internet. www.usp.org/nupri. 02/11/99.

MOSSIALOS, E. Citizens'Views on Health Care Systems in the 15 Member states of the European Union. **Health-Econ.**; 6(2): 109-16, 1997

- NASCIMENTO NETO, A. O velho mundo no dilema da nova moeda. **Veja**. São Paulo, 25/06/97: Economia e Negócios, 1997.
- NOVAES, H. M. & PAGANINI, J. M. **Padrões e Indicadores de Qualidade para Hospitais: Brasil**. Washington, D.C.: OPS, 1994.
- OMS. **Most Recent Values of Global Health for All Indicators**. Disponível na Internet. www.who.int/whosis/hfa/countries/uru4. 23/09/98.
- OPS. El Comercio Internacional de Salud: Principales Cuestiones y Oportunidades para los Países de América Latina e el Caribe. **Série Informes Técnicos**. Nº 33. Washington, D.C. julho, 1994.
- OPS. El Mercosur y el Setor Salud. **Série Informes Técnicos**. Nº 23. Washington, D.C. junho, 1993.
- OPS. La Creacion de un Subgrupo de Trabajo sobre Salud en el MERCOSUR- **Série Informes Técnicos**. Nº 54. Washington, D.C. julho, 1996.
- OPS. **Las Condiciones de Salud en las Americas**. Washington, D.C.: OPS, 1994-V1.
- OPS. Las Condiciones de Salud en las Americas. Washington, D.C.: OPS, 1994-V2.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – WHO. **The World Health Report 1999**. Disponível na Internet. www.who.org. 13/10/99.
- Organização Pan-americana de Saúde - OPS. **Relatório Saúde para Todos no Ano 2000**. Disponível na Internet: www.paho.org. 14/11/99.
- Organização Panamericana de Saúde. **La Salud en las Américas**. Washington, D.C.: OPS, 1998.
- PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **Análisis del Sector Salud del Paraguay** (documento preliminar). Asunción: MSP y BS, 1998.
- PASTORAL DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica 01/96**. Chapecó: PS – CNBB, 1997.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia – teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PORTOIS, J.P.; DESMET, H.: **Epistemologia e Instrumentación em Ciências Humanas**. Barcelona: Editorial Herder, 1992.

PRAXEDES, W., PILETTI, N. **O Mercosul e a Sociedade Global**. 6a. ed. São Paulo: Ática, 1995.

_____. **Ajuste Administrativo para a Aplicação do Acordo Brasileiro - Uruguaio de Previdência Social**. Brasília: MRE do Brasil, 1980.

REPÚBLICA DEL PARAGUAY. **Censo Nacional de Población y Viviendas de 1992**. Secretaria Técnica de Planificación. Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos. Asunción. Julio de 1994.

REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY. **Censo Nacional de Población y Viviendas de 1996**. Montevideú. 1996.

ROEMER, M. I. National health system as market interventions. **Journal of Public Health Policy**. Spring, 1989. p.62-77.

ROQUE, A. P. **A Agenda social e o MERCOSUL: uma perspectiva brasileira**. Disponível na Internet. www.icd.ax.apc.org. 23/09/98

SÁ, E. S. et al. **Manual de Normalização**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1996.

SARTORI, G. **A Política: lógica e método nas Ciências Sociais**. 2ª edição. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997.

SCKELL, B. & TALAVERA, L. **Las Condiciones de Salud del Paraguay**. Asunción: OPS, 1993.

SITUAÇÃO MUNDIAL DA INFÂNCIA. 1989. Versão em português sob a responsabilidade do Escritório do Representante do UNICEF no Brasil. Brasília, 1989.

SOARES, L.R.T. **Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina**. Campinas: Instituto Estadual de Campinas, 1995. (Tese de doutorado).

- TAVARES, M. C. **Lições Contemporâneas de uma Economia Popular**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1994.
- THORSTENSEN, V.; NACANO, Y.; LIANA, C. F. SATO, C. S. O Brasil Frente ao Mundo Dividido em Blocos. In: VIEIRA, A. L. S. **Os Enfermeiros nos Países do Mercosul: estudo comparado da (i)mobilidade profissional no mercado de trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1998. 227 p. (Tese de Doutorado em Enfermagem).
- TRIVIÑOS, A.N.S.: **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais. A Pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 1992.
- URUGUAY. Ministério de Salud Pública. **La Salud de Uruguay en Cifras**. Montevideo, 1997
- VARGAS, G.O.P. Mercado Comum do Sul: saúde e enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem** ; 47(1):42-50, jan./mar. 1994.
- VAUGHAN, J. P. & MORROW, R. H. **Epidemiologia para os Municípios**. São Paulo: Hucitec, 1992.
- VICTORA, C. G. et al. **Epidemiologia da Desigualdade**. São Paulo: Hucitec, 1989.
- VIEIRA, A. L. S. **Os Enfermeiros nos Países do Mercosul: estudo comparado da (i)mobilidade profissional no mercado de trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1998. 227 p. (Tese de Doutorado em Enfermagem).
- VIEIRA, L. **Cidadania e Globalização**. Rio de Janeiro: Record. 1997.
- VISITA DE ESTADO DEL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA FEDERATIVA DEL BRASIL, DR. FERNANDO HENRIQUE CARDOSO, 7 a 10 de abril de 1996, Buenos Aires – Argentina. **Visita ... Buenos Aires**, Ministério de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto, 1996. 31p.
- WATSON, R. Barriers to health care in the single market (news). **BMJ-England**, may 20; 310 (6990): 1288, 1995.
- World Health Organization. **The World Health Report 1999**. Disponível na Internet www.who.org 14/11/99.

ANEXOS

ANEXO 01 – Análise Documental

ANEXO 02 – Matriz de Agrupamento e Análise das Entrevistas

ANEXO 03 - Resolução Mercosul Nº 04/98 – Pauta Negociadora do SGT Nº 11.

ANEXO 04 – Glossário de Terminologia Básica para os Serviços de Saúde do Mercosul – “Termos Comuns dos Serviços de Saúde do Mercosul”.

ANEXO 05 – Ata 4/99 do SGT Nº 11 – “Terminos Comunes en los Servicios de Salud del Mercosur”.

ANEXO 01

ANÁLISE DOCUMENTAL

I. CLASSIFICAÇÃO E RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS

1. NÃO PUBLICADOS

- 1.1. Resoluções
- 1.2. Atas de reuniões
- 1.3. Informes Técnicos
- 1.4. Ofícios e materiais do Conselho Federal de Medicina – representante no SGT 11
- 1.5. Sistematização de entrevistas semi-estruturadas
- 1.6. Declarações Presidenciais
- 1.7. Pareceres Técnicos dos Ministérios
- 1.8. Relatórios Técnicos

2. PUBLICADOS

- 2.1. Informes Técnicos
- 2.2. Cartilha de Oficina de Trabalho
- 2.3. Jornais

II. IDENTIFICAÇÃO DE TÓPICOS EXPLÍCITOS

1. **Resolução MERCOSUL/GMC 151/96:** Criação do Subgrupo de Trabalho Nº 11 – Saúde, Fortaleza em 13/12/96.
2. **Ata da 2ª reunião de Coordenadores de 10 e 11/4/97:** Trata das pautas negociadoras, prazos, estruturas e tarefas do Sub Grupo de Trabalho 11 e criação da Comissão e Sub comissão de Prestação dos serviços de saúde.
3. **Nota Informativa** sobre a situação do SGT 11 em junho/97.
4. **Informe dos Núcleos de Articulação sobre Cooperação Internacional:** Resumo dos Temas de Saúde na União Européia.
5. **Resolução MERCOSUL/GMC 4/98:** Aprovação da pauta negociadora do SGT 11 sobre tarefas prioritárias e prazos
6. **Ata 1/98 da III Reunião do SGT11 de 13 a 16/7/98:** sobre Organização do Sub Grupo, definição de prioridades e metodologia de trabalho da comissão de Prestação dos Serviços de Saúde.
7. **Ata da Sub comissão de Prestação dos Serviços de Saúde** da reunião em outubro/98 debatendo: glossário de terminologia básica; habilitação de estabelecimentos e instituições de saúde – procedimentos e requisitos; Categorização dos estabelecimentos ou serviços de saúde; acreditação dos estabelecimentos de saúde; harmonização das normas de atenção em áreas prioritárias, níveis de atenção e complexidade de serviço; coordenação de atividades de promoção e prevenção em saúde.

8. **Ata da V Reunião Ordinária do SGT 11 de 14 a 17/12/98 e II da Subcomissão de prestação dos serviços de saúde:** trata das legislações relativas à habilitação dos estabelecimentos e serviços de saúde, e aprofundamento do debate sobre o glossário.
9. **Ata da VI Reunião Ordinária do SGT 11 e III Reunião Ordinária da Subcomissão de prestação dos serviços de saúde de 15 a 17/3/99:** continuação da discussão sobre glossário, definição das áreas para iniciar harmonização das normas e indicações de temas para reunião de ministros de saúde para definição de políticas nas áreas prioritárias em saúde; solicitação do fortalecimento do trabalho de equipe da subcomissão.
10. **Ata da VII Reunião Ordinária do SGT 11 e IV da Subcomissão de prestação dos serviços de saúde:** aprovação da Recomendação nº 9/99 do "Glossário de termos comuns para os serviços de saúde do Mercosul" para apreciação do GMC; início da harmonização das normas de cuidados intensivos e de emergências em saúde, bem como a continuidade para as normas referentes a atenção cardiovascular, terapia renal substitutiva, sem considerar transplantes, oncologia, prevenção e promoção de patologias não transmissíveis; aprofundamento do estudo de semelhanças e diferenças na prestação dos serviços de saúde nos países membros; proposta brasileira de realização de reuniões bilaterais para conhecimento mútuo das atividades de prestação de serviços de saúde nas áreas fronteiriças.
11. **Ofício do Conselho Federal de Medicina** com informes sobre a VII reunião.
12. **Ata da VIII Reunião do SGT 11 e 03/99 da Subcomissão de Prestação de Serviços de Saúde de 23 a 26/8/99:** completada a *harmonização das normas sobre cuidados intensivos e emergências*, incluindo unidades móveis terrestres, com elaboração de matriz para análise das seguintes variáveis: estrutura física – ambientes, dimensões e instalações; equipamento – tipo e quantidade; e recursos humanos – quantidade e qualificação. Também foram estabelecidas: *as pautas de harmonização das normas nas áreas de cardiovascular, terapia renal substitutiva – excluindo transplantes- e oncologia; o intercâmbio das listas de patologias não transmissíveis*, objetivando o início do processo de harmonização de normas e programas específicos de prevenção e promoção destas patologias; estabeleceu-se as linhas para *aprofundamento da análise da prestação de serviços de saúde nos países*.
13. **Ata da IX Reunião do SGT 11 e 04/99 da Subcomissão de Prestação de Serviços de Saúde de 08 a 11/11/99:** modificação da matriz de análise da normatização de unidades de Tratamento Intensivo; elaboração de matrizes de harmonização básica de normas de terapia renal.....; revisão de alguns termos do Glossário de Terminologia Básica; reunião esvaziada e pouco produtiva pela ausência de Argentina e conjuntura política uruguaia. Pouco avanço em relação à anterior.
14. **Cronograma das Pautas Negociadoras da Comissão de Prestação de Serviços em Saúde e Subcomissões**, anexo da Ata 04/99 da Comissão de Prestação de Serviços de Saúde: classificação em pautas *cumpridas, iniciadas ou não iniciadas*.

15. **Sistematização das entrevistas** semiestruturadas, realizadas no período de novembro de 1998 a julho de 1999, com técnicos dos Ministérios de Saúde, dirigentes destes, representante do CFM, do CONASSEMS e sindicalista da área da saúde.

III. MATERIAL HETEROGÊNEO:

1. **Ata da I Reunião de Ministros de saúde sobre o Mercosul 7/11/95:** discussão sobre temas relacionados à saúde no âmbito do Mercosul
2. **Ata da III Reunião de Ministros de saúde sobre o Mercosul 01/11/96:** discussões sobre funcionamento e abrangências do SGT 11 e lista de medicamentos.
3. **Ata da I Reunião de Coordenadores do SGT 11 06/03/97:** discussão sobre pauta negociadora do SGT 11; intercâmbio de legislações e informações de saúde; competências do SGT11.
4. **Ata da IV Reunião de Ministros de saúde sobre o Mercosul 18/06/97:** ratificação das reuniões dos coordenadores de do SGT 11 e dos trabalhos dos núcleos de Sistema de Informação e Comunicação em Saúde; Saúde de Fronteiras; Qualidade e Atenção médica – diagnóstico dos sistemas de saúde; Cooperação Internacional em Saúde; Produção e Comércio de Medicamentos.
5. **Ata da V Reunião de Ministros de saúde sobre o Mercosul 29/10/97:** aprovação da proposta de desenvolvimento de uma agenda focalizada em 4 áreas temáticas: Doença de Chagas, Hantavírus, Dengue e Reforma do Setor Saúde; análise dos trabalhos dos núcleos de articulação.
6. **Ata da Comissão Produtos para a Saúde do SGT 11 em 03/06/99:** normatizações referentes a: capacitação de vigilantes sanitários; distribuição de amostras e propagandas de medicamentos controlados; sistemas de reembolso para compra e venda de medicamentos controlados; regime de inspeção de indústrias de produtos diagnósticos; regulamentos técnicos de produtos desinfetantes domissanitários.
7. **Ata da Comissão de Vigilância Epidemiológica e Controle Sanitário de Portos, Aeroportos, Terminais e Aduanas;** aprovação de glossário; propostas de exigências de controle sanitário nos referidos locais; apresentação de informes sobre tarifas de Vigilância Sanitária.
8. **Informe Técnico N54 da OPS/OMS sobre a criação do SGT no Mercosul**
9. **Informe Técnico N54 da OPS/OMS sobre Mercosul e o setor saúde**
10. **Nota Informativa do SGTIII - Regulamentos Técnicos**
11. **Jornal e página na internet do CFM sobre Mercosul**
12. **Documento do VI Encontro Nacional de Médicos para o Mercosul**
13. **Resoluções da Comissão de Integração dos Médicos no Mercosul**
14. **Cartilha da Oficina de Trabalho sobre O Mercosul do CONASS, 1997.**
15. **Proposta de Criação do SGT Saúde, MS/Brasil.**
16. **Informe Técnico do MS/Brasil sobre terminologia/ conceitos/ categorias básicas em saúde.**
17. **Informe Técnico ao ministro José Serra sobre a saúde no Mercosul.**
18. **Parecer do MS/Brasil:** sobre normas e legislação do Mercosul.
19. **Ata do encontro dos Presidentes de Argentina e Brasil em 1996** tratando de aspectos sobre o Mercosul
20. **Informe da Comissão Parlamentar sobre o Mercosul**
21. **Diagnóstico do Sistema de Saúde no Mercosul do MS do Uruguai.**
22. **Intervenção do MS do Chile na VI Reunião do SGT 11.**

ANEXO 02: MATRIZ DE AGRUPAMENTO E ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

REPRESENTANTES	PAPEL DOS SERVIÇOS PÚBLICOS	PAPEL DO SETOR PRIVADO	ESTÁGIO DAS NORMATIZAÇÕES	DIFICULDADES E OBSTÁCULOS	FACILIDADES E POSSIBILIDADES
PARAGUAI	Determinante na construção da integração, necessitando corrigir e harmonizar normas.	A exemplo do que acontece em alguns países existe facilidade de integração entre o setor público e o privado	Inicial	1. Diferença entre sistemas de prestação de serviços de saúde entre os países: Gratuidade e Universalidade do acesso no Brasil e Argentina. No Paraguai existem 2 sistemas: MS e Seguridade os quais não complementam suas ações resultando na equidade do acesso e iniquidade da cobertura. 2. Baixo investimento do governo paraguaio em saúde obrigando a população a pagar. Há uma tentativa de implantar isenção do pagamento para crianças, mulheres e gestantes.	1. Boa vontade dos países. 2. Disponibilidade de informações
ARGENTINA	1. Analisar custos, gastos do setor público e prestação de serviços. 2. Já existe intercâmbio dos serviços de saúde nas fronteiras. 3. Assistência a todos os cidadãos é importante, mas é necessário diferenciar as responsabilidades de cada país. 4. Identificar cobertura e origem dos serviços	Papel de prestador de serviço importante com super dimensionamento de serviços e iniquidade na cobertura.	Inicial	1. Idiomas sanitários (Termos) diferentes. Precisa unificar linguagem. 2. Falta de integração dos serviços internamente nos países. 3. Velocidade de integração geral do Mercosul é muito maior que a capacidade de resolução do subgrupo. 4. Qualidade do serviço público é baixa	1. Grande solidariedade entre os países com intercâmbio de materiais 2. Rivalidades postas de lado, frente à necessidade 3. Globalização de informações
URUGUAI	1. Dimensionar o impacto da cobertura assistencial 2. Normatizar ações para o setor público e privado	1. Aplicação de alta tecnologia em saúde; equipamentos 2. Desenvolver ações	Inicial	1. Fontes de financiamento. 2. % de cobertura do setor público.	1. Compromisso de comunicação e intercâmbio de informações.

BRASIL (CFM)	<p>3. Estabelecer convênios bilaterais em áreas de fronteira</p> <p>4. Acreditação e categorização dos serviços de saúde</p>	<p>com melhor relação custo X benefício.</p>		<p>3. Desafio: pauta para normatização e harmonização.</p> <p>4. Definição de áreas prioritárias do setor público.</p> <p>5. Diferentes níveis de normatização entre países.</p> <p>6. Tecnologia aplicada à saúde = países dependentes de tecnologia e equipamentos</p> <p>7. Dependência do setor privado</p> <p>8. Exercício profissional: diferenças na capacitação e fornecimento de títulos</p> <p>9. estrutura de organização, atenção e financiamento</p>	<p>2. Ritmo da globalização da região.</p> <p>3. Fluxo de informações.</p> <p>4. Cultura comum.</p> <p>5. Apoio governamental.</p> <p>6. intercâmbio de informações e poder.</p>
	<p>1. Globalização, desemprego e crise econômica aumentam a necessidade do setor público.</p> <p>2. Papel de controlador das enfermidades e vigilância à saúde frente a migração da população e aumento do intercâmbio de mercadorias.</p> <p>3. Fundamental na integração no sentido de suprir carências sócio-econômicas.</p>	<p>1. Papel complementar</p> <p>2. Continua coexistindo com o setor público.</p> <p>3. Prioridade do setor público em relação ao privado.</p> <p>A viso de que o setor privado é melhor é deturpada. O essencial para resolutividade é o setor privado</p>	<p>Zero</p>	<p>1. Medo dos dirigentes da invasão dos usuários aos seus sistemas de saúde.</p> <p>2. medo dos dirigentes da perda de soberania.</p> <p>3. Considera os itens 1 e 2 obstáculos de ordem genérica e sem fundamento</p> <p>Lembra da União Européia que levou 40 anos para se consolidar e que o setor saúde no Mercosul tem apenas 2 anos de discussão. O processo avançará à medida que todos se envolvam e queiram acertar.</p> <p>4. como dificuldades</p>	<p>1. Países parecidos nas características sócio-econômicas da população</p> <p>2. Coexistência dos serviços público e privado.</p> <p>3. Línguas semelhantes, iniciativa de ensino nas escolas</p> <p>4. Prevê 5 anos para conclusão da integração.</p>

BRASIL (COORD. SUBCOMISSÃO e SUBSTITUTO)	1. Acesso aos serviços para todos os cidadãos, com garantia de qualidade, a partir do cumprimento de requisitos mínimos dos serviços 2. Serviço público destacado 3. Cobrar do plano de saúde despesas realizadas no setor público. 4. Criar sistemas de compensação	Papel complementar, ressarcindo o público quando dele fizer uso.	Estão partindo do complexo e específico para o mais geral. Semelhante a um Projeto Genoma, onde todos participam. Acredita que em 24 meses terão concluído os trabalhos	operacionais aponta as diferenças dos sistemas, das normas, das fontes de financiamento e de termos técnicos	1. Interesse geral no avanço do Mercosul. 2. Envolvimento de representantes não institucionais 3. Aumenta na medida da superação de preconceitos. 4. Língua semelhante. 5. Ensino obrigatórios na escolas
BRASIL (CONASSEMS)	Garantir peculiaridades do Brasil: Universalidade; Gratuidade e Controle Social.	Complementar	Inicial	1. Diversidade dos modelos assistenciais. 2. Dificuldade na harmonização de diferentes experiências para trabalho integrado. 3. Grau de participação da iniciativa privada em outros países é bem maior do que no Brasil, sendo a legislação e o controle bem menor.	1. Terminologias semelhantes 2. Existência de experiências de intercâmbio nas fronteiras: EX. Emergências, atendimento a queimados. 3. Financiamento fundamental: câmara de compensação para custeio do atendimento ambulatorial e hospitalar
BRASIL (COORD. SGT11)	Não respondeu	Não respondeu	Inicial	1. Não falamos a mesma linguagem em termos de serviços 2. Credenciamento e habilitação	1. Entrosamento dos coordenadores 2. Vontade de acertar 3. Possibilidade de intercâmbio cada vez maior 4. Convênios bilaterais estendidos aos Estados e Províncias.

MERCOSUL/GMC/RES N° 4/98

PAUTA NEGOCIADORA DO SGT N° 11

TENDO EM VISTA, o Tratado de Assunção, o Protocolo de Ouro Preto, as Resoluções n° 20/95 e 151/96 do Grupo Mercado Comum e a Recomendação n° 1/97 do Subgrupo de Trabalho n° 11 "Saúde":

CONSIDERANDO:

Que os Estados Partes têm o compromisso de harmonizar as suas legislações setoriais com o objetivo de aprofundar o processo de integração regional.

Que a Resolução GMC n° 20/95 instrui os Subgrupos de Trabalho e Reuniões Especializadas para elaborarem propostas de pautas negociadoras indicando as tarefas prioritárias definidas à luz das necessidades da presente etapa do processo de integração, o prazo razoável para a sua execução e os meios necessários à sua realização.

Que a Resolução GMC n° 151/96 estabelece que o SGT n° 11 "Saúde" deve elaborar a proposta de suas Pautas Negociadoras.

**O GRUPO MERCADO COMUM
RESOLVE**

Art. 1 – Aprovar a Pauta Negociadora do Subgrupo de Trabalho n° 11 "Saúde", que consta como Anexo e é parte integrante da presente Resolução.

PAUTA NEGOCIADORA
TAREFAS PRIORITÁRIAS E PRAZOS
SGT 11 - SAÚDE

TAREFAS GERAL

Harmonizar os parâmetros de qualidade dos bens, serviços e fatores produtivos da área da saúde e os mecanismos de controle sanitário dos Estados Partes com a finalidade de eliminar os obstáculos técnicos ao comércio e obter o fortalecimento do processo de integração regional.

PAUTAS DE AÇÃO

- Harmonizar/compatibilizar as legislações na área da saúde identificadas como necessárias ao processo de integração e aquelas que forem identificadas como obstáculos aos fluxos de comércio Intra-MERCOSUL;
- Compatibilizar os sistemas de Controle Sanitário dos Estados Partes, de forma a assegurar o reconhecimento mútuo no âmbito do MERCOSUL;
- Definir o relacionamento do SGT nº 11 "Saúde" com as demais instâncias do MERCOSUL, procurando a integração e a complementação das ações;
- Propor procedimentos de organização da informação referentes à área da Saúde entre os Estados Partes.

TAREFAS DOS COORDENADORES NACIONAIS

- 1) Organizar as atividades do Subgrupo de Trabalho, definindo prioridades e metodologias de trabalhos;
- 2) Acompanhar e avaliar os resultados das negociações nas diferentes áreas de trabalho;
- 3) Manter o relacionamento com os outros Subgrupos de Trabalho, Grupos Ad-Hoc, Comitê de Cooperação Técnica, Reuniões Especializadas e Comitês Técnicos;
- 4) Organizar um sistema de informação e notificação;
- 5) Propor e executar projetos de cooperação técnica internacional em sua área de competência.

ÁREA DE TRABALHO

- 1) Produtos para a Saúde;
- 2) Vigilância Epidemiológica e Controle Sanitário de Portos, Aeroportos, Estações e Passagens de Fronteira;
- 3) Prestação de Serviços de Saúde.

As áreas de trabalho ficarão sob a coordenação de um responsável de área e integradas por unidades de trabalho. As áreas e unidades não terão, no geral, caráter permanente e serão dissolvidas uma vez concluída a análise dos temas.

1. PRODUTOS PARA A SAÚDE

Prazo estimado 24 meses.

Ficou decidido adotar a mesma estrutura e as mesmas pautas negociadoras, já aprovadas pela Resolução GMC nº 38/95 e suas posteriores modificações, da Comissão de Produtos para a Saúde do Subgrupo de Trabalho nº 3 "Regulamentos Técnicos".

2. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E CONTROLE SANITÁRIO DE PORTOS, AEROPORTOS, ESTAÇÕES E PASSAGENS DE FRONTEIRAS

Prazo estimado 24 meses.

- VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:

- a – Análise e harmonização da Lista de Doenças de Notificação Obrigatória para o MERCOSUL;
- b – Sistema de Informação Epidemiológica;
- c – Harmonização de programas de controle de doenças prioritárias. Revisão de Normas (manejo de casos e diagnóstico). Avaliação epidemiológica prévia. Análise de prioridades. Harmonização de esquemas terapêuticos;
- d – Toxicologia.

- CONTROLE SANITÁRIO DE PORTOS, AEROPORTOS, ESTAÇÕES E PASSAGENS DE FRONTEIRAS:

- a – Revisão das normas correspondentes;
- b – Harmonização dos procedimentos de controle;
- c – Sistema de informação.

O Controle Sanitário em Portos, Aeroportos, Estações e Passagens de Fronteiras, baseado no Regulamento Sanitário Internacional, compreende um conjunto de ações que têm por finalidade identificar exclusivamente os fatores de risco à saúde ocasionados pelo trânsito de viajantes, produtos, meios de transporte, estações e cargas.

As Autoridades Sanitárias dos países devem levar em conta as informações e os parâmetros epidemiológicos, a fim de dirigir suas ações de controle de modo uniforme nos pontos de entrada dos Estados Partes do MERCOSUL.

3. PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Prazo estimado 24 meses.

- PRESTAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE:

- a – Habilitação de estabelecimentos e instituições de saúde. Procedimentos e requisitos;
- b – Harmonização das normas de atenção em áreas prioritárias;
- c – Níveis de atenção e complexidade dos serviços;
- d – Coordenação de atividades de promoção e prevenção.

- EXERCÍCIO PROFISSIONAL:

- a – Requisitos de habilitação profissional para os níveis superior, técnico e auxiliar;
- b – Sistema de controle do exercício profissional;
- c – Reconhecimento de especialidades;
- d – Programas conjuntos de treinamento no serviço e fortalecimento de entidades de saúde formadoras de Recursos Humanos.

- TECNOLOGIA EM SAÚDE:

- a – Análise da tecnologia e definição da tecnologia apropriada;
- b – Qualidade da tecnologia;
- c – Uso da tecnologia;
- d – Incorporação de tecnologia.

TERMOS COMUNS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MERCOSUL

1. **Acreditação** - Procedimento de avaliação dos estabelecimentos de saúde, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência integral através de padrões previamente aceitos. Acreditação pressupõe avaliação da estrutura, de processos e resultados, e o estabelecimento será acreditado quando a disposição dos recursos e atividades conformem um processo cujo resultado final é uma assistência à saúde de qualidade.
2. **Alojamento conjunto** – Sistema hospitalar em que o recém nascido sadio, logo após o nascimento permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, em um mesmo ambiente, até a alta.
3. **Alta** – ato médico que determina a finalização de uma modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente até o momento, por cura, melhora, inalterado, por pedido ou transferência. O paciente poderá, caso necessário, passar a receber outra modalidade de assistência, seja no mesmo estabelecimento, em outro ou no próprio domicílio.
4. **Ambulatório** – Local onde se presta assistência a pacientes, em regime de não internação.
5. **Autorização** – ato administrativo pela qual a autoridade competente emite documento permitindo ao requerente executar uma prática ou qualquer ação especificada.
6. **Assistência ambulatorial** – Modalidade de atuação realizada por um ou mais integrantes da equipe de saúde a pacientes em regime de não internação.
7. **Assistência de enfermagem** – Modalidade de atuação realizada por um ou mais integrantes da equipe de enfermagem na promoção e proteção da saúde e na recuperação e reabilitação de doentes.
8. **Assistência Domiciliar** - Modalidade de atuação realizada por um ou mais integrantes da equipe de saúde no domicílio do paciente.
9. **Assistência Hospitalar** - Modalidade de atuação realizada por um ou mais integrantes da equipe de saúde a pacientes em regime de internação.
10. **Assistência médica** - Modalidade de atuação realizada por médico na promoção e prevenção e na recuperação e reabilitação de doentes.
11. **Assistência odontologia** - Modalidade de atuação realizada pela equipe de odontologia na promoção e proteção à saúde e na recuperação e reabilitação de doentes.
12. **Assistência sanitária** - Modalidade de atuação realizada pela equipe de saúde junto a população na promoção e proteção da saúde.
13. **Autoridade sanitária** – autoridade competente no âmbito da área da saúde com poderes legais para estabelecer regulamentos e executar licenciamento (habilitação) e fiscalização
14. **Autorização** – ato administrativo pelo qual a autoridade competente emite um documento permitindo ao solicitante executar uma pratica ou qualquer ação especificada.
15. **Leito auxiliar reversível** – leito auxiliar que está incluído na capacidade de emergência do hospital podendo ser utilizado em caráter excepcional.
16. **Leito de curta permanência / estadia** – leito hospitalar cuja utilização não supera a média de permanência de 30 dias.
17. **Leito de longa permanência / estadia** – Leito hospitalar cuja utilização supera a média de permanência de 30 dias.

18. **Leito de observação ou leito auxiliar** – leito destinado a pacientes que necessitam estar sob supervisão médica ou de enfermagem para fins de diagnóstico ou de tratamento durante um período menor que 24 horas.
19. **Leito especializado** – leito hospitalar destinado a pacientes em determinadas especialidades médica.
20. **Leito hospitalar** – leito destinado a internação de um paciente em um hospital. Se refere aos leitos incluídos na capacidade instalada do hospital e localizadas em um espaço, quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua permanência no hospital e que estão vinculadas à uma Unidade de internação e a um ou mais serviços (não considerar como leito hospitalar, os leitos de observação, os leitos de terapia intensiva, os berços de alojamento conjunto e os leitos de serviço diagnóstico).
21. **Leito indiferenciado** – Leito hospitalar destinado a acomodar pacientes de qualquer especialidade médica.
22. **Leito dia** – unidade de medida que representa disponibilidade de leito hospitalar num dia hospitalar.
23. **Categorização** – Procedimento realizado para classificação de serviços ambulatoriais e de internação de acordo com o critério adotado(complexidade, resolução de riscos e outros) que permite definir os níveis, concentrar atividades, classificar benefícios de acordo com sua validade, segundo o tipo de estabelecimento analisado.
24. **Censo diário hospitalar** – contagem do número de leitos ocupados, a cada 24 horas.
25. **Consulta** – procedimento prestado a um paciente, por um integrante da equipe de saúde com título universitário para fins de diagnóstico e orientação terapêutica.
26. **Consulta de primeira vez** – primeira assistência sanitária ambulatorial, prestado a um paciente, por um integrante da equipe de saúde com título universitário a um paciente, após sua matrícula. Para fins de programação e avaliação considerar como primeira consulta do ano. O mesmo que primeira consulta.
27. **Consulta ulterior** – consulta que sucede a primeira consulta em um estabelecimento de saúde. O mesmo que consulta subsequente.
28. **Contra-referência** – Ato formal de retorno de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referencia, e sempre acompanhado das informações necessárias ao seguimento do mesmo, no estabelecimento de origem.
29. **Custo paciente dia** – Unidade de gasto representada pela média dos gastos diretos e indiretos dos serviços prestados a pacientes internados, em um dia hospitalar.
30. **Dia hospitalar** – Período de trabalho compreendido entre dois censos hospitalares consecutivos.
31. **Estabelecimento de saúde** – Nome genérico dado a qualquer local ou ambiente físico destinado a prestação de assistência sanitária a população em regime de internação ou não internação, qualquer que seja o nível de categorização.
32. **Estabelecimento de saúde com internação** – Estabelecimento destinado a prestar assistência a saúde em regime de internação, podendo dispor de atenção ambulatorial ou não.
33. **Estabelecimento de saúde sem internação** – Estabelecimento destinado a prestar assistência a saúde em regime exclusivamente ambulatorial.

34. **Equipamentos fixos** – aqueles cujo uso se restringe a um ambiente exclusivo de operação.
35. **Equipamentos móveis** – aqueles que podem ser deslocados (transportados) para diversos ambientes. Também são denominados equipamentos transportáveis.
36. **Especialidades médicas básicas** – são quatro: clinica medica, clínica cirúrgica, clínica gineco-obstétrica e clinica pediátrica.
37. **Especialidades médicas críticas (estratégicas)** - especialidades médicas que em sua área geográfica determinada, assumem maior importância frente a prevalência de patologias específicas ou a dificuldade de acesso a um estabelecimento de maior categoria.
38. **Garantia de qualidade** – conjunto de ações sistemáticas e planejadas destinadas a garantir a conformidade adequada quanto ao funcionamento de uma estrutura, de um sistema, de componentes ou procedimentos de acordo com padrões aprovados.
39. **Habilitação** – é um procedimento executado pela autoridade sanitária jurisdicional que autoriza o funcionamento de um estabelecimento, sob condições estabelecidas em leis e regulamentos. Normalmente é realizado antes do inicio do funcionamento do estabelecimento, definindo as condições do espaço físico de recursos humanos e equipamentos do estabelecimento em questão. É formalizado através de documento de autorização sanitária (alvará de funcionamento, alvará sanitário) é o mesmo que licença.
40. **Habilitação (alvará de funcionamento)** - documento de autorização de funcionamento e operação de serviço, prestada pela autoridade sanitária local, também chamada de licença ou permissão sanitária.
41. **Habilitação (alvará sanitário)** - ver habilitação de funcionamento.
42. **Historia clinica** - documento médico legal constituído por formulários padronizados ou não destinados ao registro da atenção prestada ao paciente.
43. **Hospital** - estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência sanitária em regime de internação à população podendo dispor de assistência ambulatorial ou de outros serviços
44. **Hospital geral** - hospital polivalente destinado a prestar assistência à saúde nas seguintes especialidades: clínica médica, pediatria, gineco-obstetricia, cirurgia e outras.
45. **Hospital especializado** - hospital monovalente destinado a prestar assistência a saúde em uma especialidade.
46. **Inscrição** – ver matrícula
47. **Internação** - admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou maior a 24 horas.
48. **Licença** - documento pelo qual a autoridade sanitária autoriza o requerente a executar determinada pratica sob condições estabelecidas em leis, regulamentos e as especificadas na mesma licença
49. **Licenciamento** - operação administrativa de autorização execução de uma prática, onde a entidade responsável pela mesma comprova e se submete a avaliação dos requisitos estabelecidos pela autoridade sanitária.
50. **Matricula** - inscrição que habilita a atenção de um paciente em um estabelecimento de saúde (Brasil). Em outros países é registro de pacientes. Na Argentina equívale ao registro de profissionais e não profissionais que os habilita ao exercício.

51. **Níveis de resolução** - limites utilizados para hierarquizar os estabelecimentos de saúde segundo a sua capacidade de resolver os problemas de saúde da população (alta, média e baixa resolutividade) , de acordo com os recursos disponíveis (planta física, recursos humanos e equipamentos)
52. **Níveis de complexidade** - limites utilizados para hierarquizar os estabelecimentos do sistema de saúde, segundo a disponibilidade de recursos. A diversificação de atividades prestadas e sua frequência.
53. **Paciente** - usuário dos estabelecimentos de saúde
54. **Paciente ambulatorial** - paciente que pode ser inscrito ou matriculado em um estabelecimento de saúde recebe assistência ambulatorial ou de emergência. É o mesmo que paciente externo.
55. **Paciente de risco** - paciente que tem alguma condição pré-determinada que pode ser potencialmente instável
56. **Paciente externo** - ver paciente ambulatorial
57. **Paciente grave** - paciente que apresenta instabilidade de um ou mais de seus sistemas orgânicos, devido a alterações agudas ou agudizadas, que ameaçam sua vida.
58. **Paciente internado** - paciente que, admitido em um hospital passa a ocupar um leito por período maior que 24 horas.
59. **Paciente novo** - paciente que logo ao ser inscrito é assistido pela primeira vez em um estabelecimento de saúde
60. **Paciente dia** - unidade de medida da assistência prestada, em um dia hospitalar, a um paciente internado. O dia da alta somente será computado se ocorrer no mesmo dia da sua internação.
61. **Paciente egresso** - paciente que deixa o estabelecimento – serviço hospitalar, seja por alta, por óbito, ou por transferência é o mesmo que egresso hospitalar.
62. **Procedimento** – Conjunto de ações realizadas de forma simultânea e seqüencial por um ou mais dos integrantes da equipe de saúde dentro de um período de assistência a um paciente.
63. **Procedimento de emergência** – conjunto de ações empregadas na recuperação de pacientes cujos agravos da saúde necessitam de assistência imediata por apresentar risco de vida.
64. **Procedimento de urgência** - conjunto de ações empregadas na recuperação de pacientes cujos agravos da saúde necessitam de assistência imediata.
65. **Redes de estabelecimentos de saúde** – conjunto de estabelecimentos do sistema de saúde, regionalizado e hierarquizado, por níveis de complexidade, capacitado para resolver todos os problemas de saúde da população de sua responsabilidade.
66. **Referência** – ato formal de envio de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde para outro de maior complexidade. A referência sempre deve ser feita após constatação da insuficiência da capacidade resolutiva e segundo normas e mecanismos pré-estabelecidos.
67. **Saída hospitalar** – ver egresso hospitalar.

“GLOSSÁRIO DE TERMOS COMUNS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE – MERCOSUL”

O Subgrupo de Trabalho N° 11 “Saúde” recomenda ao Grupo Mercado Comum adotar como Resolução a Recomendação N° 09/99 “Glossário de Termos Comuns para os Serviços de Saúde do MERCOSUL”, em anexo.

SGT N°. 11/ATA 4/99/Montevidéu, 8 a 11 de noviembre de 1999

TERMINOS COMUNES EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MERCOSUR

1. **ACREDITACIÓN** - procedimiento de evaluación de los establecimientos de salud, voluntario, periódico y reservado, que tiende a garantizar la calidad de la asistencia integral a través de padrones previamente aceptados. Acreditación presupone evaluación de la estructura, de los procesos y resultados, y el establecimiento será acreditado cuando la disposición y organización de los recursos y actividades conforman un proceso cuyo resultado final es una asistencia a la salud de calidad.
2. **ALOJAMIENTO CONJUNTO** - sistema hospitalario en que el recién nacido sano, luego del nacimiento permanece al lado de la madre, 24 horas por día, en un mismo ambiente, hasta el alta.
3. **ALTA** - acto medico que determina la finalización de la modalidad de asistencia que venía siendo prestada al paciente hasta el momento, por cura, mejoría, inalteración, por pedido o transferencia. El paciente podrá, si hace falta, pasar a recibir otra modalidad de asistencia, sea en el mismo establecimiento, en otro o en el propio domicilio.
4. **AMBULATORIO** - local donde se presta asistencia a pacientes, en régimen de no internación.
5. **AUTORIZACIÓN** -acto administrativo por el cual la autoridad competente emite un documento permitiendo al solicitante ejecutar una práctica o cualquier acción especificada.
6. **ASISTENCIA AMBULATORIA** - modalidad de actuación realizada por uno o más integrantes dei equipo de salud a pacientes en régimen de no internación.
7. **ASISTENCIA DE ENFERMERÍA** - modalidad de actuación realizada por uno o más de los integrantes dei equipo de enfermería en la promoción y protección de la salud y en la recuperación y rehabilitación de enfermos.
8. **ASISTENCIA DOMICILIARIA** - modalidad de actuación realizada por uno o más de los integrantes dei equipo de salud en el domicilio dei paciente.
9. **ASISTENCIA HOSPITALARIA** - modalidad de actuación realizada por uno o más de los integrantes del equipo de salud a pacientes en régimen de internación.
10. **ASISTENCIA MEDICA** - modalidad de actuación realizada por el médico en la promoción y protección de la salud y en la recuperación y rehabilitación de los enfermos.
11. **ASISTENCIA ODONTOLÓGICA** - modalidad de actuación realizada por el equipo de odontología en la promoción y protección de la salud y en la recuperación y rehabilitación de enfermos.
12. **ASISTENCIA SANITARIA** - modalidad de actuación realizada por el equipo de salud junto a la población, en la promoción y protección de la salud.
13. **AUTORIDAD SANITARIA** - autoridad competente en el ámbito del área de la salud, con poderes legales para establecer reglamentos y ejecutar licenciamiento (habilitación) y fiscalización.
14. **AUTORIZACIÓN** - acto administrativo por el cual la Autoridad competente emite un documento permitiendo al solicitante ejecutar una práctica o cualquier acción especificada.

15. CAMA AUXILIAR REVERSIBLE - cama auxiliar que esta incluida en la capacidad de emergencia del hospital, pudiendo ser utilizada en caracter excepcional.
16. CAMA DE CORTA PERMANENCIA / ESTADÍA - cama hospitalaria cuya utilización no supera la media de permanencia treinta días.
17. CAMA DE LARGA PERMANENCIA/ESTADÍA - cama hospitalaria cuya utilización supera la media de permanencia de treinta días.
18. CAMA DE OBSERVACIÓN O CAMA AUXILIAR - cama destinada a pacientes que necesiten quedar bajo supervisión médica y/o enfermería para fines de diagnóstico o de tratamiento durante un período menor a 24 horas.
19. CAMA ESPECIALIZADA - cama hospitalaria destinada a pacientes en determinadas especialidad médica.
20. CAMA HOSPITALARIA - cama destinada a la internación de un paciente en el hospital. Se refiere a las camas incluidas en la capacidad instalada del hospital y localizadas en un espacio en una habitación o sala de internación, que se constituye en la dirección exclusiva de un paciente durante su permanencia en el hospital y están vinculadas a una Unidad de Internación y a una o más servicios (no considerar como cama hospitalaria las camas de observación, las camas de Unidad de Terapia Intensiva, las cunas del alojamiento conjunto y las camas de servicios de diagnóstico).
21. CAMA INDIFERENCIADA - cama hospitalaria destinada a acomodar pacientes de cualquier especialidad médica.
22. CAMA - DIA - unida de medida que representa la disponibilidad de la cama hospitalaria, en un día hospitalario.
23. CATEGORIZACION - procedimiento relacionado a la clasificación de servicios ambulatorios y de internación de acuerdo con el criterio adoptado (complejidad, resolución de riesgos y otros) que permite definir los niveles, concentrar actividades, clasificar los beneficios de acuerdo con su validez, según el tipo de establecimiento analizado.
24. CENSO DIARIO HOSPITALARIO - conteo del número de camas ocupadas, cada 24 horas.
25. CONSULTA - procedimiento prestado a un paciente, por un integrante dei equipo de salud con título universitario para fines de diagnóstico y/o orientación terapéutica.
26. CONSULTA DE PRIMERA VEZ - primera asistencia sanitaria ambulatoria, proporcionada por un integrante del equipo de salud con título universitario, a un paciente luego de su registro. Para fines de programación y evaluación, considerar como primera consulta en el año. Es lo mismo que primera consulta.
27. CONSULTA ULTERIOR - consulta que sucede a la primera consulta en el establecimiento de salud. En Brasil equivale a consulta subsecuente.
28. CONTRAREFERENCIA - acto formal de retorno de un paciente al establecimiento de origen (que lo a referido) tras resolución de la causa responsable por la referencia, y siempre acompañado de las informaciones necesarias al seguimiento del mismo, en el establecimiento de origen.
29. COSTO PACIENTE - DÍA - unidad del gasto representada por la medida de los dispendios directos e indirectos de los servicios prestados a pacientes internados, en un día hospitalario.
30. DÍA HOSPITALARIO - periodo de trabajo comprendido entre dos censos hospitalarios consecutivos.
31. ESTABLECIMIENTO DE SALUD - nombre genérico dado a cualquier local o ámbito físico destinado a la prestación de asistencia sanitaria a la población en régimen de internación o no internación, cualquiera que sea el nivel de categorización.

32. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON INTERNACIÓN - establecimiento destinado a prestar asistencia a la salud en régimen de internación, pudiendo disponer o no de atención ambulatorial.
33. ESTABLECIMIENTO DE SALUD SIN INTERNACIÓN - establecimiento destinado a prestar asistencia a la salud en régimen exclusivamente ambulatorial.
34. EQUIPAMIENTOS FIJOS - aquellos cuyo uso se restringe a un ambiente exclusivo de operación.
35. EQUIPAMIENTOS MÓVILES - aquellos que se pueden desplazar (trasladar) para distintos ambientes. También son denominados equipamientos transportables.
36. ESPECIALIDADES MEDICAS BÁSICAS - son cuatro: clínica médica, clínica quirúrgica, clínica gineco obstétrica y clínica pediátrica.
37. ESPECIALIDADES MEDICAS CRITICAS (ESTRATEGICAS) - especialidades médicas que en área geográfica determinada, asumen mayor importancia frente a la prevalencia de patologías específicas o a la dificultad de acceso a un establecimiento de mayor categoría.
38. GARANTÍA DE CALIDAD - conjunto de acciones sistemáticas y planeadas destinadas a garantizar la conformidad adecuada en cuanto al funcionamiento de una estructura, sistema, componentes o procedimiento de acuerdo a estándares aprobados.
39. HABILITACIÓN - es un procedimiento ejecutado por la autoridad sanitaria jurisdiccional que autoriza el funcionamiento de un establecimiento, bajo condiciones establecidas en leyes y reglamentos. Normalmente es realizado, antes del inicio del funcionamiento del establecimiento, definiendo las condiciones del espacio físico, de recursos humanos y equipamientos del establecimiento en cuestión. Es formalizado a través del documento de autorización sanitaria (alvará de funcionamiento, alvará sanitario). Es lo mismo que licencia.
40. HABILITACIÓN (ALVARA) DE FUNCIONAMIENTO - documento de autorización de funcionamiento u operación del servicio, prestada por la autoridad sanitaria local, también llamado de licencia o permiso sanitario.
41. HABILITACIÓN (ALVARÁ) SANITARIA - ver habilitación de funcionamiento.
42. HISTORIA CLÍNICA - documento médico-legal constituido por formularios estandarizados (padronizados) o no, destinado al registro de la atención prestada al paciente .
43. HOSPITAL - establecimiento de salud destinado a prestar asistencia sanitaria en régimen de internación a la población pudiendo disponer de asistencia ambulatorial u otros servicios. Para Paraguay y Uruguay es lo mismo que **Sanatorio**.
44. HOSPITAL GENERAL - hospital polivalente destinado a prestar asistencia a la salud, en las siguientes especialidades: clínica médica, pediatría, gineco obstetricia, cirugía y otras.
45. HOSPITAL ESPECIALIZADO - hospital monovalente destinado a prestar asistencia a la salud en una especialidad.
46. INSCRIPCIÓN - ver matrícula.
47. INTERNACIÓN - admisión de un paciente para ocupar una cama hospitalaria, por un periodo igual o mayor a 24 horas.
48. LICENCIA - documento por el cual la autoridad sanitaria autoriza al requiriente a ejecutar determinada práctica bajo condiciones establecidas en leyes, reglamentos y las especificadas en la misma licencia.
49. LICENCIAMIENTO - operación administrativa de autorización para la ejecución de una práctica, en donde la entidad responsable por la misma comprueba y se somete a la evaluación de los requisitos establecidos por la Autoridad Sanitaria.

50. **MATRICULA** - inscripción que habilita la atención de un paciente en un establecimiento de salud (Brasil). En los otros países es el registro de pacientes . En Argentina la matrícula equivale al registro de profesionales y no profesionales que los habilita a ejercer.
51. **NIVELES DE RESOLUCIÓN** - límites utilizados para jerarquizar los establecimientos de salud según su capacidad de resolver los problemas de salud de la población (alto, mediano, bajo), de acuerdo a los recursos disponibles (planta física, recursos humanos y equipamientos).
52. **NIVELES DE COMPLEJIDAD** - límites utilizados para jerarquizar los establecimientos del sistema de salud, según la disponibilidad de recursos. La diversificación de actividades prestadas y su frecuencia.
53. **PACIENTE** - usuario de los establecimientos de salud.
54. **PACIENTE AMBULATORIO** - paciente que luego de ser inscripto o matriculado en un establecimiento de salud, recibe asistencia ambulatorial o de emergencia. Es lo mismo que paciente externo.
55. **PACIENTE DE RIESGO** - paciente que tiene alguna condición predeterminada que lo puede hacer potencialmente inestable.
56. **PACIENTE EXTERNO** - ver paciente ambulatorio.
57. **PACIENTE GRAVE** - paciente que presenta inestabilidad de uno o más de sus sistemas orgánicos, debido a alteraciones agudas o agudizadas, que amenacen la vida.
58. **PACIENTE INTERNADO** - paciente que, admitido en el hospital, pasa a ocupar una cama por un periodo mayor de 24 horas.
59. **PACIENTE NUEVO** - paciente que luego de ser inscripto, es asistido por primera vez en un establecimiento de salud.
60. **PACIENTE - DÍA** - unidad de medida de la asistencia médica prestada, en un día hospitalario, a un paciente internado. El día de alta solamente será computado si ocurre en el día de la internación.
61. **PACIENTE - EGRESO** - paciente que deja el establecimiento/servicio hospitalario, ya sea por alta, por defunción (óbito), o por traslado (transferencia)Es lo mismo que egreso hospitalario..
62. **PROCEDIMIENTO** - conjunto de acciones realizadas en forma simultánea o secuenciada por uno o más de los integrantes del equipo de salud dentro de un periodo de asistencia a un paciente..
63. **PROCEDIMIENTO DE EMERGENCIA** - conjunto de acciones empleadas en la recuperación de pacientes cuyos agravios a la salud necesitan de asistencia inmediata por presentar riesgo de vida.
64. **PROCEDIMIENTO DE URGENCIA** - conjunto de acciones empleadas en la recuperación de pacientes cuyos agravios a la salud necesitan de asistencia inmediata.
65. **REDES DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD** - conjunto de establecimientos del sistema de salud, regionalizado y jerarquizado por niveles de complejidad, capacitado para resolver todos los problemas de salud de la población de su responsabilidad..
66. **REFERENCIA** - acto formal de envío de un paciente atendido en un determinado establecimiento de salud para otro de mayor complejidad. La referencia siempre debe ser hecha de constatarse la insuficiencia de la capacidad resolutoria , según normas y mecanismos pre establecidos.
67. **SALIDA HOSPITALARIA** - ver egreso hospitalario.