

**FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL**

ROSÂNGELA DA SILVA ALMEIDA

**PROTEÇÃO SOCIAL NO MERCOSUL: A SAÚDE
DOS TRABALHADORES DE MUNICÍPIOS
FRONTEIRIÇOS DO RIO GRANDE DO SUL**

**Porto Alegre
2008**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ROSÂNGELA DA SILVA ALMEIDA

**PROTEÇÃO SOCIAL NO MERCOSUL: A SAÚDE DOS
TRABALHADORES DE MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS DO
RIO GRANDE DO SUL**

Tese de doutorado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Serviço Social do Programa de Pós-Graduação do Curso de Doutorado em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Jussara M. R. Mendes

Porto Alegre

2008

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A447p Almeida, Rosângela da Silva
Proteção social no Mercosul: a saúde dos
trabalhadores de municípios fronteiriços do Rio Grande
do Sul. / Rosângela da Silva Almeida. – Porto Alegre,
2008.

284 f.

Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de
Serviço Social, PUCRS.

Orientação: Profa. Dra. Jussara M. R. Mendes.

1. Serviço Social. 2. Mercosul. 3. Trabalhadores -
Saúde. 4. Cidadania. 5. Proteção Social.

I. Título.

CDD 362.85

Ficha elaborada pela bibliotecária Cíntia Borges Greff CRB 10/1437

ROSÂNGELA DA SILVA ALMEIDA

**PROTEÇÃO SOCIAL NO MERCOSUL: A SAÚDE DOS
TRABALHADORES DE MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS DO
RIO GRANDE DO SUL**

Tese de doutorado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Serviço Social do Programa de Pós-Graduação do Curso de Doutorado em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em 07 de março de 2008.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Jussara Maria Rosa Mendes
Orientadora

Prof. Dr. Álvaro Roberto Crespo Merlo

Profa Dra. Beatriz Gershenson Aguinky

Profa Dra. Maria da Graça Hoefel

Profa Dra. Míriam Thais Guterres Dias

Dedico este trabalho acadêmico a meus pais, a meu esposo, a minha orientadora e aos participantes da pesquisa, que contribuíram significativamente para a sua construção.

AGRADECIMENTOS

Como bem lembra o poeta: “o caminho se faz ao caminhar”. E neste caminho de construção acadêmica, em cada passo dado, em cada decisão tomada, nunca estive só. Então, é chegada a hora de agradecer às pessoas que estiveram ao meu lado, contribuindo de diferentes maneiras para a materialização desta Tese de Doutorado, seja com informações, debates, questionamentos, críticas ou sugestões, relatos e palavras de apoio e incentivo, quando a exaustão batia à porta.

Desse modo, expresso meus agradecimentos:

Aos meus familiares, aqui representados pelos meus pais, Ruy e Leci, que respeitaram minhas escolhas e meus sonhos;

Ao meu esposo, Voltaire, companheiro, partícipe e crítico da elaboração deste trabalho;

Ao Thobias, meu fiel escudeiro nas longas jornadas de escritas infundáveis;

À Profa Dra. Jussara Maria Rosa Mendes, orientadora d este trabalho, pela convivência e participação no NEST e no COLSAT-Mercosul, pelo compartilhamento de seus conhecimentos e por ter colaborado, de forma ímpar, para a realização do trabalho. A ela, meu agradecimento, respeito e admiração;

Aos professores do Curso de Pós-Graduação em Serviço Social desta Faculdade. Um agradecimento especial à Profa Dra. Berenice Rojas Couto, Prof. Dr. Carlos Nelson dos Reis, Profa Dra. Beatriz G. Aginsky e Profa Dra. Jane Cruz Prates e Prof. Dr. Jaime Paviani, que ensinaram debates frutíferos em sala de aula, os quais contribuíram, significativamente, para as reflexões engendradas nesta tese;

Aos secretários da secretaria de Graduação e Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da PUCRS: Antônio, Cristiane, Juliana, Nazira, Patrícia e Rose, que acompanharam, desde o início, minha caminhada no Doutorado;

A todos colegas do NEST e do COLSAT-Mercosul, pelo convívio, amizade, auxílio incansável, acesso a informações e debates empreendidos. Aqui gostaria de destacar: Ana Lúcia Maciel, Dolores S. Wüñch, Gabriela dos Santos Moraes, Keli Regina Dal Pra (companheira mercosulenha), Jaqueline Moraes, Joseane Andrades, Maria Juliana Moura e Paola Falceta;

Aos colegas de Doutorado, pelo companheirismo, pelas discussões e trocas de saberes, em sala de aula.

Ressalto algumas pessoas que marcaram esta jornada: Dunia Comerlato, Edeimar Rotta, Eunice Maria Viccari, Jairo Nogueira, Jorge Seadi, Luis Carlos Pertile, Maria da Graça Türk, Maria Jacobina Bezerra, Mirian Dias, Nildete Terezinha de Oliveira, Rosane Janczura, Sirlei Cetolin e Suzane Krug;

Aos colegas do Departamento de Ciências Humanas da UNISC, do qual tenho satisfação em fazer parte.

Um agradecimento especial aos professores: César Goes, Flávio Williges, Josiane Ulrich, Maria Helena Santana, Renato Nunes, Ricardo Maia, Rosana Candeloro, Rosângela Shultz, Valter Freitas e Suzana Alborno. Aqui, faço menção honrosa, às colegas

do curso de Serviço Social, Eunice Maria Viccari, Maira Meira Pinto, Maria Madalena Marques, Mirian Neves e Tatiana Reidel, que me acompanharam nesta etapa de minha vida profissional;

*Às secretárias do Departamento de Ciências Humanas da UNISC, Aline, Clarice e Caline;
À todos meus alunos do curso de Serviço Social da UNISC, que se interessam e comemoram
junto comigo a conquista do Doutorado. Um agradecimento especial a meus alunos de
supervisão e orientação acadêmica: Ângela, Angélica, Cinara, Eliane, Fernanda,
Heloisa, Gustavo, Roberta, Rosana, Sabrina e Vanessa. E às alunas e bolsistas do curso de Serviço Social,
Elisângela Silva e Rosângela Ceroni.*

*À Profa Dra. Lígia Giovanella da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ
e sua equipe, e à Luisa Guimarães, pela participação na pesquisa “Saúde nas fronteiras: estudo do
acesso aos Serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do Mercosul” que possibilitou
a primeira aproximação com a realidade da Saúde, no Mercosul.*

*Aos professores Fernando Tomasina e Jorge Kohen, pelas discussões na oficina do Colsat-Mercosul em
Salvador/BA, e pelas informações preciosas sobre a saúde do trabalhador em seus países.*

*Aos professores membros da banca examinadora desta tese, que tiveram
a gentileza de lê-la e apontar sugestões;*

*Aos Senhores Juan Bailador, Julio Gerardi e Fernando Borgia, que mesmo não os conhecendo
pessoalmente, contribuíram substancialmente para a obtenção de informações relevantes
sobre seus países, as quais estão inclusas neste trabalho;*

*À Sabrina Steinke, que com seriedade e competência participou da coleta de dados empíricos
e percorreu parte da Região de fronteira junto comigo. Agradeço, também, a seus familiares;*

*Aos participantes da pesquisa, profissionais do Setor de Saúde e trabalhadores da Região de fronteira do RS
com Argentina e Uruguai, que cederam as entrevistas, partilhando histórias de vida e de trabalho;*

*À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e ao CNPQ
(Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), pelo apoio
financeiro para construção deste trabalho científico;*

*À Profa e amiga Helena Totta Silveira, que atenciosamente e com muito carinho fez as revisões ortográficas
e gramaticais no trabalho;*

À Profa Susana Creus, que atentamente traduziu o resumo deste trabalho para língua espanhola;

Ao Prof. Albino Pozzer, que cuidadosamente traduziu o resumo deste trabalho para a língua francesa;

À Maria Remi, que atentamente fez a formatação deste trabalho;

À Patty, pela companhia nos eventos do Mercosul e pela hospedagem em sua casa;

À Tia Cleci, por cuidar de minha casa, nos momentos de dedicação intensa a este trabalho;

*A todos meus amigos que compreenderam os momentos ausentes e me incentivaram a continuar
a caminhada. Ressalto o carinho de minhas amigas Daniela M. Braz, Luciane Oliveira e
Vanderléia Dal Castel; essas últimas, mesmo distantes geograficamente, fizeram-se presentes;*

*E por fim, mas não menos importante, agradeço a Deus por ter me dado coragem,
competência, serenidade e saúde para seguir em frente.*

RESUMO

Esta investigação se situa entre as discussões que ocorrem nos países do Mercosul, sobre o direito à saúde e à do trabalhador e a garantia da proteção social. Esta pesquisa é um estudo de caso, que utiliza a pesquisa documental e a metodologia do Diagnóstico Situacional. Tem o objetivo de analisar como se realiza a proteção social à saúde do trabalhador nos Municípios brasileiros do Estado do Rio Grande do Sul que fazem fronteira com o Uruguai e a Argentina, países integrantes do Mercosul, como movimento necessário à ampliação e à consolidação da cidadania. Examinou-se a saúde do trabalhador, considerando as diferentes circunstâncias que a envolvem, isto é, o aparato legal, a atividade cotidiana do trabalhador; a relação entre as cidades brasileiras e as cidades estrangeiras, o tipo de demanda e de trabalho nos Municípios brasileiros fronteiriços, entre outros eixos. Trata-se de um estudo qualitativo, que tem como método orientador o dialético materialista histórico. A investigação utiliza a análise de conteúdo do tipo temática. Os resultados indicaram, entre outros pontos, a desinformação por parte de trabalhadores e gestores da saúde sobre a política de saúde do trabalhador, e a intensificação do trabalho informal, decorrente da integração econômica, o que contribui para a construção social da desproteção dos trabalhadores da Região de fronteira, especialmente os que se encontram na área rural.

Palavras-chave: MERCOSUL. Saúde do Trabalhador. Cidadania. Proteção Social.

RESUMEN

Este trabajo se relaciona con las discusiones que tienen lugar en los países del Mercosur, sobre el derecho a la salud en general, a la salud del trabajador en especial, y sobre la garantía de protección social. Consiste en un estudio de caso, que utiliza la investigación documental y la metodología del Diagnóstico Situacional. Tiene por objetivo analizar de qué modo se lleva a cabo la protección social a la salud del trabajador en los Municipios brasileños del Estado de Rio Grande do Sul que hacen frontera con Uruguay y Argentina, - países integrantes del Mercosur -, como movimiento necesario a la ampliación y a la consolidación de la ciudadanía. Se examinó la salud del trabajador, considerándose las diferentes circunstancias que la envuelven, es decir, el aparato legal; la actividad cotidiana del trabajador; la relación entre las ciudades brasileñas y las ciudades extranjeras; el tipo de demanda y de trabajo en los Municipios brasileños fronterizos, entre otros ejes de análisis. Se trata de un estudio cualitativo, orientado por el método dialéctico materialista histórico, y que se vale del análisis de contenido de tipo temático. Los resultados indican, entre otros puntos, la falta de información por parte de trabajadores y gestores de la salud sobre la política de salud del trabajador. Asimismo, señalan la intensificación del trabajo informal, en función de la integración económica, hecho que contribuye para la construcción social de la desprotección de los trabajadores de la región de frontera, especialmente, los que se encuentran en el área rural.

Palabras clave: MERCOSUR. Salud del Trabajador. Ciudadanía. Protección Social.

RÉSUMÉ

Cette recherche se situe dans l'ensemble des discussions courantes aux pays du Mercosud sur le droit à la santé du travailleur et l'assurance de celui-ci à la protection sociale. Il s'agit d'une étude de cas utilisant la recherche documentaire et la méthodologie du Diagnostic Situationnel. Son objectif est de vérifier comment est faite la protection sociale de la santé du travailleur dans les municipalités brésiliennes à la frontière de l'Uruguay et de l'Argentine, pays du Mercosud, en tant qu'action indispensable à la formation et à la consolidation de la citoyenneté. On a examiné la santé du travailleur en tenant compte, entre autres axes, des différentes circonstances dont elle subit l'influence, c'est-à-dire, l'appareil légal, l'activité quotidienne du travailleur, les rapports entre les villes brésiliennes et étrangères, les types de demandes et de travail dans les communes brésiliennes de la frontière. Il s'agit d'une étude qualitative orientée par la méthode dialectique historico-matérialiste et qui s'utilise de l'analyse de contenu thématique. Les résultats ont montré surtout le manque d'information de la part des gestionnaires de la santé et du travailleur à propos de la politique de santé pour celui-ci, l'accroissement du travail informel, ce qui contribue à la construction d'un modèle social qui néglige la protection des travailleurs de la région étudiée, surtout des paysans.

Mots-clés: MERCOSUD. Santé du Travailleur. Citoyenneté. Protection Sociale.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Convênios e recomendações da OIT para a segurança e saúde no trabalho	77
Quadro 2 - Direitos sociais relacionados à saúde do trabalhador	79
Quadro 3 - Principais legislações no trabalho no Brasil, na Argentina e no Uruguai.....	88
Quadro 4 - Situando o desenvolvimento conceitual da saúde do trabalhador no Brasil	105
Quadro 5 - Cronograma de implantação dos centros de referência em saúde do trabalhador no Estado do RS - 2002/2004	122
Quadro 6 - Sistematização das cidades que compuseram a primeira etapa da pesquisa	139
Quadro 7 - Entrevistas com profissionais do Setor de Saúde	140
Quadro 8 - Entrevistas realizadas com trabalhadores que sofreram algum tipo de acidente de trabalho	140
Quadro 9 - Princípios norteadores da concepção de direito e de saúde do trabalhador dos profissionais da saúde - 1ª Etapa	157
Quadro 10 - Tipo de demandas da saúde do trabalhador nos Serviços de saúde das cidades de fronteira	169
Quadro 11 - Tipo de trabalho dos trabalhadores das cidades de fronteira.....	171
Quadro 12 - Relação dos CERESTs regionais com os módulos assistenciais integrantes da região/macrorregião de saúde dos municípios de estudo.....	175
Quadro 13 - Princípios norteadores da concepção de direito e de saúde do trabalhador dos profissionais do Setor de Saúde - 2ª Etapa	183
Quadro 14 - Unidades de Saúde do SUS e particulares de Santana do Livramento.....	184
Quadro 15 - Unidades de Saúde do SUS e particulares de Uruguaiana.....	185
Quadro 16 - Demandas do Setor de Saúde do trabalhador para os Serviços de saúde das cidades de fronteira.....	186

Quadro 17 - Características das condições de trabalho em que ocorreu o acidente.....	202
Quadro 18 - Princípios norteadores da concepção de direito no trabalho dos trabalhadores.....	209

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa da Província de Corrientes/AR.....	148
Figura 2 - Mapa Administrativo do Uruguai - Departamentos do Uruguai	150
Figura 3 - Quantidade de acidentes de trabalho no Brasil e no Estado do Rio Grande do Sul - 2005.....	151
Figura 4 - Demandas do Setor de Saúde do trabalhador para os Serviços de saúde locais.....	170
Figura 5 - Setores e/ou relação de trabalho dos trabalhadores que apresentaram as demandas do Setor de Saúde do trabalhador para os Serviços de saúde locais.....	173
Figura 6 - Identificação da nacionalidade dos trabalhadores que procuram os Serviços de saúde locais.....	173
Figura 7 - Demandas do Setor de Saúde do trabalhador para os Serviços de saúde Santana do Livramento.....	187
Figura 8 - Setores e/ou relação de trabalho dos trabalhadores que apresentaram as demandas do Setor de Saúde do trabalhador para os Serviços de saúde de Santana do Livramento.....	188
Figura 9 - Identificação da nacionalidade dos trabalhadores que procuram os Serviços de saúde de Santana do Livramento	189
Figura 10 - Demandas do Setor de Saúde do trabalhador para os Serviços de saúde Uruguaiana	190
Figura 11 - Setores e/ou relação de trabalho dos trabalhadores que apresentaram as demandas do Setor de Saúde do trabalhador para os Serviços de saúde Uruguaiana	191
Figura 12 - Identificação da nacionalidade dos trabalhadores que procuram os Serviços de saúde Uruguaiana	192
Figura 13 - Representação das condições de trabalho do trabalhador 1	204
Figura 14 - Representação das condições de trabalho do trabalhador 2	204
Figura 15 - Representação das condições de trabalho do trabalhador 3	205
Figura 16 - Representação das condições de trabalho do trabalhador 4	205
Figura 17 - Representação das condições de trabalho do trabalhador 5	206
Figura 18 - Representação das condições de trabalho do trabalhador 6	206

Figura 19 - Representação das condições de trabalho do trabalhador 7	207
Figura 20 - Tipo de estratégias no trabalho, usadas pelos trabalhadores da região de fronteira	212

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Censos populacionais das unidades administrativas regionais pesquisadas	146
Tabela 2 - Quantidade de acidente de trabalho segundo dados do banco da DATAPREV/RS - 2000 a janeiro de 2002	152
Tabela 3 - Situação das cidades participantes na investigação com relação aos dados populacionais, área territorial, número de Serviços de saúde e óbitos hospitalares - Período 2005-2006	154
Tabela 4 - Frequência da idade dos sujeitos do estudo	155
Tabela 5 - Distribuição de freqüências do tempo de trabalho na região de fronteira dos profissionais das Secretarias Municipais de Saúde.....	156
Tabela 6 - Informações sobre as cidades onde se realizou a segunda parte do Estudo de Caso	181
Tabela 7 - Distribuição de freqüências das idades dos trabalhadores entrevistados	197
Tabela 8 - Distribuição de freqüências da escolaridade dos trabalhadores entrevistados	198
Tabela 9 - Distribuição de freqüências da relação de trabalho dos trabalhadores entrevistados	198
Tabela 10 - Distribuição de freqüências da renda dos trabalhadores entrevistados	199

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	- Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ALADI	- Associação Latino-Americana de Integração
ALALC	- Associação Latino-Americano de Livre Comércio
ARTs	- <i>Aseguradoras de Riesgos del Trabajo</i>
ASSE	- <i>Administración de los Servicios de Salud del Estado</i>
BIRD	- Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento
BPS	- <i>Banco de Previsión Social</i>
BSE	- <i>Banco de Seguros del Estado</i>
CAPs	- Caixas de Aposentadorias e Pensões
CATs	- Comunicações de Acidentes de Trabalho
CBO	- Classificação Brasileira de Ocupações
CCSCS	- Coordenadoria das Centrais Sindicais do Cone Sul
CERESTs	- Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador
CIPAs	- Comissões Internas de Prevenção de Acidentes
CISTs	- Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador
CMC	- Conselho do Mercado Comum
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
COFESA	- Conselho Federal de Saúde
COLSAT	- MERCOSUL - Centro Colaborador em Saúde do Trabalhador no Contexto do Mercosul
COPESA	- Comissão Permanente de Saúde, Ambiente, Produção e Desenvolvimento Sustentável
CONASQ	- Conselho Nacional de Segurança Química
CONASS	- Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COSAT	- Comissão de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde
CMPF	- Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CSLM	- Comissão Sócio-Laboral do Mercosul
CTNBIO	- Comissão Nacional de Biossegurança

DATA PREV	- Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social
DIR	- Diretorias Regionais da Secretaria de Estado de Saúde
DORT	- Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DRT	- Delegacia Regional do Trabalho e Emprego
DSL	- Declaração Sociolaboral do Mercosul
FAMETRA	- Federação Argentina de Medicina do Trabalho
FIS	- Ficha Individual de Notificação de Suspeitas
FMI	- Fundo Monetário Internacional
FCCP	- Fórum de Consulta e Combinação Política
GEISAT	- Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador
GMC	- Grupo Mercado Comum
GS	- Grupo de Serviços
IAMC	- <i>Instituciones de Asistencia Médica Colectiva</i>
IAPs	- Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	- Instituto Brasileiro de geografia e Estatística
IMAE	- Institutos de Medicina Altamente Especializada
INDEC	- <i>Instituto Nacional de Estadística y Censos de la Argentina</i>
INE	- <i>Instituto Nacional de Estadística del Uruguay</i>
INSS	- Instituto Nacional de Seguro Social
LERs	- Lesões por Esforços Repetitivos
LOS	- Lei Orgânica da Saúde
LRT	- Lei de Riscos no Trabalho
MAPS	- Ministério da Assistência e Promoção Social
MPS	- Ministério da Previdência Social
MS	- Ministério da Saúde
MSP	- <i>Ministerio de Salud Pública</i>
NAFTA	- <i>North American Free Trade Agreement</i> (Acordo Norte-Americano de Livre Comércio)
NEST	- Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho
NOST	- Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
OIT	- Organização Internacional do Trabalho
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
OS	- Obras Sociais
PAIR	- Perdas Auditivas Induzidas por Ruído

PNST	- Política Nacional de Saúde do Trabalhador
RENAST	- Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RINA	- Relatório Individual de Notificação de Agravos
RINAV	- Relatório Individual de Notificação de Acidentes e Violências
RIPSA	- Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RMA	- Reunião de Ministros da Agricultura
RMC	- Reunião de Ministros da Cultura
RMEPBC	- Reunião de Ministros de Economia e Presidentes de Bancos Centrais RMEPBC
RME	- Reunião de Ministros da Educação
RMIND	- Reunião de Ministros da Indústria
RMI	- Reunião de Ministros do Interior
RMJ	- Reunião de Ministros de Justiça
RMME	- Reunião dos Ministros de Minério e Energia
RMS	- Reunião de Ministros da Saúde
RMTB	- Reunião de Ministros do Trabalho
RMT	- Reunião de Ministros dos Transportes
RMADS	- Reunião de Ministros e Autoridades de Desenvolvimento Social
SARS	- Síndrome Respiratória Aguda Grave
SAT	- Seguro de Acidente de Trabalho
SES/RS	- Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul
SGETES	- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SGT	- Subgrupo de Trabalho
SGT-1	- Subgrupo de trabalho de Comunicações
SGT-2	- Subgrupo de Trabalho de Aspectos Institucionais
SGT-3	- Subgrupo de Trabalho de Regulamentos Técnicos e Avaliação de Conformidade
SGT-4	- Subgrupo de Trabalho de Assuntos Financeiros
SGT-5	- Subgrupo de Trabalho de Transportes
SGT-6	- Subgrupo de Trabalho de Meio Ambiente
SGT-7	- Subgrupo de Trabalho de Indústria
SGT-8	- Subgrupo de Trabalho de Agricultura
SGT-9	- Subgrupo de Trabalho de Energia e Minério

SGT-10	- Subgrupo de Trabalho de Relações Trabalhistas, Emprego e Seguridade Social
SGT-11	- Subgrupo de Trabalho de Saúde
SGT-12	- Subgrupo de Trabalho de Inversões (mudanças)
SGT-13	- Subgrupo de Trabalho de Comércio Eletrônico
SGT-14	- Subgrupo de Trabalho de Seguimento da Conjuntura Econômica e Comercial
SINAN	- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIS - MERCOSUL	- Sistema Integrado de Saúde do Mercosul
SIS - FRONTEIRAS	- Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras
SPSS	- <i>Statistics Package for Social-Sciences</i>
SRT	- Superintendência de Riscos no Trabalho
SUS	- Sistema Único de Saúde
TEC	- Tarifa Externa Comum

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	22
2 ANÁLISE DA CONJUNTURA: REFLEXÕES SOBRE A CONSTRUÇÃO DO MERCOSUL E DE PRÁTICAS DE INTEGRAÇÃO EM SAÚDE	25
2.1 TRANSFORMAÇÕES SOCIETÁRIAS E SUAS REPERCUSSÕES NO TRABALHO	25
2.1.1 Integração na América Latina: o Mercosul na era da globalização	38
2.1.1.1 Antecedentes	38
2.1.1.2 Processo de integração e Mercosul	40
2.1.1.3 Ausência da dimensão social na agenda política do Mercosul	47
2.2 O DIREITO À SAÚDE E O MERCOSUL	52
2.3 A SAÚDE NO CONTEXTO DO MERCOSUL	55
3 COMPREENDENDO AS ASSIMETRIAS: CONSIDERAÇÕES SOBRE PROTEÇÃO SOCIAL E SAÚDE E TRABALHO NOS PAÍSES DO MERCOSUL	67
3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PERCURSO DA SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL	69
3.2 DIREITO À SAÚDE NO TRABALHO NOS INSTRUMENTOS INTERNACIONAIS E NORMATIVOS DE PROTEÇÃO SOCIAL: UMA REFERÊNCIA PARA OS PAÍSES DO MERCOSUL	72
3.2.1 Instrumentos da Organização Internacional do Trabalho pertinentes ao marco promocional da segurança e saúde no trabalho	75
3.3 ANÁLISE COMPARATIVA DO APARATO NORMATIVO EM PAÍSES DO MERCOSUL: ARGENTINA, BRASIL E URUGUAI	78
3.3.1 Regulamentações constitucionais atreladas à saúde e trabalho na Argentina, no Brasil e no Uruguai	78
3.3.2 Leis trabalhistas nos países do Mercosul: Brasil, Argentina e Uruguai	87
3.4 REFLEXÕES SOBRE OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DE QUEM TRABALHA NO MERCOSUL	94

3.4.1 Saúde e Trabalho na Argentina	94
3.4.1.1 Breve contextualização sobre a saúde.....	94
3.4.1.2 Saúde e trabalho	96
3.4.2 Saúde e Trabalho no Uruguai	99
3.4.2.1 Breve contextualização sobre a saúde.....	99
3.4.2.2 Saúde e trabalho	101
3.4.3 A Saúde do Trabalhador no Brasil	103
3.4.3.1 A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS....	110
3.4.3.2 A Implantação da Política de atenção à saúde do trabalhador no Estado do Rio Grande do Sul/Brasil	118
3.4.3.3 A saúde do trabalhador e o Pacto pela Saúde	123
4 O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO	127
4.1 REFERENCIAL METODOLÓGICO DO ESTUDO	127
4.1.1 O Ciclo de Pesquisa	128
4.2 O PROBLEMA DE PESQUISA	130
4.3 OBJETIVOS	131
4.3.1 Objetivo geral	131
4.3.2 Objetivos específicos	131
4.4 OS CRITÉRIOS PARA PESQUISA.....	132
4.4.1 Quanto à Escolha dos Municípios	132
4.4.2 Quanto à Escolha dos Sujeitos	133
4.5 TIPO DE PESQUISA.....	133
4.5.1 A Pesquisa Qualitativa	133
4.6 OS INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	135
4.6.1 O Estudo de Caso	135
4.6.2 A entrevista semi-estruturada	136
4.6.3 A observação assistemática	137
4.6.4 O registro dos dados: o diário de campo	137
4.7 DISTRIBUIÇÃO DAS ETAPAS DA PESQUISA	138
4.7.1 Relação das entrevistas realizadas na 3ª Etapa	139
4.7.2 Relação das entrevistas realizadas na 4ª Etapa	140
4.8 ORGANIZAÇÃO DA ANÁLISE.....	140

5 EXPOSIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	144
5.1 TRAVESSIAS: DESAFIOS DA PROTEÇÃO SOCIAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR, NA REGIÃO DE FRONTEIRA DO RS COM ARGENTINA E URUGUAI	144
5.1.1 Panorama geral	144
5.1.2 A fronteira de estudo	146
5.2 INFORMAÇÕES SOBRE AS UNIDADES ADMINISTRATIVAS REGIONAIS E SEUS MUNICÍPIOS	147
5.2.1 Província da Argentina	147
5.2.2 Departamentos do Uruguai	148
5.3 A SAÚDE DO TRABALHADOR NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL FRONTEIRIÇOS COM A ARGENTINA E O URUGUAI.....	151
5.3.1 Fontes estatísticas da região da pesquisa	151
5.3.2 Aproximando-se um pouco mais: a coleta de evidências	153
5.3.2.1 Perfil dos entrevistados da primeira etapa da pesquisa empírica	155
5.3.2.2 Identificação da concepção de direito e saúde do trabalhador.....	156
5.3.2.3 Determinantes e condicionantes que interferem na saúde do trabalhador..	160
5.3.2.4 O Território como limite ao direito à saúde.....	161
5.3.2.5 Acordos não oficiais: iniciativas na saúde relacionadas às questões de fronteira	164
5.3.2.6 Aparato legal, políticas, e programas acionados para operacionalizar a atenção em saúde do trabalhador.....	167
5.3.2.7 Demandas do Setor de Saúde do trabalhador para os Serviços de saúde locais	168
5.4 CIDADES EM FOCO: SANTANA DO LIVRAMENTO E URUGUAIANA	176
5.4.1 A cidade de Santana do Livramento	176
5.4.1.2 Sua cidade gêmea no Uruguai: Rivera.....	178
5.4.2 A Cidade de Uruguaiana	178
5.4.2.1 Sua cidade de Linha de Fronteira: Paso de los Libres	180
5.5 ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DO SETOR DE SAÚDE	181
5.5.1 Eixos de Análise	182
5.5.1.1 O Perfil dos profissionais do Setor de Saúde entrevistados na segunda etapa da pesquisa empírica	182

5.5.1.2 Princípios norteadores da concepção de direito e de saúde do trabalhador desses profissionais	182
5.5.1.3 Demandas do Setor de Saúde do Trabalhador	184
5.5.1.4 O que acontece que os trabalhadores que adoecem e/ou se acidentam não chegam aos Serviços	193
5.5.1.5 Acordos: iniciativas na saúde relacionadas às questões de fronteira	193
5.6 ENTREVISTAS COM OS TRABALHADORES	195
5.6.1 O Processo de Seleção	195
5.6.2 Eixos de Análise	197
5.6.2.1 Perfil dos Trabalhadores	197
5.6.2.2 Condições de execução do trabalho	200
5.6.3 Princípios Norteadores da Concepção de Direito no Trabalho dos Trabalhadores da Região de Fronteira	209
5.6.4 A inexistência de estratégias de resistência dos Trabalhadores	210
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	216
REFERÊNCIAS	219
APÊNDICES	239
APÊNDICE A - Estrutura da sistematização da análise temática.....	240
APÊNDICE B - Instrumento de Investigação para as entrevistas com os profissionais do setor de Saúde	241
APÊNDICE C - Instrumento de Investigação para as entrevistas com os Trabalhadores da fronteira	250
APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	256
ANEXOS	257
ANEXO A - Portaria nº 777/GM, de 28 de abril de 2004.....	258
ANEXO B - Portaria Interministerial nº 800, de 3 de maio de 2005.....	261
ANEXO C - Portaria nº 325, de 21 de fevereiro de 2008.....	280

1 INTRODUÇÃO

Esta investigação se situa em meio às discussões que vêm ocorrendo nos países do Mercosul sobre o direito à saúde e à do trabalhador e a garantia da proteção social. A escolha do tema está vinculada à preocupação com o processo de integração regional, ainda incompleto, que se direciona tão somente à integração econômica como forma de assegurar a competitividade internacional, deixando praticamente de lado a integração social. Relevam-se dois extremos interrelacionados: um que representa as iniciativas integracionistas ocorridas na América Latina, atreladas ao processo de globalização; outro que representa o asseguramento ou garantias à seguridade e políticas sociais.

A discussão sobre direitos e sua garantia requer o esclarecimento de que paradigma se está falando, ou seja, o dialético materialista histórico. As bases teóricas e a visão de mundo são primordiais para caracterizar a exposição sobre a temática do direito à proteção social. A análise das políticas públicas, em especial a que trata de saúde do trabalhador, manifesta a inquietação com a materialização da cidadania.

Os debates empreendidos pela comunidade científica e técnica dos países do Cone Sul, em geral se restringem à saúde e à segurança no trabalho, enfatizando a questão do trabalho decente, quando relacionam a inspeção na sua execução, visando à garantia dos direitos ao trabalhador. Dessa forma, tais especialistas da Área vêm pensando estratégias de melhora das condições e do ambiente de trabalho.

Para além dessa dimensão, a garantia da saúde de quem trabalha é uma realidade construída historicamente, representada pela expressão coletiva e individual do sujeito, a partir da própria sociedade, do ambiente e das condições de vida e de trabalho. Não se pode separar o trabalhador de seu contexto integral de vida. Para tanto, analisa-se a saúde dos trabalhadores sob o ponto de vista histórico e dos avanços conceituais do campo da Saúde, no Brasil, em seu aspecto científico e de prática para o setor público que amplia a compreensão do processo de saúde e doença, chamando a atenção para os determinantes sociais, e que, portanto, pode contribuir como referencial para uma agenda progressiva, no contexto do Mercosul.

A materialização de conquistas teóricas e ganhos práticos clamam por uma nova prática na Fronteira brasileira, prática essa vinculada a um projeto social

democrático, cujo compromisso se relaciona à proteção social e à justiça social. É exatamente este ponto de vista que dá fundamento a este trabalho científico, trazendo como contraprova histórica da desproteção, o acidente de trabalho, como um indicador social importante da permanência e da exacerbação da precarização das condições e das relações de trabalho.

A aproximação com a realidade da saúde do trabalhador, no Mercosul, tem sua origem delimitada a partir da inserção da Profa. Dra Jussara Maria Rosa Mendes, orientadora deste trabalho, na Pesquisa: “Direito à Saúde: discurso, prática e valor” - uma análise nos países do Mercosul, no período de 2001 a 2003, bem como dos conhecimentos produzidos pela pesquisa intitulada: “A Construção Social da Invisibilidade dos Acidentes de Trabalho no Rio Grande do Sul”, da qual a mesma professora é coordenadora, e da qual se fez parte como pesquisadora.

Assim, a investigação dessa realidade dá continuidade ao estudo da autora deste trabalho, no decorrer de sua trajetória profissional e acadêmica, consolidando-se com a participação no projeto intitulado: “Centro Colaborador em Saúde do Trabalhador no Contexto do Mercosul”- COLSAT-MERCOSUL do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NEST), que se propõe a efetivar trabalho de cooperação técnica junto à Coordenação de Saúde do Trabalhador, do Ministério da Saúde do Brasil, e, primordialmente, com a produção deste material.

Superar idéias e práticas pontuais e desarticuladas em saúde do trabalhador foi uma das premissas para a elaboração deste trabalho acadêmico que se compõe desta introdução, de quatro capítulos e de considerações finais. No primeiro item se faz a análise de conjuntura, discutindo-se transformações societárias e suas repercussões no mundo do trabalho, o movimento de integração na América Latina e a construção do Mercosul, e a Saúde neste, bloco econômico.

A compreensão da proteção social, a partir dos instrumentos normativos e do modelo de atenção à saúde do trabalhador, nos países do Mercosul, preferencialmente na Argentina, no Brasil e no Uruguai, constitui o tema desdobrado no segundo capítulo. O terceiro ponto apresenta o processo de investigação, de caráter qualitativo, que se consubstanciou a partir da pesquisa documental e do estudo de caso, que utilizou a metodologia do Diagnóstico Situacional, proporcionando a aproximação com a realidade da Região de fronteira do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil com a Argentina e o Uruguai. Valorizaram-se as falas de

doze profissionais do Setor de Saúde e de sete trabalhadores, entrevistados nessa localidade.

Sob o título: - Travessias: desafios da proteção social em saúde do trabalhador, na Região de fronteira do RS com Argentina e Uruguai - faz-se a exposição e análise dos dados coletados na pesquisa empírica. Debatem-se, assim, concepções de direito e saúde do trabalhador, os determinantes e condicionantes da saúde do trabalhador na Região de fronteira, o limite territorial, acordos não oficiais e o aparato legal, acionados para operacionalizar a atenção em saúde do trabalhador, bem como as demandas da área para os Serviços de saúde locais e as características das condições de trabalho dos trabalhadores.

Por fim, trazem-se algumas considerações acerca dos achados da pesquisa. Salienta-se que os resultados indicaram, entre outros pontos, a desinformação por parte de trabalhadores e gestores da saúde sobre a política de saúde do trabalhador, e a intensificação do trabalho informal, em função da integração econômica, contribuindo para a construção social da desproteção dos trabalhadores da Região de fronteira, especialmente os que se situam na área rural.

2 ANÁLISE DA CONJUNTURA: REFLEXÕES SOBRE A CONSTRUÇÃO DO MERCOSUL E DE PRÁTICAS DE INTEGRAÇÃO EM SAÚDE

Os pressupostos que orientam o início da discussão deste trabalho têm como base os elementos metodológicos que conduzem à análise de conjuntura, bem como as categorias com as quais esta trabalha (acontecimentos, entendidos como aqueles que adquirem um sentido especial para um país, uma classe social, um grupo ou uma pessoa; cenários, atores, relação de força entre estrutura e conjuntura), que envolvem a história, as relações sociais, econômicas e políticas estabelecidas ao longo de um processo histórico (SOUZA, 2004), pois:

[...] não basta apenas estar com a leitura dos jornais em dia para entender o que está acontecendo. No volume das informações que é veiculado todos os dias é necessário identificar os ingredientes, os atores, os interesses em jogo (SOUZA, 2004, p. 7).

Sob este ponto de vista, a análise de conjuntura é usada, aqui, como um elemento de transformação da realidade, que leva em conta as articulações locais, regionais, nacionais e internacionais dos fenômenos. A importância dada a essa análise, a partir de alguns acontecimentos, revela-se na forma como afeta o destino e a vida de milhões de pessoas.

2.1 TRANSFORMAÇÕES SOCIETÁRIAS E SUAS REPERCUSSÕES NO TRABALHO

Para entender as mudanças societárias que repercutem no trabalho, é necessário visualizá-las desde sua produção na História. Para isso, é preciso compreender o sistema capitalista de produção, no decorrer da História, bem como as ondas de transformação produtiva presentes nele. Não se pretende descrever detalhadamente este processo, mas é preciso situá-lo, a fim de poder compreender minimamente suas refrações na sociedade contemporânea.

Para descrever a realidade sistêmica do Capitalismo, Marx fez uma ampla reavaliação da teoria dos lucros e do dinheiro, compatibilizando igualdade e desigualdade, valor e apropriação, equilíbrio e movimento transformador, ou seja, fez uma leitura que compreendia e transcendia a Economia Política clássica. Nessa análise, uniram-se elementos presentes na primeira crítica marxiana à temática econômica do excedente, todos transferidos à nova concepção de capital. Destacam-se alguns desses elementos: (1) caracterização do capital como pólo oposto ao trabalho e simultaneamente constituído por ele; (2) entendimento do Capitalismo como modo de produção historicamente determinado, e da produção fabril como elemento capitalista por excelência; (3) caracterização do capital como valor e, portanto, como riqueza genérica; (4) atribuição do movimento expansivo do sistema ao produto excedente do trabalho, mediante a incorporação da temática da taxa de lucro, transformada (na forma de taxa de mais-valia) em instrumento compatível com a antinomia entre trabalho assalariado e capital (COUTINHO, 1997).

A consolidação do modo de produção capitalista tem como base a atividade fabril, no século XIX, que não apenas se apresentou como uma rápida mudança na dinâmica da organização espaço-territorial dos países europeus, mas também seus reflexos estiveram presentes nas bruscas transformações das relações sociais como um todo, algo associado a um cataclismo¹.

A Revolução Industrial teve início no final do séc. XVIII, na Inglaterra, consistindo essencialmente na invenção de máquinas capazes de realizar tarefas que antes requeriam a mão do homem. Com esse processo, o Capitalismo se transforma paulatinamente de manufactureiro em industrial, adquirindo muitas de suas características atuais, como o dinamismo tecnológico, a centralização do capital em grandes empresas e a generalização da economia de mercado (SINGER, 2001).

Essa revolução técnico-científica apresenta duas fases: a primeira (1760-1850), correspondendo ao período de transformações tecnológicas e sociais promovidas basicamente no setor têxtil e na introdução, em outros setores, da máquina a vapor, na produção; a segunda fase (1850-1900) compreendida pela

¹ Utiliza-se a palavra cataclismo com o sentido de transformação ou destruição que as transformações sociais podem ocasionar. Para fins de esclarecimentos essa palavra é citada comumente em textos religiosos e faz referência à destruição massiva que se levará a cabo ao final dos tempos.

expansão da maquinaria a outros países da Europa, acompanhada de novos avanços tecnológicos que expressaram, entre outros, a descoberta da eletricidade, como força motriz, e de combustíveis derivados do petróleo. Essas duas ênfases correspondem a uma etapa importante do crescimento do Capitalismo industrial (OLIVEIRA, 1987). Esse fato histórico consolidou o sistema capitalista, baseado no capital e no trabalho assalariado, quando o trabalhador, em vez de produzir, passa a ser necessário apenas para regular e acionar a máquina (SINGER, 2001).

A Primeira Revolução Industrial introduziu a economia de mercado, que pressupôs a liberdade de os preços se auto-regularem. A utilização de máquinas especializadas em uma sociedade agrária produziu profundos efeitos (até então, agricultores e mercadores compravam e vendiam o produto da terra). A terra deixou de ser considerada um bem não-negociável, de natureza indissociável a uma família e sua tradição, passando a ser objeto de compra e venda o que se aplicou também ao trabalho humano. Esse processo originou a economia de mercado, “sistema econômico que é dirigido, controlado e regulado apenas por mercados, quando a ordem na produção e distribuição dos bens é confiada a esse mecanismo auto-regulável” (POLANYI, 2000, p. 89), que subordinou a substância da própria sociedade às leis de mercado.

A comunidade, como um todo, passou a depender de uma produção contínua para conseguir renda, emprego e provisões. Todas as rendas derivavam da venda de algum produto, daí provinha o sistema de mercado. Todos os fatores envolvidos na produção estavam à venda. Essa transformação implicou alteração motivacional da ação por parte dos membros da sociedade, que passou da motivação pela subsistência para a do lucro (POLANYI, 2000).

Na atualidade, a chamada “crise da modernidade” situa-se a partir de fatos históricos ocorridos no século XX, atrelada a aspectos políticos, econômicos, ideológicos, sociais e culturais do mesmo período, confirmando uma época de instabilidade e de crise. Esse século envolveu uma era de guerras, respaldadas por interesses econômicos e de hegemonia, de guerrilhas, de manifestações sociais, de ideologias incompatíveis e de declínio do Socialismo real que culminou, a partir da crise dos sistemas comunistas ocidentais (HOBBSAWN, 2003). De certa maneira, não é de se surpreender que a primeira metade do século XX tenha sido dedicada à guerra, pois a organização de exércitos se tornara o próprio modelo da sociedade civil, representado pela “militarização da sociedade” (tecida em forma de cadeia de

comando). Hoje, a militarização do tempo social se desintegra, fundamentando-se no fim do emprego vitalício, no desaparecimento das carreiras inteiramente dedicadas a uma única Instituição e no caráter incerto e de curto prazo, adquirido pelos programas de amparo e previdência (SENNETT, 2006).

As principais mudanças no mundo do trabalho estão ocorrendo como conseqüência das profundas “metamorfoses” que o capitalismo vem sofrendo, em escala mundial, tanto na sua estrutura produtiva quanto no universo de seus ideários, seus valores, etc. (ANTUNES, 2005b). Essas transformações apontam sinais de um quadro crítico, cujos traços mais evidentes, ressaltados por Antunes (2005b), foram:

- a) a queda da taxa de lucro, ocorrida, dentre outros elementos causais, pelo aumento do preço da força de trabalho (conquistado o pós-45) e pela intensificação das lutas sociais dos anos 60, que objetivavam o controle social da produção;
- b) o esgotamento do padrão de acumulação taylorista²/fordista³ (expressão mais fenomênica da crise estrutural do capital), causado pela incapacidade de responder à retração do consumo que se acentuava;
- c) a hipertrofia da esfera financeira, que desfrutava de relativa autonomia frente aos capitais produtivos;
- d) a maior concentração de capitais, graças às fusões entre as empresas monopolistas e oligopolistas;

² Taylorismo é o sistema de organização do trabalho baseado na separação das funções de concepção e planejamento das funções de execução, na fragmentação e na especialização das tarefas, no controle de tempos e movimentos e na remuneração por desempenho. É uma estratégia de gestão/organização do processo de trabalho; juntamente com o Fordismo, integra a Organização Científica do Trabalho. CATTANI, Antônio David. Taylorismo. In: CATTANI, Antônio David (Org.). **Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia**. 4. ed. rev. ampl. Porto Alegre: Vozes; UFRGS, 2002, p. 309-311.

³ Fordismo é um termo que se generalizou a partir da concepção de Gramsci, que o utiliza para caracterizar o sistema de produção e gestão empregado por Henry Ford em sua fábrica, a Ford Motor Co. Hoje se constitui em um modelo/ tipo de produção, baseado em inovações técnicas e organizacionais que se articulam, tendo em vista a produção e o consumo em massa. O processo de produção fordista fundamenta-se na linha de montagem acoplada à esteira rolante que evita o deslocamento dos trabalhadores e mantém um fluxo contínuo e progressivo das peças e partes. LARANJEIRA, Sônia M. G. Fordismo e Pós-fordismo. In: _____. (Org.). **Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia**. 4. ed. rev. ampl. Porto Alegre: Vozes; UFRGS, 2002, p. 123-127.

- e) a crise do *Welfare State*⁴ ou do “Estado de Bem-Estar Social” e de seus mecanismos de funcionamento;
- f) o incremento acentuado das privatizações, tendência generalizada às desregulamentações e à flexibilização do processo produtivo, dos mercados e da força de trabalho.

Em realidade, esse quadro crítico se introduziu como resultado da crise econômica da década de 70⁵, do século passado. Essa crise teve sua natureza e especificidade representadas pelo declínio do modelo fordista de acumulação e regulação social e pelo esgotamento do Estado de Bem-Estar (*Welfare State*), que constituiu o resultado de um longo processo de construção social para edificação de um conjunto de políticas sociais garantido pelo Estado, no intuito de prover a universalização da cobertura para a população como um todo e o alargamento do conceito de proteção social.

Portanto, ao contrário do que afirma a teoria neoliberal, a crise não é resultado da demasiada interferência do Estado, da estabilidade dos trabalhadores e das despesas sociais. O que ocorreu é que as políticas do Estado de Bem-Estar e os governos da social-democracia não conseguiram mudar uma estrutura de sociedade baseada em um modelo de desenvolvimento social fundado na concentração crescente de capital e na exclusão social. Desde então, há um rompimento dos compromissos das políticas macroeconômicas com o pleno emprego e com o processo de homogeneização social, estabelecidos no pós-guerra, quando se fragilizou o padrão de integração social, antes alcançado (FRIGOTTO, 2000; MARQUES, 1997; POCHMANN, 2000).

A crise do Fordismo é a mais recente manifestação da crise permanente do Capitalismo em sua incessante busca de acumulação de capital. E, como resposta a ela, iniciou-se um processo de reorganização do capital e de seu sistema ideológico e político de dominação, cujos contornos mais evidentes foram o advento do

⁴ O *Welfare State* foi instituído na Grã-Bretanha, em 1942, pelo plano Beveridge. Espalhou-se pela Europa e Estados Unidos, com vistas a impulsionar uma política econômica, uma vez que o pós-guerra, as práticas sociais e nacionais exigiam uma profunda transformação das leis e da própria definição de vida política. Tinha o propósito de garantir mínimos sociais, como saúde, educação, habitação, etc. (Para um estudo mais aprofundado sobre esse assunto, consultar: ROSANVALLON, Pierre. **A nova questão social: repensando o Estado Providência**. Brasília: Instituto Teotônio Vilela, 1998; PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

⁵ Para maiores informações sobre a crise dos anos 70 consultar: FRIGOTTO, Gaudêncio. **Educação e a crise do capitalismo real**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

Neoliberalismo, com a privatização do Estado, a desregulamentação dos direitos do trabalho e a desmontagem do setor produtivo estatal; a isso se seguiu, também, um intenso processo de reestruturação da produção e do trabalho, com vistas a dotar o capital do instrumental necessário para tentar retomar os patamares de expansão anteriores (ANTUNES, 2005b).

Abriu-se, a partir de então, um período de incertezas e de novos questionamentos do padrão sistêmico de integração social, primeiramente pelas propostas de políticas econômicas e sociais definidas pelos partidos conservadores e, posteriormente, pela própria aplicação dessas políticas. No final da década de 1970, o ataque conservador obteve sucesso, quando elegeu sucessivamente vários governos nos países desenvolvidos.

Com o fracasso dos governos de esquerda, durante os anos 1980, houve uma difusão da teoria neoliberal e de seus efeitos sociais nefastos. É importante lembrar que a utilização do prefixo “neo” se refere menos a uma nova corrente do Liberalismo e mais à aplicação, simplificada, dos preceitos liberais consagrados em um contexto histórico diverso daquele no qual foram formulados (qual seja, na contemporaneidade). Nessa perspectiva, o Neoliberalismo é uma corrente teórica, que nasceu logo após a II Guerra Mundial, na região da Europa e da América do Norte, onde imperava o Capitalismo. Tornou-se uma reação teórica e política contra o Estado intervencionista e de Bem-Estar, tendo como texto de origem: “O Caminho da Servidão”, de Friedrich Hayek, escrito em 1944. Foi uma oposição predominante às políticas estatizantes de influência socialista e às políticas social-democráticas de influência Keynesiana. Da década de 30 até a década de 70 do século passado, a produção teórica neoliberal ficou restrita aos muros das academias e das Instituições de pesquisa (HOLANDA, 1998; ANDERSON, 2000).

No início dos anos 1970, com a eleição de Margaret Thatcher, na Inglaterra, e Ronald Reagan, nos Estados Unidos, o Neoliberalismo chegou ao poder começando uma campanha em busca da hegemonia ideológica no mundo. A crise do petróleo de 1973, seguida pela onda inflacionária que surpreendeu os Estados de Bem-Estar Social e o fim da padrão dólar-ouro, o Liberalismo gradativamente voltou à cena, com a alcunha de Neoliberalismo.

As raízes da crise, afirmava Hayek e sua equipe, estavam localizadas no poder excessivo dos sindicatos e, de maneira geral, do movimento operário, que, segundo eles, havia corroído as bases de acumulação capitalista com suas pressões

reivindicativas sobre salários e aumento dos gastos sociais por parte do Estado. Para eles, a solução seria manter um Estado forte em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas (HOLANDA, 1998; ANDERSON, 2000).

Com a simbólica queda do Muro de Berlim (no ano de 1989) e com a extinção da União Soviética, os neoliberais anunciaram a vitória definitiva da economia de mercado, que significava a conjunção do Liberalismo econômico com o Liberalismo político. A partir de então, culminou o investimento de políticas neoliberais sendo aplicadas nos próprios países ex-socialistas (ditos de socialismo real) (POCHMANN, 2000).

Desde o século XIX quando Karl Marx fazia suas considerações sobre o Capitalismo, a instabilidade aparece como a sua única constante. As inconstâncias dos mercados, o movimento apressado dos investidores, a súbita ascensão, o colapso e o movimento das fábricas, a migração em massa dos trabalhadores em busca de melhores empregos ou de qualquer emprego permearam o século XIX e foram evocadas no século XX. Atualmente, a economia moderna parece repleta apenas dessa energia instável, em decorrência da disseminação global da produção, dos mercados e das finanças e do advento de novas tecnologias. Talvez o “novo” mais passível de discussão seja a globalização (SENNETT, 2006).

A história dos capitalismo nacionais estava profundamente imbricada à história geral de cada país. Hoje em dia já não é mais assim, porque as únicas Instituições hegemônicas em nível mundial, os bancos e, sobretudo o Fundo Monetário Internacional ou a Organização Mundial do Comércio, procuram impor uma lógica econômica aos Estados e não objetivos sociais e políticos aos atores econômicos (TOURAINÉ, 2006).

As identidades de trabalho se desgastam, exaurem-se, quando as organizações estão sempre sendo reinventadas. Grande parte dos processos corporativos de reestruturação têm exatamente o caráter de uma “paixão auto-consumptiva”⁶ em ação,

⁶ Termo usado por Richard Sennett em sua discussão, no livro: A cultura do Novo Capitalismo. Uma paixão auto-consumptiva evidencia, hoje, o reforço pela economia, tanto nos *shopping centers* quanto na política do consumo. Tem a ver com o próprio significado da palavra consumo, ou seja, envolve desejos materiais que se extinguem uma vez consumados.

particularmente na busca de “sinergias⁷” prospectivas nos processos de fusão de empresas. Uma vez efetuada a aliança entre as empresas e remanejadas as equipes, a busca da sinergia esmorece. O tipo de ser humano capaz de prosperar em condições sociais instáveis e fragmentárias deverá enfrentar três desafios: o primeiro diz respeito ao tempo: como cuidar de relações de curto prazo e de si mesmo, e, ao mesmo tempo, estar sempre migrando de uma tarefa para outra, de um emprego para outro, de um lugar para outro, quando as organizações já não proporcionam um contexto de longo prazo (SENNETT, 2006).

O segundo diz respeito ao talento: como desenvolver novas capacitações, como descobrir capacidades potenciais, à medida que vão mudando as exigências da realidade. Em termos práticos, na economia moderna, a vida útil de muitas capacitações é curta; na tecnologia e nas ciências, assim como em formas mais avançadas de manufaturas, os trabalhadores precisam se “reciclar”. O terceiro desafio leva em consideração a capacidade de abrir mão e deixar o passado para trás. É uma “personalidade” que mais se assemelha à do consumidor, sempre ávido de novidades, descartando bens antigos, embora ainda perfeitamente úteis, do que à do proprietário muito zeloso daquilo que possui.

Este modelo de sociedade busca o homem ou a mulher ideal, ou seja, o trabalhador e a trabalhadora ideal. E, ao avaliá-los, procura uma “individualidade voltada para o curto prazo, preocupada com as habilidades potenciais e disposta a abrir mão das experiências passadas” (SENNETT, 2006. p. 14).

Sennett (2006) destaca que essas características não são nada comuns em seres humanos, visto que a maioria das pessoas não tem este perfil, precisando de uma narrativa contínua em suas vidas, orgulhando-se de sua capacitação em algo específico e valorizando as experiências por que passou. Além disso, existe uma nova forma de trabalhar que institui a “casualização” da força de trabalho, ou seja, estabelece como uma das prioridades nas organizações os contratos de curto prazo (trabalho temporário ou terceirizado). Desse modo, o ideal cultural necessário nas novas organizações traz malefícios a muitos dos que nelas vivem.

⁷ Sinergia é somar multiplicando. Todas as energias se unindo em direção ao mesmo alvo, gerando um todo maior que a soma das partes. O nome sinergia representa, no âmbito da gestão estratégica, a soma dos esforços de membros de uma equipe. Dessa forma, o resultado é superior àquele obtido pelo indivíduo, se atuasse isoladamente. Aplica-se, portanto, essa teoria às pessoas, de forma geral, nas relações sociais, profissionais, institucionais. RIBEIRO, Lair. **O sucesso não ocorre por acaso**. Belo Horizonte: Leitura, 2002.

Neste contexto, mais grave que o desemprego é a vulnerabilidade do trabalho, sua precarização e submissão à ordem do mercado, porque gera trabalhadores excedentes, que são considerados, nas palavras de Castel et al. (2000), “supranuméricos” ou “sobrantes” invalidados pela conjuntura.

Em realidade, a década de 80 do século passado, presenciou, nos países capitalistas, profundas modificações no mundo, nas suas formas de inserção na estrutura produtiva, nas formas de representação sindical e política. Foram tão intensas essas modificações, que se pode afirmar que a classe-que-vive-do-trabalho⁸ sofreu a mais aguda crise do século, que atingiu não só a sua materialidade, mas teve profundas repercussões na sua subjetividade e, no íntimo inter-relacionamento desses níveis, afetou a sua forma de ser (ANTUNES, 2005a).

Os processos produtivos fordista e taylorista mesclaram-se com outros (neofordismo, neotaylorismo, pós-fordismo). Novos processos de trabalho emergem, sendo substituídos pela flexibilização da produção e especialização, por novos padrões de busca de produtividade, por novas formas de adequação da produção à lógica do mercado. Buscam-se novos padrões de gestão da força de trabalho, o toyotismo penetra, mescla-se ou mesmo substitui o padrão fordista dominante.

Antunes (2005b) afirma que se vivem formas transitórias de produção, cujos desdobramentos são também agudos, no que diz respeito aos direitos do trabalho. Direitos e conquistas históricas dos trabalhadores são substituídos e eliminados do mundo da produção; são desregulamentados, flexibilizados, de modo a dotar o capital do instrumental necessário para adequar-se a sua nova fase.

A especialização flexível é o novo paradigma produtivo que expressa um modelo que recusa a produção em massa, típico da grande indústria fordista, pois para atender às exigências mais individualizadas de mercado, no melhor tempo e com melhor “qualidade”, é preciso que a produção se sustente em um processo

⁸ Termo trazido para a discussão por ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 5. ed. São Paulo: Bomtempo, 2005b, que dá validade contemporânea ao conceito marxiano de classe trabalhadora. Tem o propósito de dar contemporaneidade e amplitude ao ser social que trabalha, à classe trabalhadora, hoje, apreender sua efetividade, sua processualidade e concretude. A classe-que-vive-do-trabalho inclui a totalidade daqueles que vendem sua força de trabalho, tendo como núcleo central os trabalhadores produtivos (no sentido dado por Marx). Ela não se restringe ao trabalho manual direto, mas incorpora a totalidade do trabalho social, a totalidade do trabalho coletivo assalariado, ou seja, abarca as formas de trabalho que são produtivas que produzem mais-valia, mas que não são diretamente manuais. A classe-que-vive-do-trabalho engloba aqueles cujas formas de trabalho são utilizadas como serviço, os trabalhadores improdutivos.

produtivo flexível, que permita ao trabalhador operar com várias máquinas; é a chamada polivalência do trabalhador (ANTUNES, 2005b).

Do mesmo modo, o trabalho passa a ser realizado em equipe, rompendo com o caráter parcelar típico do padrão fordista. Isso significa que, além da flexibilidade do aparato produtivo, é preciso também a flexibilização da organização do trabalho. Outro ponto do Toyotismo é que, para a efetiva flexibilização do aparato produtivo, é também necessária a flexibilização dos trabalhadores. Direitos flexíveis, de modo a dispor dessa força de trabalho em função direta das necessidades do mercado consumidor. O modelo produtivo se estrutura a partir de um número mínimo de trabalhadores, a quem são exigidas horas extras e propostos trabalhos temporários ou subcontratados.

Com as idéias difundidas a partir do Consenso de Washington,⁹ passou-se a admitir abertamente a tese da falência do Estado - visto como incapaz de formular política macroeconômica - e a conveniência de se transferir essa responsabilidade a organismos internacionais, tidos por definição como agentes independentes e desinteressados, aos quais se deveria recorrer como sócios. A partir de então, houve um retorno aos pilares do Liberalismo¹⁰, o que explica a força e a difusão da

⁹ O chamado Consenso de Washington teve formato acadêmico e sem caráter deliberativo. Mesmo sendo de natureza informal, revestiu-se de significação simbólica. Recomendou a inserção internacional dos países da América Latina por meio da revalorização da agricultura de exportação (produtos primários), o que acarretaria a inversão de seus processos de industrialização. Essas reformas incluíram propostas de reformas econômicas nesses países, discutidas em novembro de 1989, quando se reuniram na capital dos EUA funcionários do governo norte-americano e dos organismos financeiros internacionais ali aliados (FMI, Banco Mundial e BIRD). BATISTA, Paulo Nogueira. O Consenso de Washington: a visão neoliberal dos problemas Latino-americanos. In: **Em defesa do Interesse Nacional: desinformação e alienação do patrimônio público**. São Paulo: Paz e Terra, 1994.

¹⁰ Ideologia que avalia a organização de uma sociedade, levando em consideração a relação entre as contribuições e as retribuições que se acham instituídas entre os indivíduos, ou seja, é uma ideologia que avalia a qualidade de uma organização social do ponto de vista da extensão do campo que ela concede à iniciativa e à autonomia individuais. Para os liberais, o Estado deve abster-se de colocar seu braço secular à disposição de uma ortodoxia (fundamentos tradicionais religiosos ou de qualquer outra doutrina) (BOUDON e BOURRICAUD, 1993). Do ponto de vista da Filosofia Política, o Liberalismo busca fundamentação no conceito de liberdade. Para maiores informações se sugere a consulta a HOLANDA, Francisco Uribam Xavier de. **Do Liberalismo ao neo-liberalismo: o itinerário de uma cosmovisão impenitente**. Porto Alegre: Edipucrs, 1998. 82p. (Coleção Filosofia; n. 75).

idéia de globalização¹¹ que impera incontestemente no discurso das elites mundiais, seja como diagnóstico, seja como “utopia possível” do desenvolvimento capitalista.

Em geral estão ocultas pela sua ideologia econômica as relações assimétricas de poder e dominação presentes na sua origem e que explicam a sua expansão e a sua originalidade financeira. Esse movimento de internacionalização, após 1990, incorpora ao mundo das finanças não-regulamentadas e globalizadas “os mercados emergentes” do ex-mundo socialista e da América Latina. Para estes últimos, a proposta de modernização incluiu um processo de reformas econômicas, cujo objetivo revela a prevalência e a inclinação de subordinar o político ao econômico, ou seja, a democracia à economia de mercado (BATISTA, 1994; FIORI, 1998).

A rigidez fiscal, a privatização e a liberação de mercado formam os três pilares das recomendações desse consenso. O impacto sobre o emprego talvez tenha sido o principal argumento utilizado, tanto a favor da privatização, quanto contra ela. Seus defensores a proclamam como um meio possível de identificação de funcionários improdutivos, e seus críticos alegam que os cortes de emprego acontecem sem nenhuma preocupação com os custos sociais (STIGLITZ, 2003).

Este autor destaca também que em muitas situações, os benefícios da globalização, como por exemplo, a expansão da ciência e tecnologia no mundo inteiro e a aplicação destas em diferentes Áreas, sobretudo, no trabalho e na Área da Saúde, têm sido menores do que seus defensores divulgam, e o preço pago tem sido elevado. A contradição da promessa da globalização se revela quando o meio ambiente é destruído, quando muitas pessoas não possuem acesso à alta complexidade tecnológica médica ou são excluídos do mercado de trabalho por não conhecerem e/ou dominarem o aparato informacional, e quando os processos políticos são corrompidos.

¹¹ A chamada globalização pelos norte-americanos, “terceira revolução tecnológica” ou ainda, mundialização, como denominam os franceses, é um amplo processo de relações e estruturas sociais, econômicas, políticas e culturais, que invade nações e continentes. Por meio dela, as diferentes regiões do mundo estão redefinindo as relações internacionais, não só nos campos da troca, do comércio e das comunicações, mas também nos campos das idéias e dos ideais interativos. Sustenta a concentração, e reprodução ampliada do capital, calcadas em um intenso e generalizado processo de globalização dos mercados nacionais de capitais no âmbito de um mercado cada vez mais mundial. Além das novidades de consumo, o mundo globalizado está trazendo a quebra de empresas, corte de postos de trabalho e crises financeiras. Portanto, está influenciando diretamente o horizonte do indivíduo, porque envolve outros e novos modos de viver, trabalhar, agir, sentir, pensar, sonhar e imaginar a vida em uma sociedade. IANNI, Octavio. **A sociedade global**. 10. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002; SINGER, Paul. **Globalização e desemprego: diagnóstico e alternativas**. São Paulo: Contexto, 1998.

Além de o ritmo acelerado das mudanças não ter propiciado aos países tempo suficiente para uma adaptação cultural, as crises, que foram acompanhadas pelo desemprego em massa, têm sido seguidas por problemas de desintegração social de mais longo prazo, desde a violência urbana, na América Latina, até conflitos étnicos em outras Regiões do mundo.

Em realidade, com a desintegração do bloco socialista e o fim da União Soviética, no fim da década de 1980 e início da década de 1990, os países capitalistas centrais deixaram de se preocupar com a Guerra Fria e com o comunismo¹². Voltaram-se para a construção de uma guerra comercial pelo controle dos principais mercados consumidores do planeta. O que se observa hoje é um aumento das tensões e disputas entre os próprios países capitalistas, que antes estavam unidos na luta contra a União Soviética (PRAXEDES; PILETTI, 2003).

Uma ruptura abrupta nos investimentos na globalização econômica ocorreu nos anos 2000, quando em 11 de setembro de 2001 os símbolos do poder econômico e militar dos Estados Unidos da América - as torres gêmeas do *World Trade Center* em Nova York e o Pentágono, em Washington, - são atacados por terroristas que chocaram aviões sobre estas localidades, liderados por Osama Bin Laden e a rede al-Qaeda do Afeganistão (TOURAINÉ, 2006). Os Estados Unidos, que após a derrocada da União Soviética dominavam a cena política mundial,

¹² Esta palavra teve origem nas sociedades secretas revolucionárias atuantes na cidade de Paris em meados da década de 1830. Durante a segunda metade do século XIX, os termos Socialismo e Comunismo passaram a ser usados geralmente como sinônimos na designação do movimento da classe trabalhadora, embora o primeiro fosse muito mais usado. Tem dois sentidos diferentes, mas relacionados: como um movimento político da classe operária atuante na sociedade capitalista, quando se destacam prevalência dos interesses comuns, independentes da nacionalidade, de todo o proletariado (classe dos trabalhadores assalariados modernos, que, não tendo meios de produção próprios são obrigados a vender sua força de trabalho para sobreviver). BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001; MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto do partido comunista**. Trad. Marco Aurélio Nogueira; Lendro Konder. 9 ed. Petrópolis: Vozes, 1999, e como forma de sociedade que a classe trabalhadora criaria por meio de sua luta. No segundo sentido, Marx afirmava que o Comunismo “é a eliminação positiva da propriedade privada como auto-alienação humana e, desta forma, a real apropriação da essência humana pelo e para o homem. É, deste modo, o retorno do homem a si mesmo como ser social, ou melhor, verdadeiramente humano, retorno esse integral, consciente, que assimila toda a riqueza do desenvolvimento anterior” MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã**. São Paulo: Martins Fontes, 2002. Nesse sentido, “O comunismo não priva ninguém do poder de se apropriar dos produtos sociais; o que faz é eliminar o poder de subjugar o trabalho alheio por meio dessa apropriação” (MARX, 1999. p. 82). Durante grande parte do século XX, o comunismo soviético proclamou-se um sistema alternativo e superior ao Capitalismo, e destinado pela história a triunfar sobre ele. A política internacional de todo o “Breve Século XX” após a Revolução de Outubro pode ser mais bem entendida como uma luta secular de forças da velha ordem contra a revolução social, representada nos destinos da União Soviética e do Comunismo Internacional. HOBBSAWM, Eric. **Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991**. Trad. por Marcos Santarrita. Revisão técnica: Maria Célia Paoli. 2. ed. 27. reimpr. São Paulo: Companhia das Letras; Schwarcz, 2003.

ênfatizando a globalização econômica, as novas tecnologias, foram surpreendidos por uma forma de reação (violenta) a seu poderio político e econômico.

Para os Estados Unidos da América e para os demais países capitalistas hegemônicos a questão de fundo para manterem seus poderes político e econômico é a supremacia do capital e a exploração do trabalho em si, que exacerba as expressões da Questão Social, apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista, que, sendo desigualdade, é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam essas desigualdades e a elas resistem e se opõem. Tem uma raiz comum: “a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (IAMAMOTO, 1999. p. 27).

Atualmente a Questão Social, circunscrita no âmbito do Capitalismo, se apresenta com novas roupagens, mediatizadas pelo processo de globalização da produção, da política e da cultura, sob a hegemonia do capital financeiro (IAMAMOTO, 1999). Saliêta-se que as refrações da Questão Social se dimensionam, basicamente, a partir da produção e distribuição de riquezas. Traduzem-se pela erosão dos sistemas de proteção social, pela vulnerabilidade das relações sociais e pelo questionamento da intervenção estatal. O núcleo da Questão Social são as desigualdades e injustiças que se estruturam na realidade, ocasionadas pelas profundas assimetrias nas relações sociais, expressas principalmente pela concentração de poder e de riqueza em certos setores e classes sociais (CASTEL et. al., 2000).

É bem verdade que a desigualdade e a injustiça nas relações sociais e, particularmente nas relações de trabalho, se perpetuam, pois como a concorrência no comércio internacional é muito intensa, os grandes empresários procuraram criar regiões protegidas, dificultando a entrada de produtos de empresas de outros países ou regiões. Promove-se a formação de blocos econômicos regionais de comércio como uma tentativa para aumentar a segurança dos empresários que atuam no bloco, contra a concorrência de empresas de outros países ou blocos. Aqui o foco é a economia, a competitividade entre as empresas, não entrando em discussão as condições de trabalho necessárias que os trabalhadores deverão ter para produzir o produto.

O passo inicial para a formação de blocos econômicos foi dado pela Europa Ocidental, que teve a finalidade de se proteger da concorrência externa representada pelas empresas norte-americanas e japonesas. A partir de então,

outros países organizaram blocos econômicos regionais, igualmente preocupados com a proteção de seus interesses econômicos. Podem-se citar como ilustração, quatro blocos econômicos importantes, em diferentes estágios de formação e atuação: União Européia, *North American Free Trade Agreement* (Acordo Norte-Americano de Livre Comércio) - Nafta, Mercado Comum do Sul - Mercosul e bloco asiático (PRAXEDES; PILETTI, 2003). Para fins deste trabalho científico, centrar-se-á uma discussão mais minuciosa sobre o bloco econômico do Mercosul.

2.1.1 Integração na América Latina: o Mercosul na era da globalização

2.1.1.1 Antecedentes

O Mercosul emerge de uma série de acordos iniciados em 1947 com o Tratado Interamericano de Ajuda Recíproca. Desde o início, o movimento de integração latino-americano enfrentou inúmeras dificuldades. Entre essas, podem-se apontar a dívida externa, os processos de ditaduras desenvolvidos em alguns dos seus mais importantes países e a falta de vontade política dos principais atores do processo iniciado pelos organismos regionais como a Associação Latino-Americana de Livre Comércio (ALALC), instituída por meio da assinatura do Tratado de Montevidéu, de 1960 (RIBEIRO; VASCONCELLOS, 1996; JAEGER JÚNIOR, 2002).

A ALALC foi a principal expressão da primeira geração de esquemas de integração da América; todavia, o enfoque inadequado à realidade latino-americana, o registro de uma fase de estancamento do programa de liberação dos intercâmbios e dos mecanismos de negociações anuais, a falta de vontade política dos Estados-partes, o surgimento de novas alternativas integracionistas, o reconhecimento da impossibilidade do atingimento da zona de livre comércio no prazo previsto inicialmente e o fato de o Tratado não ter contemplado a criação de Instituições e Órgãos de natureza supranacional fez com que os negócios fossem suspensos. No que se refere à livre circulação de pessoas, o que houve de palpável durante a existência da ALALC foi tão somente a migração internacional comum. Pode-se

concluir, desse modo, que a livre circulação de trabalhadores na Associação tratada não era o objetivo desse processo.

Esta situação começou a mudar quando a Associação Latino-Americana de Integração (ALADI) substituiu a Associação Latino-Americana de Livre Comércio, por meio da assinatura do Tratado de Montevideu, de 1980. O objetivo a ser alcançado a longo prazo foi o estabelecimento, em forma gradual e progressiva, de um mercado comum latino-americano, por meio de uma área de preferências econômicas (RIBEIRO; VASCONCELLOS, 1996; JAEGER JÚNIOR, 2002).

Tanto a ALALC como a ALADI careciam de um objetivo além do econômico. A gradual instalação de regimes ditatoriais no Continente, somados aos fatos, anteriormente referenciados, que contribuíram para o fracasso da ALALC, que permaneceram, anunciando o também fracasso da ALADI, impediram o atingimento da fase de mercado comum, quando a livre circulação de trabalhadores seria intrínseca e deveria estar conformada.

O Pacto Andino foi o único processo integracionista da América Latina a prever a criação de um tribunal supranacional e foi a experiência tecnicamente mais bem preparada, até então, para alcançar um mercado comum pleno. Como esse bloco econômico regional também não atingiu a fase de mercado comum, não teve contempladas as liberdades inerentes, entre elas a livre circulação de trabalhadores entre os Estados-membros.

O primeiro Tratado de integração entre Brasil e Argentina decorreu da necessidade de aproximação econômica, que demarcou o estabelecimento de uma nova forma de relacionamento, em que se tentou afastar o egoísmo, a rivalidade, a busca pela hegemonia do Continente e o sentimento de desconfiança recíproca, que imperavam por décadas. Com a “democracia” voltando a se fazer presente, iniciaram-se as primeiras possibilidades de integração bilateral que viriam a resultar, posteriormente, no Mercosul (RIBEIRO; VASCONCELLOS, 1996; JAEGER JÚNIOR, 2002).

Para tanto, em 1986 ocorreu a assinatura da Ata para a Integração Brasil-Argentina e, no ano de 1988, foi assinado o Tratado de Integração, Cooperação e Desenvolvimento entre Brasil e Argentina, cujo mérito se deve ao fato de ter buscado instituir um espaço econômico comum, com a eliminação de todas as restrições tarifárias e não-tarifárias ao comércio de bens e Serviços.

2.1.1.2 Processo de integração e Mercosul

Atualmente, pode-se falar em dois tipos de integração na Economia moderna: a integração internacional e a integração regional. O primeiro termo é mais genérico, empregado usualmente para descrever características e tendências da Economia capitalista global, impulsionada pela integração e pela interdependência. Diferentemente, a integração regional deriva de acordos políticos entre países geograficamente próximos, com vistas à obtenção das vantagens típicas do processo político e econômico (JAEGER JÚNIOR, 2002).

Com a globalização da Economia e da sociedade, baseada na expansão sem precedentes do Capitalismo e dirigida pelo crescente domínio das corporações transnacionais, está ocorrendo o desenvolvimento de uma nova ordem mundial, que apresenta, dentre outras características principais, a formação de grandes blocos econômicos regionais.

Engendrada às primeiras iniciativas integracionistas ocorridas na América Latina, no processo de globalização, nas medidas econômicas neoliberais, e inspirada no desenvolvimento do Bloco Econômico da União Européia, promove-se a integração econômica do Cone Sul. O Tratado de Assunção, instituído em 26 de março de 1991, na cidade de Assunção, Paraguai, registrou a decisão de Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai ampliarem as dimensões de seus mercados nacionais, como forma de acelerar seus processos de desenvolvimento econômico com justiça social. A integração econômica emerge do Tratado de Assunção como opção preferencial dos quatro países para alcançar uma melhor inserção na ordem econômica internacional, crescentemente marcada pelos fenômenos da globalização e da regionalização (FIGUEIRAS, 1996; PRAXEDES; PILETTI, 2003).

Já em sua fase inicial, o Mercosul despertou mais interesse nos empresários do Estado do Rio Grande do Sul do que nos das demais regiões do Brasil. Isto porque a fronteira deste Estado com os países vizinhos (Argentina e Uruguai) abrange o dobro da extensão que o separa do restante do Brasil, e para alcançar o Paraguai, basta atravessar uma estreita faixa de 100 Km de território argentino. O Rio Grande do Sul tem um papel importante no Mercosul: de periferia, ele se tornou centro. De ser uma fronteira longínqua do Brasil, na interação com os países vizinhos da América Latina, ele pouco a pouco vai se transformando em centro. Há

algum tempo foi usada como *slogan* a expressão “Rio Grande da América Latina”, como um conceito em que uma região externa, periférica, torna-se central (CASTELLO et. al. 1995).

As palavras do poeta argentino José Hernández, em uma estrofe de *La Vuelta de Martín Fierro*¹³, talvez possam simbolizar a necessidade dessa união dos países latino-americanos na fase atual do capitalismo:

Los hermanos sean unidos. Porque ésa la ley primera. Tengan unión verdadera. En cualquier tiempo que sea. Porque si entre ellos pelean.

Los devoran los de afuera.

Fica clara a busca pela competitividade internacional, expressa na procura de novos padrões de produtividade e novas formas de adequação da produção à lógica de mercado, ou seja, a disputa pelos mercados. Daí o objetivo final do Tratado de Assunção, reafirmado pelo Protocolo de Ouro Preto, de 17 de dezembro de 1994, ser a constituição de um Mercado Comum entre seus quatros Estados signatários. A conformação do Mercosul, no entanto, pressupõe a plena consolidação das etapas de Zona de Livre Comércio e de União Aduaneira, as quais antecedem, necessariamente, a etapa de Mercado Comum (FIGUEIRAS, 1996; PRAXEDES; PILETTI, 2003).

Durante o Período de Transição, que se estendeu, da assinatura do Tratado de Assunção, até o dia 31 de dezembro de 1994, a prioridade negociadora esteve atribuída aos esforços com vistas à implementação da Zona de Livre Comércio e da União Aduaneira do Mercosul a partir de primeiro de janeiro de 1995. Uma vez iniciado o denominado Período de Consolidação da União Aduaneira, que se estenderia de 1995 a 2005, a prioridade negociadora passou a recair na implementação dos instrumentos de política comercial comum, acordados durante o Período de Transição, e na elaboração do quadro normativo complementar necessário ao adequado funcionamento da União Aduaneira.

A estrutura organizacional do Mercosul passou por mudanças significativas, desde sua forma original, adstrita ao Tratado de Assunção até o Protocolo de Ouro Preto, firmado em dezembro de 1994. Na origem, existiam 10 subgrupos, expressamente voltados para as questões de comércio e harmonização de políticas fiscais e de investimentos: 1) assuntos comerciais, 2) assuntos aduaneiros, 3)

¹³ HERNÁNDEZ, José. **La Vuelta de Martín Fierro**. Disponível em: <<http://www.biblioteca.org.ar>>. Acesso em: 22 jan. 2006

normas técnicas, 4) políticas fiscais e monetárias relacionadas ao comércio, 5) transporte terrestre, 6) transporte marítimo, 7) política industrial e tecnológica, 8) política agrícola, 9) política energética e 10) coordenação de políticas macroeconômicas.

Atualmente, o Mercosul tem cinco países sócios, além dos quatro países-membros que iniciaram o bloco econômico; acresce-se a Venezuela, em julho de 2006. Possui uma estrutura orgânica intergovernamental, estabelecida pelo Protocolo de Ouro Preto. Possui uma presidência exercida por um sistema de rotação semestral, sendo que as decisões tomadas se dão sempre por consenso. Os órgãos que têm poder decisório ou de decisão neste bloco econômico são: o Conselho do Mercado Comum (CMC), o Grupo Mercado Comum (GMC) e o Fórum de Consulta e Combinação Política (FCCP) (órgão auxiliar do CMC, cujo objetivo é ampliar e sistematizar a cooperação política entre os Estados-Partes) (TRATADO DE ASSUNÇÃO, 1991; CASTRO, 2006).

Merecem destaque, para fins de explanação posterior do direito à saúde do trabalhador, a divisão de Reuniões de Ministros e a estrutura do Grupo Mercado Comum (GMC). A Reunião de Ministros se subdivide em: Reunião de Ministros da Agricultura (RMA); Reunião de Ministros da Cultura (RMC); Reunião de Ministros de Economia e Presidentes de Bancos Centrais (RMEPBC); Reunião de Ministros da Educação (RME); Reunião de Ministros da Indústria (RMIND); Reunião de Ministros do Interior (RMI); Reunião de Ministros de Justiça (RMJ); Reunião dos Ministros de Minério e Energia (RMME); Reunião de Ministros da Saúde (RMS); Reunião de Ministros do Trabalho (RMTB); Reunião de Ministros dos Transportes (RMT); Reunião de Ministros e Autoridades de Desenvolvimento Social (RMADS) (CASTRO, 2006).

A estrutura do Grupo Mercado Comum (GMC) é representada pelos subgrupos de trabalho: SGT-1 - Comunicações; SGT-2 - Aspectos Institucionais; SGT-3 - Regulamentos Técnicos e Avaliação de Conformidade; SGT-4 - Assuntos Financeiros; SGT-5 - Transportes; SGT-6 - Meio Ambiente; SGT-7 - Indústria; SGT-8 - Agricultura; SGT-9 - Energia e Minério; SGT-10 - Relações Trabalhistas, Emprego e Seguridade Social; SGT-11 - Saúde; SGT-12 - inversões (mudanças); SGT-13 - Comércio Eletrônico; SGT-14 - Seguimento da Conjuntura Econômica e Comercial; Grupo de Serviços (GS); Comissão Sócio-Laboral do Mercosul (CSLM) - único órgão tripartite do Mercosul (CASTRO, 2006).

As regras que definem as diretrizes do Mercosul são os instrumentos que envolvem os cinco países. Esboçam-se as fases de integração econômica regional: Zona de Livre Comércio, União Aduaneira, Mercado Comum, União Econômica e Monetária e Integração Econômica Total. A maioria dos organismos de integração escolhe uma dessas formas como seu objetivo final. Dessa maneira, convém abordarem-se noções dessas fases (FIGUEIRAS, 1996; JÚNIOR, 2002; PRAXEDES; PILETTI, 2003).

a) Zona de livre comércio

É a redução ao máximo, por meio de um acordo, dos obstáculos tarifários e não-tarifários às exportações e importações comerciais dos produtos originários dos Estados-membros. O Tratado de Assunção já previa isso, e criou um sistema de redução gradual dos impostos aplicados ao comércio entre os quatro países. Hoje em dia, praticamente todos os bens produzidos pelos sócios do Mercosul já são comercializados sem pagamento de impostos.

No que concerne ao progressivo processo econômico de integração, o Mercosul se encontra em uma situação de transição: entre uma Zona de Livre Comércio inacabada, e os primeiros passos para o estabelecimento de uma União Aduaneira frente a terceiros países.

b) União aduaneira

As negociações do Mercosul definem que os cinco países deverão fazer negócios com outras nações cobrando o mesmo imposto de importação sobre os produtos comercializados. Isso evita que haja competição entre eles, com prejuízo de uns e outros. Esse imposto ou Tarifa Externa Comum (TEC), já é hoje aplicado a quase todos os produtos importados pelos sócios. Para que o comércio entre os cinco sócios cresça é preciso organizar as atividades aduaneiras (de alfândega) desses países (Coordenação Aduaneira), que são todos aqueles controles feitos sobre produtos (ou malas de viagem) nas fronteiras.

c) Trânsito livre

Hoje, já se pode atravessar a fronteira entre os países do Mercosul apresentando a carteira de identidade. Para ir a outros países, no entanto, ainda é preciso ter um passaporte, e, às vezes, até pedir um “visto” (que é uma autorização do governo de um país para que se possa ir visitá-lo).

d) Mercado comum

Requer a liberação não apenas da circulação de mercadorias, mas também de todos os demais fatores de produção, ou seja, as pessoas, os Serviços e os capitais, para os quais, a partir de então, não existam impedimentos para a entrada e saída no interior de cada Estado-membro da integração. É o momento apropriado para a transposição de barreiras físicas, jurídicas, além dos aspectos socio-históricos, que obstam a livre circulação, principalmente as referentes à questão da migração da força de trabalho. É a fase do processo de integração que prevê a livre circulação como meta principal.

O Mercado Comum também implica coordenação de políticas macroeconômicas, além de outras políticas e medidas, como a harmonização legislativa. Em outros termos, essa fase consolida a integração plena entre os parceiros estatais envolvidos. Essa última fase prevista no processo de integração do Mercosul exige a regulamentação de diversos assuntos necessários para seu pleno funcionamento. Primeiramente, deverão ser delimitadas as categorias de trabalhadores, às quais será possibilitada a livre circulação. O passo seguinte é o estabelecimento de normas que permitam o ingresso e a permanência desses trabalhadores no País de acolhida e as condições em que devem prestar o trabalho.

A Livre circulação de trabalhadores seria uma decorrência do estabelecimento de um Mercado Comum pleno. Já é discutida a possibilidade de os cidadãos de um país poderem trabalhar em outro. Hoje isso é proibido na maioria das regiões de fronteira, especialmente na do Estado do Rio Grande do Sul com a Argentina e o Uruguai, a não ser que a pessoa se torne cidadã (se naturalize) no outro país. As primeiras negociações para isso já começaram, mas ainda não há um acordo entre os Estados-partes (FIGUEIRAS, 1996; JÚNIOR, 2002; PRAXEDES; PILETTI, 2003).

Em realidade, a organização de um Mercado Comum no Cone Sul da América, ou seja, a formação de um bloco econômico na região se tornou uma exigência do Sistema Capitalista de Produção sob o prisma da globalização. Vista dentro dessa nova ordem mundial, a formação do Mercosul trará desfechos importantes para as empresas e os consumidores dos cinco países envolvidos. Entre esses desenlaces se podem evidenciar os seguintes, de acordo com Praxedes e Piletti (2003):

- a) as empresas do bloco poderão associar-se para a troca de conhecimentos sobre tecnologia de produção mais avançada, em busca de maior produtividade, melhor qualidade e menor preço. Dessa forma, poderão voltar a concorrer no mercado internacional;
- b) as empresas terão a possibilidade de atender a um mercado consumidor muito maior. Afinal, cinco países unificarão suas economias, o que permitirá que os produtos cheguem aos consumidores sem pagamento de tarifas de importação;
- c) as mercadorias produzidas em um país poderão chegar de forma mais rápida aos consumidores dos outros;
- d) as pessoas poderão se deslocar de um país a outro para trabalhar. Com isso, os trabalhadores de um país concorrerão com os desempregados dos outros, que migrarão em busca de novas oportunidades profissionais.

Entretanto, o Mercosul é um bloco econômico de economias periféricas e subordinadas aos países centrais, formado em um quadro histórico distinto dos demais blocos econômicos, porque se estruturou como parte do ajuste estrutural de caráter neoliberal. Diante deste fato, não é de se surpreender que mesmo a economia mais forte deste bloco, a brasileira, dificilmente tem condições de exercer o papel dinamizador que, por exemplo, os Estados Unidos da América (EUA), a Alemanha ou o Japão têm em suas regiões. Portanto, a dinâmica interna do Mercosul depende muito mais de suas articulações com as economias exteriores, do que da relação estabelecidas entre seus países-membros. Isto gera uma tensão, uma vez que o processo de integração em decorrência tende ao disputar continuamente a relação de cada país com outras referências, especialmente com os EUA e a União Européia (BEHRING, 2004).

O Mercosul é, portanto, um bloco periférico que procura inserção nos grandes centros econômicos. As condições externas para uma autonomia maior do bloco são

desfavoráveis, dada a polarização EUA x União Européia. Além disso, está sendo implementado em uma conjuntura de incertezas e riscos de retração do comércio mundial, com recessão generalizada e aumento do protecionismo. No Mercosul, os rumos são delimitados pelos seguintes aspectos: a perspectiva neoliberal de ajustes em curso nos países; a vulnerabilidade externa imposta pelo endividamento e dificuldades de sustentar fluxos financeiros e comerciais em um contexto de protecionismo dos demais países; ampla abertura e integração com o mercado mundial, sem preocupação com um projeto nacional próprio; o debilitamento acentuado da possibilidade de o Estado articular a economia em torno de projetos nacionais; a tendência à privatização das empresas estatais; e forte pressão ideológica contra projetos de natureza nacional.

Essas condições apontam para uma *prática de regionalismo aberto*, e não para a consolidação de uma integração como a do bloco da União Européia. As implicações disso são enormes: maior competição comercial sem política de reconversão produtiva; subordinação da agenda temática aos acordos externos; maior exposição do trabalho à mundialização, sem ou com precários mecanismos de proteção social, quando se destaca a competição por meio da violação de direitos humanos. Diante destes parâmetros, as possibilidades de que o Mercosul seja um caminho para uma alternativa mais autônoma, de estabilização dos Estados-partes frente às outras economias são muito precárias (BEHRING, 2004).

Mesmo com uma prática de regionalismo aberto e com precária estrutura de competição, o propósito primeiro do Mercosul, de fortalecimento de uma união aduaneira, continua a ser perseguido; é o que se pode constatar no pronunciamento do Presidente da República Federativa do Brasil na 30ª Reunião do Conselho do Mercado Comum, em Córdoba em julho de 2006: “Respeitados nossos ritmos e tempos, estamos dando passos decididos para aperfeiçoar nossa União Aduaneira, que deve continuar sendo um objetivo maior do bloco, no caminho da construção do Mercado Comum” (Luiz Inácio Lula da Silva¹⁴).

Como parte da agenda, a criação do Código Aduaneiro Comum foi ressaltada pelo Diretor Geral de Aduanas, Ricardo Echegaray quando finalizou a reunião: “*e/ Mercosur contará, a partir de enero de 2008, con un código “marco” que permitirá*

¹⁴ DISPONÍVEL em: <<http://www.mercosul.gov.br/discurso>>. Acesso em 24 ago. 2006.

superar las diferencias y fortalecerá la integración económica y política del bloque regional” (PINTABONA, 2006).

Ricardo Echegaray aclarou que o Código Aduaneiro Comum contemplará as diferenças de tratamento e assimetrias existentes nas legislações nacionais; para ele o objetivo do acordo é contar com um código marco e as legislações aduaneiras serão aplicáveis de forma suplementar naqueles aspectos não regulados especificamente pelo Código (PINTABONA, 2006).

Em um outro discurso o Presidente brasileiro enfatizou o desafio de reinventar o Mercosul, tendo como meta o equacionamento definitivo das assimetrias e a aproximação do bloco ao dia-a-dia dos cidadãos:

O Mercosul tem diante de si o desafio de reinventar-se e atender às expectativas de todos os seus membros. Temos de desenhar mecanismos que equacionem em definitivo as assimetrias, inclusive com o aporte de novos recursos. Precisamos encarar de frente as questões relativas ao fortalecimento institucional e à implementação, em cada um de nossos países, das decisões e acordos que tomamos no bloco. Devemos aproximar o Mercosul do dia-a-dia dos cidadãos para atender melhor e de forma mais direta as demandas de nossas populações.¹⁵

2.1.1.3 Ausência da dimensão social na agenda política do Mercosul

O estudo dos movimentos integracionistas atuais abarcam dois âmbitos: de um lado a integração econômica (a dimensão econômica), e de outro o envolvimento social dos cidadãos e das comunidades envolvidas (a dimensão social). Sobre esse último, pouco se tem feito, uma vez que o Mercosul não nasceu com uma agenda social dotada de autonomia, embora certas dimensões sociais da integração tenham estado presentes em suas preocupações originais.

Com efeito, os temas sociais praticamente estiveram diminuídos, com ênfase ao desenvolvimento econômico. As situações laborais e, mais recentemente, os aspectos previdenciários e de saúde têm sido debatidos, entretanto, como componentes da agenda multilateral de comércio, na verdade, com elos dos acordos

¹⁵ Discurso do Presidente da República Federativa do Brasil por ocasião do Diálogo Aberto dos Presidentes na Cúpula do Mercosul, realizado em Foz do Iguaçu/PR/Brasil em 24 de agosto de 2006. Disponível em: <<http://www.mercosul.gov.br/discurso>>. Acesso em 24 ago. 2006.

comerciais e dos processos facilitadores da circulação de trabalhadores, estreitamente vinculados à acumulação de capital (DRAIBE, 2006). Nessa ótica, ocorre a marginalização de outros aspectos integracionistas, pondo as pessoas na condição de não cidadãos ao invés de partícipes do processo (JAEGER JÚNIOR, 2002).

Ainda que o enfoque prevaiente seja o da integração econômica, com o envolvimento primordial das relações de mercado, capital e trabalho, a remodelagem de suas dinâmicas tende a se refletir profundamente nas relações entre Estado e Sociedade, pela exigência de adequação nas relações políticas e jurídicas entre os governos e dentro de cada governo (RIBEIRO; VASCONCELLOS, 1996).

Percebe-se que a formação de blocos econômicos, tanto na União Européia como no Mercosul, indica não apenas a integração e cooperação de natureza econômica, mas posterior e paulatinamente a consolidação da democracia e implementação dos direitos humanos nas respectivas regiões. Em contrapartida, o que se constata é que as cláusulas democráticas e de direito humanos não foram incorporadas na agenda do processo de globalização. Ao contrário disso, a globalização econômica tem comprometido a vigência dos direitos humanos, em especial dos direitos sociais (PIOVESAN, 2002).

Ainda que não tenha sido instituída a dimensão social no Tratado de Assunção é importante referenciar, em seu texto, o objetivo do desenvolvimento com justiça social, que representa uma pequena manifestação da integração social no Mercosul, ainda que existam cláusulas de salvaguarda.¹⁶

A livre circulação de bens se segue de pessoas, de Serviços e de capitais e da adoção de políticas comuns, em vários setores. Desse modo, o direito à livre circulação de trabalhadores se daria por meio da eliminação de todos os tipos de restrições a sua mobilidade, igual tratamento e garantias de não-discriminação, em razão da sua nacionalidade. Abrange a supressão dos controles sobre as pessoas no cruzamento de fronteiras, a possibilidade de busca de emprego no país fronteiriço e a procura por uma melhor qualidade de vida em igualdade de condições aos pertencentes àquele Território Nacional.

Entretanto, vale lembrar que o Tratado de Assunção, em seu artigo 1º, expressa que o mercado comum exige a livre circulação de bens, Serviços e fatores

¹⁶ As cláusulas de salvaguarda terão um ano de duração e poderão ser prorrogadas por um novo período anual e consecutivo.

produtivos entre os países, implica a liberdade restrita de trabalhadores, do ser humano como fator produtivo, afirmação essa que manifesta o objetivo estritamente comercial do processo. Em meio a essa preferência, reconhecidamente econômica, surge a tímida livre circulação de pessoas.

Dois documentos representam significativos avanços em favor do objetivo de alcançar uma livre circulação de trabalhadores: a Resolução nº 44/1994, do Grupo Mercado Comum, onde é reconhecida a validade dos documentos de identificação pessoal utilizados pelos Estados-partes, com o propósito de facilitar a livre circulação de seus titulares. E, a Decisão nº 7/1995, do Conselho do Mercado Comum, que contém disposições sobre a revalidação de diplomas, certificados, títulos e sendo reconhecidos estudos técnicos de nível médio realizados em qualquer um dos quatro países fundadores do Mercosul (JAEGER JÚNIOR, 2002).

Mais recentemente, em 1998, os presidentes dos Estados-membros do Mercosul firmaram um acordo pelo qual assumem o compromisso de liberar a circulação, sem restrições, de profissionais e de empresas prestadoras de Serviços entre os quatro países.

Em realidade, o Mercosul estabeleceu fundamentalmente uma área de livre comércio, deixando em segundo plano o desenvolvimento das questões produtivas, tecnológicas e conhecimento e acirramento das expressões da questão social nos países-membros. Sublinha-se, ainda, o *déficit* democrático no processo de formação do Mercosul, que se deu sem consulta à população em geral, o que confere um caráter antipopular ao processo de integração (BEHRING, 2004).

Um impulso importante para a atualização, ampliação e redefinição do marco geral da agenda de integração social do Mercosul foi a incorporação de temas centrais da agenda internacional como: o compromisso com valores do Estado de Direito, a democracia, a perspectiva dos direitos humanos e a busca ou defesa de um modelo de desenvolvimento econômico, na região, pautado pela justiça social e pela equidade. Um segundo estímulo seria a discussão de criação de políticas sociais unificadas. Essas propostas se restringem ao plano do discurso, com poucas ou quase nulas referências a seus conteúdos e formas de implementação (DRAIBE, 2006).

De todo modo, é possível identificar dois sentidos nessa proposição. O primeiro, menos forte, estaria vinculado às medidas de harmonização, entre os países, de suas políticas sociais, como por exemplo, o já existente acordo celebrado entre Brasil e Argentina sobre a Educação, ou seja, respeito às medidas visando à

compatibilização dos créditos, diplomas e níveis de escolaridade. O segundo sentido, mais forte, supõe a unificação *stricto sensu* das políticas sociais, ou seja, uma efetiva convergência das mesmas, um processo de equivalência de seus programas, em conteúdo, forma e mesmo instituições. Em certo sentido, a construção de uma cidadania social supranacional, fundada em direitos sociais unificadores dessas políticas sociais, que garantiriam a proteção social a todos os cidadãos da Região (DRAIBE, 2006).

A integração social baseada nas perspectivas anteriormente citadas é extremamente difícil, devido às assimetrias existentes entre os países. A esse respeito, o Mercosul não é o único, pois a União Européia apresenta dificuldades dessa ordem. O que se nota é que os objetivos de unificação das políticas sociais e de uma cidadania social supranacional se mostram ambiciosos frente a uma frágil integração regional de base econômica.

Com efeito, o que se percebe no cerne dos acontecimentos entre os Estados-membros é uma “atmosfera” de instabilidade e uma conjuntura de incertezas que afeta o deslocamento e permanência das pessoas e a prática de livre comércio. Como exemplo dessa instável integração dos países do Mercosul se podem destacar algumas reportagens de jornais:

A Argentina criou uma taxa migratória que prevê a cobrança de taxa de cinco pesos (R\$ 4,50), ao turista que deixar o País vizinho. De acordo com o Boletim Oficial da Argentina, as pessoas que viverem em um raio de 50 km de ambos os lados da fronteira estarão isentos. Nessa área, estão incluídas as cidades correntinas de Paso de Los Libres, Alvear e Santo Tomé, que integram a zona de fronteira com Uruguaiana, Itaqui e São Borja.

O governo argentino decidiu, ainda, aumentar os preços dos combustíveis para veículos estrangeiros, principalmente do diesel, que, segundo as entidades brasileiras, medidas restritivas, como essa, não contribuem para a integração dos países membros do Mercosul e afetam direta e significativamente os transportadores que cruzam as fronteiras da Argentina¹⁷.

Estudos sobre a região de fronteira Brasil-Argentina já identificaram que brasileiros e argentinos dos municípios fronteiriços, embora próximos geograficamente, encontram-se distanciados por legislações nacionais, por histórias

¹⁷ Notícia publicada no Jornal brasileiro Correio do Povo em 26 jul. 2006, p. 16.

diferenciadas e objetivos distintos, fazendo com que a linha imaginária - a linha de fronteira - adquira conformações objetivas¹⁸.

O governo uruguaio, por sua vez, tem como propósito uma nova etapa na aproximação com o governo dos Estados Unidos, visando a negociar um eventual acordo de livre comércio. Em clara alusão às frustrações vividas pelo Uruguai, no Mercosul, o presidente Tabaré Vázquez anunciou que o governo uruguaio “trabalhará intensamente para conseguir em outras partes do mundo aquilo que não consegue na região”.¹⁹

Brasil e Argentina já deixaram claro que o país do Mercosul que assinar um acordo com um terceiro não poderá permanecer como sócio pleno no bloco. Embora sobreaviso, o governo uruguaio está dando continuidade a sua política de aproximação com os EUA.

A constituição do Parlamento do Mercosul, no dia 14 de dezembro de 2006, em Brasília no Brasil, com o intuito de acelerar debates em torno de controle de fiscalização, políticas, programas e homogeneização de legislações, não conseguiu superar a ameaça da desintegração do bloco, em função das divergências econômicas e políticas.

Em nota de um jornal brasileiro, que tratava da reunião da cúpula do Mercosul do dia 18 de janeiro de 2007, na cidade do Rio de Janeiro/BR, trazia o título: “O Mercosul esfacelado”, além das assimetrias já existentes, foi enfatizada a diferença de ideologia política entre os países:

Como se não bastasse o desentendimento dos parceiros quando falam de trocas comerciais, tarifas comuns e outros temas da natureza de esforços integracionistas, o Mercosul é perturbado pela idéia, defendida pelo venezuelano Hugo Chávez, de que o mercado comum precisa se caracterizar como um contraponto ao neoliberalismo.²⁰

Os desafios para uma agenda de integração plena são muitos. É impossível avançar neste processo sem levar em consideração os aspectos, destacados anteriormente, e sem conhecer os impactos, das decisões tomadas, na configuração

¹⁸ Para maiores informações consultar: CETOLIN, 2006.

¹⁹ Matéria publicada no Jornal brasileiro Zero Hora em 8 de ago. 2006, p. 29.

²⁰ Notícia publicada no Jornal brasileiro Zero Hora em 19 jan. 2007, p. 20.

da questão social e nos padrões de proteção social. São desafios a construção de uma integração desenhada pela população dos países, especialmente as de cidades fronteiriças, sobretudo pelos trabalhadores, em contraposição à condução dos governos dos países-membros e a elaboração de parâmetros éticos-políticos e normativos regionais comuns que considerem a semelhança e a diversidade das vivências nacionais.

São fatos notórios, a existência de divergências de normas de trânsito entre os Estados-partes, problemas relacionados ao controle sanitário, ausência de convênios bilaterais de saúde, limites de territorialidade para os problemas sociais, de educação, de formação universitária e de reconhecimento de diplomas, de direitos trabalhistas e previdenciários, etc. (JAEGER JÚNIOR, 2002). Seria um grande empreendimento um processo de integração capaz de impedir que se aprofundem as desigualdades na integração dos desiguais (RIBEIRO; VASCONCELLOS, 1996).

Sob este prisma é que se desenvolverá, no próximo item, uma ilustração sobre a saúde, no contexto do Mercado Comum do Sul.

2.2 O DIREITO À SAÚDE E O MERCOSUL

O objetivo deste sub-capítulo é considerar a saúde intrinsecamente vinculada à proteção dos direitos humanos em nível transnacional, e avançar para a discussão sobre os atuais desafios para o Mercosul nessa instância. O reconhecimento do direito à saúde tem sido objeto de diversas discussões, envolvendo profissionais de várias Áreas. Discute-se, especialmente, a saúde atrelada à garantia dos direitos sociais no meio jurídico e na prestação de Serviços, e nas ocorrências cotidianas que não podem ser aceitas na avaliação da saúde como bem econômico.

Compreender o que acontece na Área da Saúde, atualmente, passa pela compreensão do impacto da globalização sobre a qualidade de vida da população e dos Serviços de saúde prestados. O mercado se apossou da Saúde, convertendo-a em um dos mais importantes mercados em nível mundial, com diversas corporações-chaves que conformam o que se denomina o complexo médico industrial, integrado pelos produtores de tecnologias e insumos para os Serviços de

saúde; a indústria farmacêutica, o setor de seguro e financeiro, e os produtores diretos de Serviços em clínicas ou hospitais privados (ISTÚRIZ, 2003).

Em contrapartida, interessa-se abordar a Saúde, tanto pelo direito a ela, como um direito humano, quanto pelo direito à Saúde Pública que tem por objeto a promoção, prevenção e recuperação da saúde dos cidadãos, buscando contribuir para sua reorientação, vinculada ao exercício da cidadania.

Lima Junior (2002) é enfático ao afirmar que os direitos humanos econômicos, sociais e culturais são tão direitos humanos, quanto todos os outros, razão pela qual se deve afirmar os mecanismos já existentes para a sua exigibilidade, assim como criar outros que venham a ser necessários. Ao afirmar a indivisibilidade dos direitos humanos, o autor procura demonstrar também as conseqüências práticas da afirmação desse conceito. Não é uma discussão de importância meramente teórica, sem um resultado prático na vida das pessoas, e particularmente dos movimentos e grupos de direitos humanos. Entre essas conseqüências, encontra-se a necessidade de estabelecer um padrão de exigibilidade para todos os direitos humanos, independente de classificações ou categorizações.

Salienta-se que a definição das necessidades de saúde de cada comunidade vai variar de época para época e de lugar para lugar, dependendo dos valores da sociedade. Essas necessidades são difíceis de especificar com precisão, em decorrência das dificuldades em definir necessidades, e em parte das dificuldades na sua determinação (STARFIELD, 2002).

Pinheiro et al. (2005), enfatiza a demanda em saúde como um *constructo* social, em que o exercício da cidadania e a afirmação de direitos produzem o cidadão, o sujeito da saúde, como portador da crítica ao instituído. Pensar as demandas em saúde como modo de construir, social e historicamente, os direitos sociais exigem o reconhecimento das relações e interações como exercício da liberdade no sentido de política, cuja democracia constitui a principal condição de exercício. Política como inerente à própria condição humana.

O direito à saúde, do qual decorre a responsabilidade pela prestação de Serviços de promoção, proteção, e recuperação da saúde, é de formalização recente, e exige envolvimento do Estado ou dos Estados, no sentido de uma integração da saúde, no Mercosul. Mesmo após o convencimento geral de que o desprezo e o desrespeito pelos direitos do homem resultaram em atos “bárbaros” que afrontam a consciência da Humanidade, o direito à saúde não foi

expressamente reconhecido, senão nos Pactos Internacionais em Direitos Humanos. De fato, o artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos dispõe que “toda pessoa tem direito a um nível de vida adequado que lhe assegure, assim como à sua família, a saúde [...]” mas, é apenas no Pacto dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, com caráter obrigatório que, embora aprovado em 1966, entrou em vigor, para os Estados que o ratificaram, somente após 1976, que se afirma o reconhecimento “do direito de toda pessoa ao desfrute do mais alto nível possível de saúde física e mental” (art. 12). E o acolhimento constitucional do direito à saúde é, também, igualmente, recente (DALLARI, 1991).

O direito à saúde, em sua dimensão ampla, partilha simultaneamente a natureza de direito individual e social. Pertencendo, como direito à vida, à esfera dos direitos básicos e fundamentais, ele é individual, pois exige a proteção da integridade física e mental do indivíduo e de sua dignidade; mas é também social, no sentido em que impõe ao Estado e à sociedade a responsabilidade coletiva pela proteção da saúde dos cidadãos, pela preservação e pelo tratamento de doenças. O direito à saúde, assim devidamente entendido, configura uma ilustração viva da indivisibilidade e da inter-relação de todos os direitos humanos, exatamente como ocorre com o direito à vida (SYMONIDES, 2003).

Em contraposição a esse pensamento, na Área da Saúde, a nova geração de reformas que está sendo implementada, a partir dos anos 2000, pelo Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), traz como um de seus elementos centrais, a garantia de nível adequado para Saúde Pública e de Serviços básicos para a população pontualmente carente e a contenção de custos. Dessa forma, o direito à saúde, nos novos encaminhamentos, se reduz a um enquadramento individual, perdendo o caráter social que fundamenta a cidadania plena (NOGUEIRA, 2002).

Entretanto, o direito à saúde no sentido de cidadania social deve assegurar a universalidade e a igualdade, norteadas por princípios democráticos, em contraposição as alterações e rupturas que vêm ocorrendo na sociedade contemporânea que têm alterado o valor universal deste direito. Salienta-se a existência de dois paradigmas teórico-políticos opostos que delimitam o encaminhamento da atenção à saúde, no início do século XXI. O paradigma da cidadania plena, no qual o direito à saúde é um valor universal, e o da cidadania social restrita, em que o direito à saúde é orientado pelo critério da eficiência e

racionalidade econômica e, portanto, situada no campo da reprodução do capital (NOGUEIRA, 2004).

Nogueira (2004) destaca a cidadania ativa, sendo mais que um conjunto de direitos e responsabilidades envolvendo um sentido de identidade política e de pertencimento a uma comunidade política, uma cidadania ativa no sentido forte do termo, que expressa o “direito a ter direito” de forma igualitária. Acompanhada, no plano político, da cidadania democrática que envolveria, portanto, a necessidade de um critério justo de distribuição de bens e Serviços que não afirmasse a desigualdade.

2.3 A SAÚDE NO CONTEXTO DO MERCOSUL

O prenúncio da construção de uma integração econômica já podia ser evidenciado a partir do título do acordo-quadro firmado com a Argentina, ainda em 1988: Tratado de Integração, Cooperação e Desenvolvimento. A idéia de integração estava, então, atrelada ao objetivo do desenvolvimento que acarretaria, em última instância, portanto, de maneira indireta, melhoria na qualidade de vida das pessoas da região (FIER, 2004). No entanto, a proposta de integração foi abandonada pelo Presidente brasileiro, na época, Fernando Collor de Melo, e não retomada por Fernando Henrique Cardoso: o Tratado de Assunção, quando se priorizou uma área de livre comércio e a união aduaneira, com o objetivo de abrir o mercado a qualquer custo.

O Mercosul foi implementado no início da década de 90 do século passado, portanto em um cenário de transformações societárias, que apresentava o mercado como objetivo, mesmo que não explícito. Com isso, não houve ênfase para os demais segmentos, como os Serviços, e sequer foram levadas em conta as refrações da Questão Social na população dos países.

Se num primeiro momento a intenção de integração econômica e a conformação de um bloco regional era de melhoria da competitividade ante um mercado global, nos últimos anos, tem sido discutida também a questão da integração da saúde, agora com o entendimento de que não só o mercado é

importante, mas a qualidade de vida da população e o exercício de seus direitos são igualmente essenciais.

Partiu-se do entendimento, em contexto mundial, de que o setor Saúde, e suas relações intersetoriais nas Áreas de Serviços, indústria e agricultura, constitui atualmente um dos pilares do crescimento econômico e do desenvolvimento científico e tecnológico do mundo, chegando ao desafio, destacado por Fier (2004), de construção de uma identidade política de que saúde é um direito de todos, portanto obrigação de cada Estado-parte, e do bloco, para com todos os que vivem no espaço intrabloco.

Com a premissa de uma integração não só econômica, mas social, que respeite os direitos humanos e salvaguarde a existência de um Estado de Direito, profissionais de diferentes Áreas²¹, voltados para o estudo da saúde na região do Mercosul têm procurado definir estratégias de integração de proteção nesse campo. Exemplo disso, desde 1997, o Ministério da Saúde do Brasil tem articulado uma série de ações com os países do Mercado Comum do Sul. Neste período houve iniciativas com propósito de harmonização de normas e de negociação entre os países no que se refere à Área da Saúde. As ações são desenvolvidas em dois fóruns: a Reunião dos Ministros da Saúde do Mercosul, Bolívia e Chile e um subgrupo criado especialmente para atuar nessa Área, o Subgrupo de trabalho (SGT) nº 11 - Saúde (HOLANDA, 2004).

A Reunião dos Ministros da Saúde do Mercosul, Bolívia e Chile, realizada semestralmente, é a instância que define as macropolíticas e programas no âmbito do Mercosul. A Reunião está vinculada ao Conselho do Mercado Comum (CMC), organismo máximo do bloco.

A partir de 1997 foi realizada uma série de acordos entre os Ministros da Saúde, tais como: Política de Medicamentos para o Mercosul; Vigilância e Controle de Enfermidades Transmissíveis (dengue, doença de chagas, cólera, febre amarela, sarampo e Síndrome Respiratória Aguda Grave - SARS); criação de um sistema de informações e comunicação em saúde, contando com dois *sites* oficiais <<http://www.mercosulsaude.org>> e <<http://www.mercosulsalud.org>>; controle do

²¹ Médico, enfermeiro, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, técnico de enfermagem, de radiologia, de laboratório, de prótese dentária, auxiliar de enfermagem e de laboratório, profissões em definição no Subgrupo SGT nº 11 - Saúde.

tabaco; HIV/AIDS, saúde sexual e reprodutiva, saúde e desenvolvimento, revisão do Código Sanitário Internacional, e outros (HOLANDA, 2004).

Organizado em outubro de 1998, o Subgrupo de Trabalho nº 11 - Saúde é um dos quatorze subgrupos que compõem o Grupo Mercado Comum (GMC), e é dividido em Comissões Temáticas. O Chamado SGT-11 tem como tarefa harmonizar as legislações dos Estados-partes referentes aos bens, matérias-primas e produtos da Área da Saúde, além do estabelecimento de critérios para a vigilância epidemiológica e controle sanitário. O objetivo é proteger e promover a saúde e a vida da população, além de extinguir os obstáculos ao comércio regional, contribuindo, dessa maneira, para o processo de integração (HOLANDA, 2004).

As discussões são realizadas em reuniões virtuais e semestrais. O SGT 11 trabalha com base na Resolução GMC 21/01, documento em que são determinadas prioridades e estipulados prazos para seu cumprimento. O Subgrupo de Trabalho nº 11 atua nas seguintes áreas:

- a) produtos para a saúde;
- b) vigilância epidemiológica, controle sanitário de portos, terminais e pontos de fronteira;
- c) prestação de Serviços de saúde.

Em 1999 foram assinados, no âmbito do Mercosul, acordos, voltados para dengue, cólera, sarampo e carência de micronutrientes. Em junho daquele ano, os Ministros da Saúde da Região concordaram em apoiar e fortalecer os processos de reforma e buscar consenso dentro dos mesmos em relação a mecanismos que permitam o inter-relacionamento dos sistemas de Saúde no contexto sub-regional. Também instruíram a criação de um grupo técnico para elaborar uma proposta de trabalho. Um dos últimos acordos tratou da consideração de informes epidemiológicos e da criação de um grupo para estudar as diretrizes a serem implantadas no nível das zonas fronteiriças para realizar um diagnóstico da situação dos deslocamentos, por motivos de atenção à saúde (GALLO, 2004).

No ano de 2000 foi definida uma política de medicamentos, e também foi acordada a criação de um banco de preços no âmbito do Mercosul, Bolívia e Chile. No segundo semestre de 2002 foi aprovada a política de medicamentos. Em 2001, foi criada a Comissão Intergovernamental de Vigilância e Controle de Dengue, tendo sido estabelecida uma política de medicamentos e acordada a participação do

Mercosul, Bolívia e Chile no processo de revisão do regulamento sanitário internacional (GALLO, 2004).

A necessidade de melhoria da qualidade de vida das populações fronteiriças, aliada à da consolidação da integração regional levaram a que se pensasse esse plano de qualificação e gestão da saúde na Região de fronteira do Mercosul. Criou-se uma ferramenta para auxiliar o processo de gestão supranacional, cujo objetivo é garantir maior agilidade às respostas do sistema de saúde à população, em paralelo aos avanços no plano diplomático para a harmonização. O plano é equacionar questões políticas e administrativas da atenção entre países vizinhos, planejar o atendimento racionalizando-o dentro de espaço geográfico, e investir onde haja carência de recursos, permitindo integralidade e resolutividade da atenção (GALLO; COSTA; MORAES, 2004). A necessidade de uma solução conjunta é particularmente visível no setor Saúde, uma vez que:

- a) doenças e desastres naturais não respeitam fronteiras;
- b) estruturas de média e alta complexidade demandam organização de entrada e escala de uso;
- c) diferenciações no padrão de qualidade e no escopo da atenção ofertada estimulam migrações para uso de Serviços nos países vizinhos;
- d) utilização dos Serviços por parte de populações estrangeiras à nação ofertante, representada pelo fluxo informal da demanda, geram sub-registros e dificuldade de planejamento das ações;
- e) peculiaridades e vulnerabilidades das fronteiras, como, por exemplo, a magnitude da população móvel marcada pelo tráfico, prostituição, contrabandos, deslocamento de caminhoneiros (aprofundadas no capítulo 5), impactam substancialmente a saúde da população; e
- f) o caráter de intersectorialidade da saúde torna-a afeta ao desenvolvimento e qualidade da infra-estrutura de demais setores (saneamento, educação, condições de trabalho, voz política, etc.) (GALLO; COSTA; MORAES, 2004).

Dada a vulnerabilidade da população de fronteira e as características do setor Saúde, fica evidente a urgência de uma política pública mais articulada, um planejamento integrado, pois quando o Município vizinho (que tem maiores recursos para o atendimento em saúde) pertence a outro País, barreiras diplomáticas, legais, econômicas e sociais se interpõem à promoção, proteção e recuperação da saúde.

A busca pela integração das ações em saúde ganhou maior concretude nos países do Mercosul quando se realizou o Seminário Internacional “Integração das Ações de Saúde nas Fronteiras Físicas do Mercosul”, na cidade de Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul/Brasil. Neste Seminário participaram os ministros do Brasil, Humberto Costa; da Argentina, Gines González Garcia; do Uruguai, Conrado Bonilla; e do Paraguai, Julio César Velásquez Tillería. O encontro teve início no dia 23 de agosto de 2004 e se estendeu até o dia 25. O objetivo foi discutir a implantação dos Serviços Integrados de Saúde do Mercosul, o SIS-MERCOSUL, atualmente denominado de Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteiras). A coordenação nacional da reunião dos ministros de Saúde do Mercosul, Bolívia e Chile coube ao Gabinete do Ministro da Saúde do Brasil com apoio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (BRASIL, 2004).

Na reunião foram debatidas a racionalização da rede de Serviços que atende à população fronteiriça dos países do Mercosul e a elaboração de ferramentas de gestão compartilhada da saúde, nas fronteiras. Seu objetivo final, então, foi induzir a criação de um sistema integrado, que melhorasse a qualidade de vida da população ao qualificar a infra-estrutura instalada (BRASIL, 2004).

A partir de então, começou a ser implementado o Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, proposto pela Organização Pan-Americana da Saúde e o Ministério da Saúde do Brasil. Este projeto pretendia contribuir com a prática da pesquisa, trazendo indicadores (dos Serviços de saúde, de acidentes de trabalho, de morbidade e de mortalidade) para a construção de uma estrutura de Serviços na Área da Saúde do Trabalhador na região do Mercosul que visasse à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

O SIS-MERCOSUL compreende ainda uma resposta à agenda política das nações envolvidas, dado que representa um avanço no combate à pobreza, fortalece o processo de integração regional, ressalta o desenvolvimento local, a inclusão social, promove a melhoria dos indicadores de desenvolvimento humano, representa novo potencial de captação de recursos, a racionalização necessária para os países do Mercosul da utilização dos recursos humanos, financeiros e dos equipamentos.

A expectativa era de que o SIS-MERCOSUL fosse concebido como um processo, combinando ações de curto, médio e longo prazos, fossem elas voltadas a ações de transfronteirização ou de harmonização, fossem elas unilaterais ou

multilaterais. A perspectiva era de fornecer resposta objetiva e prática aos gestores e à população local, sem que para isso fosse necessário aguardar por processos que exigissem um amadurecimento político-institucional mais lento, criando assim condições de viabilidade e factibilidade para esses últimos (GALLO; COSTA; MORAES, 2004).

Humberto Costa, Ministro de Estado da Saúde do Brasil, no uso de suas atribuições legais, instituiu o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS Fronteiras, por meio da Portaria nº 1.120/GM, de 6 de julho de 2005, cujo conteúdo é o seguinte:

Art. 1º Estabelecer as seguintes etapas para implantação do SIS - Fronteiras, conforme Portaria nº 1.120/GM, de 6 de julho de 2005:

I - Etapa 1 - até dezembro de 2005 - implementação da Fase I nos municípios de fronteiras com países integrantes e associados ao MERCOSUL, incluindo o Município de Corumbá - MS;

II - Etapa 2 - de janeiro a dezembro de 2006 - implementação das Fases I e II nos municípios de fronteira da Região Norte e implantação das Fases II e III nos municípios de fronteira com países integrantes e associados ao MERCOSUL, incluindo o Município de Corumbá - MS; e,

III - Etapa 3 - 2007 - consolidação da Fase III com implementação nos municípios de fronteira da Região Norte e desenvolvimento nos municípios de fronteiras com países integrantes e associados ao MERCOSUL, incluindo o Município de Corumbá - MS.

Art. 2º Parágrafo único. Definir que no primeiro ano de implantação os recursos financeiros sejam repassados, em parcela única no início de cada fase, conforme definido na Portaria nº 1.120/GM, de 6 de julho de 2005, e que a partir de 2006, os recursos financeiros estabelecidos sejam repassados mensalmente no valor equivalente a 1/12 do total atribuído.

Art. 3º Estabelecer que o Fundo Nacional de Saúde - FNS adote medidas necessárias à transferência regular e automática dos valores fixados para os fundos municipais.

Art. 4º Estabelecer os seguintes critérios para as ações a serem realizadas na Fase I - Diagnóstico e Plano Operacional:

[...]

§ 2º Estabelecer que após a realização do Diagnóstico, com a identificação de usuários e fluxos assistenciais existentes, a elaboração do Plano Operacional e a Implantação de Serviços, com a conseqüente integração, consolidação e qualificação das informações, a Comissão Tripartite de Acompanhamento e Avaliação encaminhará processo de avaliação para o estabelecimento de parâmetros e referências entre o SIS Fronteiras e os Serviços especializados de saúde situados fora da linha de fronteira, com formulação de novas propostas para absorção do impacto financeiro que vier a ser observado.

Essa ferramenta visa a atender à necessidade de assistir integralmente, melhorar a eficiência da organização e o custo-efetividade da aplicação dos recursos, e, principalmente, atender a população com dificuldade de acesso. Os

principais méritos de um sistema integrado de Saúde nas fronteiras podem ser resumidos assim: a racionalização da oferta que poderá ser planejada e reorganizada de acordo com a territorialidade; a especialização do sistema de acordo com a característica de cada região envolvida; a regulação das relações e ações hoje existentes; a definição da forma e critérios de ressarcimento pelo uso compartilhado do sistema; a abertura de novas possibilidades de financiamento (públicos e privados); aumento do impacto das políticas na busca de objetivos comuns (políticas integradas apresentam efeitos proporcionalmente maiores); e transparência na definição de nortes e em sua gestão, incrementando a participação social e cooperação entre os Estados membros do Mercosul (GALLO; COSTA; MORAES, 2004).

O SIS denota a necessária possibilidade de tornar sustentáveis as ações de saúde nas Regiões fronteiriças, uma vez que permitirá seu planejamento, possibilitado pelo conhecimento acerca dos usuários e recursos dos sistemas e pela definição da origem e composição de seu financiamento. Ademais, é de fundamental importância para a sustentabilidade do SIS embasar juridicamente as ações atualmente praticadas, equacionando as questões diplomáticas e as necessidades de saúde, assim como a capacidade de custeio e a estabilidade no fluxo de financiamento (GALLO; COSTA; MORAES, 2004).

No campo da Saúde, os países caminham lentamente para a adoção de regras em comum. Isso significa avanço, mas está longe de ser um caminho para a instalação de um sistema organizacional próprio do bloco. Em verdade, falta aprovar um entrelaçamento estrutural entre o sistema sanitário e o sistema jurídico (SCHWARTZ, 2004). Ao contrário da Comunidade Européia, no Mercosul não se criaram mecanismos de soberania compartilhada, preservando-se o poder de decisão de cada país-membro.

Por outro lado, pode-se aferir que o Mercosul, no campo sanitário, reflete seu atual estágio: o livre comércio. Em verdade, quase todas as resoluções adotadas por esses países-membros têm forte apelo comercial e estão ligadas à globalização.

Muitos são os desafios para a consolidação do SIS Fronteiras. A manutenção, garantia e padronização da qualidade da atenção são dificultados pela incompatibilidade dos sistemas de informações, prejudicando o monitoramento das ações, e pela morosidade característica dos processos de harmonização e por distinções na capacidade de financiamento dos cinco países em questão.

Fier (2004) destaca que há desafios, não só na área de recursos financeiros, mas também de profissionais. Chama a atenção para alguns deles: 1) investimento em infra-estrutura e ofertas de Serviços em cada Estado-parte, na região de fronteira, dentro de seu próprio território; 2) investimentos dentro do bloco, o que pode significar um Estado-parte investindo em outro; 3) capacitação de profissionais de todas as Áreas como uma ação conjunta do bloco; 4) livre trânsito pelos profissionais do setor Saúde, de início, na Região de fronteira; 5) profunda troca de experiências, Serviços e conseqüentemente dos próprios profissionais; 6) programa distinto para cada fronteira de cada Estado-parte, pois distintos são os problemas; 7) identificação de populações mais necessitadas; 8) construção de uma identidade política de que a saúde é um direito de todos, portanto obrigação de cada Estado-parte, e do bloco para com todos os que vivem no espaço intrabloco; 9) e o conhecimento, o reconhecimento e o respeito à diversidade cultural. Esses dois pontos são fundamentais para a integração do Mercosul e da América do Sul. Sem uma identidade política, econômica, social e cultural e sem respeito à diversidade, aos direitos humanos, por mais recursos que se tenha à disposição, a integração em saúde não se concretizará.

Os desafios são muitos, e o principal deles é a escassez de recursos financeiros, o que reafirma a importância de unir esforços, uma vez que nenhum país do bloco tem capacidade para fazer um grande aporte. Contrapõe-se a isso, positivamente, o propósito político de construir o Mercosul como sócios e não como competidores. A integração com qualidade e a superação dessas dificuldades dependem da criatividade das propostas, portanto, fundamentalmente, dos profissionais.

Além disso, as tendências universalistas na cobertura de saúde, que vinham se manifestando na América Latina, após os períodos de ditadura e nos processos de consolidação democrática, apresentam uma inflexão, a partir da segunda metade dos anos 1990, apontando para a redução dos gastos públicos na Área social. Esta contenção está vinculada às orientações normativas de agências financiadoras internacionais, que, desde os anos 1980, passaram a impor uma agenda restritiva aos investimentos de proteção social aos países periféricos (SIMIONATTO, 2002).

A integração e compatibilização dos sistemas de informação se apresentam como um nó crítico à evolução de um sistema integrado de saúde, nas Fronteiras, especialmente porque, para planejar atividades de integração há a necessidade prévia de identificação de: a) equipamentos, Serviços e fluxos de usuários

existentes; b) recursos ociosos e sobrecarregados; e c) necessidade e priorização da implementação de novos Serviços (GALLO; COSTA; MORAES, 2004).

A diferença entre os sistemas de saúde dos países é outra questão que se apresenta como um dificultador à integração: o Brasil, por exemplo, é o único país a ter um sistema público universal. Diferenças e desarmonia entre o arcabouço jurídico dessas nações se apresentam como um problema a ser resolvido. Nesse sentido, acordos bilaterais, a exemplo do acordo fronteiriço, assinado entre Brasil e Uruguai, em 14 de abril de 2004, permitindo que mais de 700 mil pessoas que vivem próximas às fronteiras desses países pudessem morar, estudar, trabalhar e ter acesso aos Serviços de ambos os lados, podem ajudar a estreitar a relação entre os países, contribuindo para a consolidação do processo de integração do Mercosul (GALLO; COSTA; MORAES, 2004).

O modelo desenvolvimentista e dependente, construído no século passado, mostrou que poucos ganharam e que a maioria da população perdeu. Entra-se no novo século, uma vez mais devedores de uma política econômica e social voltada para a maioria. A edificação do Mercosul, e, quiçá, do bloco sul-americano, deve ter o olhar voltado para essa maioria e, no caso da Saúde, o sistema a ser construído deve transcender a lógica de mercado e se basear na garantia do direito do cidadão, buscando a universalidade e a equidade na prestação dos Serviços (FIER, 2004).

Holanda (2004) aponta alguns princípios para a auto-sustentação da integração: vontade e priorização política, democracia plena, associação voluntária dos países, concordância com o modelo de desenvolvimento econômico social, existência de um Estado de Direito e respeito aos direitos humanos. Pedroso (2004), ao investigar as regulações e as normatizações na Área do direito à Saúde, na fronteira do Mercosul, especificadamente a fronteira do Estado de Santa Catarina (BR) com a Argentina, traz, como resultado de pesquisa, que até o momento, existem apenas iniciativas nas três esferas: federal, estadual e regional, o que não se configura, aqui, como algo negativo. Ao contrário, entende que os programas, os projetos, as reuniões e os debates atuais asseguram as discussões em torno da questão da integração, com respaldo para a saúde. Essa temática ganha espaço e atenção nas agendas das comissões responsáveis.

Ressalta-se que algumas propostas já foram apresentadas em relação à Saúde do Trabalhador, no sentido de contribuir para o processo de integração. São elas: articulação de ações sanitárias entre fronteiras, descrição e análise da situação

social de saúde e trabalho da área de Fronteira, incorporação entre cidades fronteiriças de mecanismos de regulação e co-financiamento de Serviços de atenção aos trabalhadores, constituição de um sistema comum de proteção social interfronteiras, criado, em um primeiro momento, a partir da discussão conceitual, metodológica e institucional, e de programas que visem a ações conjuntas de formação, de prevenção e de recuperação da saúde do trabalhador fronteiriço, organização de uma base de dados comum com indicadores sócioeconômicos, geográficos, sanitários e de relações de trabalho da Região, bem como de um sistema de notificação dos tipos de demandas em saúde do trabalhador, apresentadas pelos trabalhadores locais. Citam-se, também, o desenvolvimento de pesquisas multicêntricas e diagnósticos situacionais integrados e simultâneos, reflexões sobre as formas de participação dos trabalhadores e centrais sindicais no controle social das situações de saúde e trabalho na Fronteira.

Uma agenda integrada de ações no campo da Saúde do Trabalhador foi construída durante a oficina pré-Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO, intitulada “A Saúde do Trabalhador no Mercosul: impactos e desafios frente à globalização”, organizada pelo Centro Colaborador em Saúde do Trabalhador no Contexto do Mercosul - COLSAT Mercosul, que se realizou no dia 13 de julho, na cidade de Salvador, no Estado da Bahia. Os pontos elencados foram os seguintes:

- a) favorecer o debate sobre o modelo de desenvolvimento social presente no bloco, bem como as novas formas de organização/precarização do trabalho;
- b) contribuir para a consolidação da rede de saúde do trabalhador no MERCOSUL;
- c) incluir a pauta da saúde do trabalhador na reunião do fórum de debates governamentais;
- d) buscar soluções comuns para os problemas do bloco, a partir da compreensão das assimetrias entre os países;
- e) propor ações na Área da Vigilância no trabalho com cargas perigosas (agenda já definida pelos ministros);
- f) viabilizar a produção científica em Saúde do Trabalhador, por meio de três movimentos: 1º - finalizar o glossário (que objetiva o entendimento dos diferentes conceitos utilizados nos países) na área de Saúde do Trabalhador no Mercosul; 2º - construir possibilidades de harmonização de

normas e procedimentos comuns em saúde do trabalhador no Mercosul;
3º - enfrentar os problemas específicos presentes, nos diversos processos de trabalho dos trabalhadores;

- g) socializar e disseminar, como estratégia política, experiências de formação/capacitação na Área de Saúde do Trabalhador do Mercosul em uma perspectiva crítica de formação de recursos humanos que atuam na Área;
- h) definir, como paradigma, a Saúde Coletiva e a formação crítica;
- i) promover a formação e intervenção sob o enfoque do paradigma crítico, intercultural e interdisciplinar;
- j) compartilhar experiências de lutas coletivas dos movimentos dos trabalhadores;
- k) elencar os principais riscos relacionados ao trabalho nos países (ex: telecomunicações, agrotóxicos, trabalho infantil), a fim de construir estratégias que integrem: novas metodologias de intervenção social (governo, universidade e trabalhadores) e estudos multicêntricos;
- l) identificar o arcabouço jurídico na Área da Seguridade Social, com o objetivo de análise, sob a perspectiva da proteção social;
- m) qualificar o acesso à informação e à disseminação das informações, em tempo real, para subsidiar os serviços/pesquisas;
- n) levantar as demandas e especificidades da Área;
- o) construir ações em saúde do trabalhador em incubadoras, empresas auto-gestoras de economia solidária;
- p) considerar os avanços já obtidos pela Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST;
- q) implantar, como porta de entrada, a vigilância em saúde do trabalhador na atenção básica;
- r) fortalecer a cidadania e os direitos;
- s) fortalecer as instâncias de controle social, ampliando a cidadania e os direitos;
- t) estabelecer o desafio da articulação e representação dos trabalhadores como um todo, no contexto do Mercosul e do COLSAT-MERCOSUL;
- u) integrar os movimentos sindicais e ambientais;

- v) avaliar as relações/realidades internacionais e produtivas no Mercosul e entre o Mercosul e a Comunidade Européia;
- w) construir projetos que consolidem uma agenda integrada que objetive a harmonização de normas e legislações no âmbito da Saúde, do Trabalho, do Ambiente e da Previdência, no contexto do Mercosul;
- x) fortalecer as ações preventivas, em detrimento das ações de reparação e/ou compensatórias;
- y) construir indicadores para identificação de enfermidades relacionados com o modelo de desenvolvimento econômico, que atinjam trabalhadores e a população em geral;
- z) utilizar as diretrizes contidas na portaria nº800/05 (ANEXO B) para o contexto do Mercosul (RGS, 2007).

Todavia, conclui-se que a discussão e a prática, no que diz respeito ao direito à saúde do trabalhador, na Região de fronteira, não é nova, mas embrionária. Alguns passos já foram dados, embora ainda insuficientes, para dar conta das expressões que se formam em meio a uma Região tão particular, como a fronteira.

3 COMPREENDENDO AS ASSIMETRIAS: CONSIDERAÇÕES SOBRE PROTEÇÃO SOCIAL E SAÚDE E TRABALHO NOS PAÍSES DO MERCOSUL

Tendo como intencionalidade conceituar proteção social e compreendê-la no âmbito do Mercosul, torna-se fundamental apresentar as concepções que subsidiam a análise dessa realidade, bem como enumerar o arcabouço normativo que orienta os modelos de atenção à saúde do trabalhador, neste contexto.

A proteção social consiste na ação coletiva de proteger indivíduos contra riscos inerentes à vida humana e/ou assistir necessidades geradas em diferentes momentos históricos e relacionadas com as múltiplas situações de dependência (VIANA; LEVCOVITZ, 2005). Nesse sentido, é compreendida como uma soma de ações, institucionalizadas ou não, que visa a proteger o conjunto ou parte da sociedade de riscos naturais e/ou sociais decorrentes da vida em coletividade. Esse campo se consolidou como estratégia de atendimento das necessidades sociais a partir do reconhecimento da classe trabalhadora como ator político fundamental para o desenvolvimento do Capitalismo e se afirmou como sistema, a partir das condições objetivas dos estágios do desenvolvimento desse padrão societário (MENDES; WÜNSCH; COUTO, 2006).

É importante diferenciar proteção social de política social e mesmo de *Welfare State*. Este último configura um momento e um tipo específico de proteção social, introduzido a partir de políticas sociais mais abrangentes para diferentes grupos sociais. Este padrão ou regime de proteção social emerge na Europa no pós-guerra, e configura uma etapa específica de desenvolvimento capitalista, quando o papel do Estado se expande para diferentes campos e ganham importância nas decisões políticas, atores como a burocracia governamental, sindicatos e a grande corporação (VIANA; LEVCOVITZ, 2005).

Os sistemas de proteção social têm origem na necessidade imperativa de neutralizar ou reduzir o impacto de determinados riscos sobre o indivíduo e a sociedade. Pode-se, portanto, afirmar que a constituição de sistemas de proteção social resulta da ação pública que visa a resguardar a sociedade dos efeitos dos riscos clássicos: doença, velhice, invalidez, desemprego e exclusão (por renda, raça, gênero, etnia, cultura, etc.).

A proteção social pode ser interpretada pela posição adotada por diferentes países e sociedades com relação aos seguintes aspectos: a quem e como oferecer a proteção, e quais os limites que lhe são conferidos. Estes parâmetros revelam os mecanismos de discriminação, redistribuição e organização do exercício da proteção social.

É um conceito amplo que, desde meados do século XX engloba a seguridade social (ou segurança social), o asseguramento ou garantias à seguridade e políticas sociais. Seguridade compreende um sistema programático de segurança contra riscos, circunstâncias, perdas e danos sociais, cujas ocorrências afetam negativamente as condições de vida dos cidadãos. O asseguramento diz respeito às regulamentações legais que garantem ao cidadão a seguridade social como direito. E as políticas sociais se constituem em políticas públicas que visam a concretizar o direito à seguridade social, por meio de um conjunto de medidas, benefícios e recursos, que devem implementar a política de proteção social no País (PEREIRA, 2007).

A segurança social, compreendida por diferentes regimes como assistência social, regimes universais, seguro social e dispositivos públicos e privados, deve ser estendida para as pessoas que não estão protegidas por nenhum tipo de regime, de forma que assegure acesso aos meios de produção, garantia do emprego, salário mínimo e segurança alimentar. A extensão da proteção social abrange quatro formas: extensão da segurança social obrigatória, promoção de microsseguros, introdução de sistemas universais financiados pelas receitas gerais do Estado e, adoção de prestações sujeitas à condição de recursos e também financiadas pelas receitas gerais do Estado (VIANA; LEVCOVITZ, 2005).

Existe diferença entre o antigo e o novo sistema de proteção social. O antigo sistema mobilizava a família, a comunidade e as associações filantrópicas e religiosas e vigorou até o momento da intervenção das categorias profissionais e do Estado, no final do século XIX e início do século XX. Dessa maneira, os sistemas de proteção social são formados com base no compartilhamento dos riscos gerados pelas situações de dependência pela sociedade, mercado e Estado, em diferentes momentos históricos, conformando, portanto, a própria história da proteção social, que está relacionada com a evolução dos riscos sociais; porém é nesse momento histórico que emergem situações em que os riscos individuais ou sociais perdem o caráter de risco e assumem caráter permanente, pois é característica dessa nova

fase do Capitalismo (desenvolvimento econômico-financeiro) o aparecimento, por exemplo, do fenômeno do desemprego permanente, de riscos ambientais globais e do surgimento de novas doenças.

3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PERCURSO DA SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL

As medidas de proteção social, como uma política social do Estado, dão-se sob determinadas condições históricas, adquirindo perfis diferenciados em cada país, dependendo da trajetória econômica e política que particulariza o desenvolvimento do Capitalismo e as lutas dos trabalhadores em cada realidade nacional (MOTA, 1995). Na atual conjuntura de transformações societárias e mudanças no papel do Estado, as necessidades sociais decorrentes das relações de produção e do mercado tendem a desestabilizar ainda mais os padrões de proteção social, conduzindo a saídas e a respostas cada vez mais individualizadas, orientadas pela lógica concorrencial do capital.

No atual estágio do sistema capitalista de produção há uma tendência à retomada de um sistema de proteção social baseado em valores morais, assentado no voluntariado, na caridade, desvinculado da noção de direito, fundamentado no compromisso da sociedade civil com os infortúnios individuais e calcado no assistencialismo. Para aqueles que mantêm ainda o vínculo com o trabalho formal, o seguro social se apresenta como a forma de se dar conta das demandas sociais, com ênfase nas respostas de mercado. Para os demais, predominam a caridade e o assistencialismo. Uma nova modalidade de proteção social na contemporaneidade exige uma reestruturação da organização da sociedade que desmonte a lógica construída e contemple as refrações provenientes das transformações sociais que, persistentemente, vêm atingindo a forma de ser e de viver da classe trabalhadora (MENDES; WÜNSCH; COUTO, 2006).

As políticas sociais brasileiras assumiram características, após o golpe de 1964, como: expansão seletiva de alguns programas sociais, o favorecimento ao setor privado, principalmente nas Áreas de Saúde, Previdência, Habitação e Educação, a centralização político administrativa e a supressão dos mecanismos de

participação dos trabalhadores e dos beneficiários no controle dos sistemas até então existentes (MOTA, 1995).

Tais características expressam a particularidade da política social, no Brasil, no período que se estende de 1964 até os finais da década de 1970. A rigor, sem inverter a tradição brasileira de o Estado privilegiar a expansão do capital, em detrimento da reprodução da força de trabalho, o que ocorreu de singular, naquele período, foi a necessidade de os governos militares oferecerem uma imagem social do Estado que lhes conferisse legitimidade e confiança por parte da população (MOTA, 1995).

Inversamente ao que se verificou nos países em que o *Welfare State* teve um desenvolvimento mais pleno, o conceito de seguridade social, no Brasil, avançou e se ampliou com a Constituição Federal de 1988 (MENDES; WÜNSCH; COUTO, 2006). Nos anos 1980, por meio da organização dos trabalhadores, novas mudanças são engendradas no âmbito das políticas de proteção social, transformações essas que vieram, inclusive, a ser institucionalizadas, nessa década, com a Constituição de 1988. Sem dúvida, o maior avanço desta Constituição foi a adoção do conceito de seguridade social englobando as Áreas da Saúde, da Previdência e da Assistência Social (MOTA, 1995).

No art. 194 desta Constituição a seguridade social é entendida como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 2002, p. 136). A incorporação, pela primeira vez, de um conceito peculiar à proteção social como o de seguridade social a um texto constitucional respondeu, à época, às expectativas da sociedade organizada de ampliação dos direitos sociais associados à cidadania.

Nos artigos que se seguem até o de número 204, a Constituição brasileira trata de determinar como o tripé da seguridade deverá ser estabelecido. O estatuto legal rompeu com a lógica fragmentada e buscou através da seguridade social dar sentido amplo a área social, enfatizando a responsabilidade do Estado brasileiro frente a essas políticas (COUTO, 1999).

Em contrapartida, a expressão seguridade social na Carta Magna não garantiu a efetivação concreta de um sistema de segurança social. Sua realização pressupunha uma base expandida de financiamento, composta de impostos pagos de forma direta ou indireta por toda a sociedade, ou seja, de recursos provenientes

dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e, de contribuições específicas. Além dessa inovação, há que se ressaltar a redefinição de alguns princípios, pelos quais foram estabelecidas novas regras relativas a fontes de custeio, organização administrativa, mecanismos de participação dos usuários no sistema e melhoria e universalização dos benefícios e Serviços (MOTA, 1995).

Contudo, se do ponto de vista das regras estabelecidas, as mudanças estabelecidas na Constituição de 1988 equipararam o Brasil aos sistemas securitários das sociedades desenvolvidas, o mesmo não se pode afirmar quanto às condições históricas e objetivas para implementá-las. É sobre esse aspecto que o processo de construção de uma cultura de crise opera refrações significativas nos rumos da seguridade social, permitindo, assim, observar também as contradições que permeiam a estreita vinculação entre a definição de direitos sociais e a garantia de mecanismos de proteção social (MOTA, 1995).

Embora se observe nessa Constituição uma fundamental ampliação da seguridade, com a universalização dos Serviços sociais públicos e uma maior participação dos usuários na gestão do sistema, destaca-se que a expansão, a caminho de uma provável universalização deve criar as condições para a inclusão de trabalhadores anteriormente excluídos do sistema de proteção social, além dos situados no chamado setor informal (MOTA, 1995).

O propósito de desconstrução da seguridade social se inscreveu, ao longo de todo o período que se iniciou em 1990, com a posse do então Presidente da República Fernando Collor de Mello, em um processo de retração do Estado, com privatizações de empresas estatais e com o agendamento de reformas ditas estruturais, entre as quais a da Previdência. Entretanto, contrariamente ao que ocorreu em outros países Latino-Americanos, no Brasil não foi integral a adesão às recomendações feitas pelo Banco Mundial. O sistema permaneceu essencialmente público e, apesar de suas limitações, seguiu exercendo funções consideráveis de proteção social. Além da previdência rural, tem sido destacado o caráter redistributivo da seguridade social brasileira, mesmo que entendida apenas como previdência, contradizendo a retórica da necessidade de reformá-la, em conformidade com os preceitos internacionais (VIANA, 2005).

Mas um paradoxo se estabeleceu na regulamentação da seguridade: traçaram-se caminhos distintos para as Áreas incluídas na mesma. A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080), de 1990, as leis 8.212 (Lei do Custeio da Previdência) e 8.213

(Lei dos Planos de Benefícios da Previdência), de julho de 1991, e a Lei Orgânica da Assistência Social (Lei 8.742), de 1993, estabeleceram, cada uma, suas diretrizes específicas (VIANA, 2005).

Progressivamente, efetivou-se a segmentação das Áreas, culminando com o desmembramento do antigo Ministério da Previdência e Assistência Social em duas estruturas: o Ministério da Previdência Social (MPS) e o Ministério da Assistência e Promoção Social (MAPS), em janeiro de 2003, no início do governo Lula. Conclui-se, dessa forma, que do ponto de vista da estrutura administrativa a seguridade não tem existência formal, podendo-se afirmar, também, sua inexistência formal sob o ponto de vista do financiamento. As conseqüências desse quadro são visíveis e concretas, pois a seguridade social existe constitucionalmente e, ao mesmo tempo, inexiste na estrutura institucional-administrativa do País (VIANA, 2005). É nesse quadro histórico que se insere o direito à saúde no trabalho e a garantia deste nos países capitalistas e, sobretudo, os que compõem o Mercosul.

3.2 DIREITO À SAÚDE NO TRABALHO NOS INSTRUMENTOS INTERNACIONAIS E NORMATIVOS DE PROTEÇÃO SOCIAL: UMA REFERÊNCIA PARA OS PAÍSES DO MERCOSUL

A partir deste item, trazem-se os documentos e as normativas atrelados à saúde no trabalho, que embasam a legislação da Argentina, do Brasil e do Uruguai, não como um ideal ou como algo incontestado, mas como parte de um processo histórico que sustenta a positivação de direitos, nesses países. Reconhecem-se as contradições existentes nesses documentos normativos; no entanto, aqui, seria inviável tal detalhamento, uma vez que abarcaria uma análise profunda do Estado em cada país e sua relação histórica com a realidade internacional, discussão essa, que não é o objetivo deste trabalho científico. Entretanto, mais adiante, quando se apresenta a legislação trabalhista, no Brasil, pontuam-se algumas considerações nesse sentido.

Para tanto, a discussão acerca da proteção internacional dos direitos humanos tem na Carta das Nações Unidas e na Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das

Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948, os principais fundamentos. Nesse instrumento jurídico obrigatório, está determinado que as Nações Unidas tenham, entre seus propósitos fundamentais, o respeito aos direitos humanos e estabelecida a obrigação dos Estados de cooperarem entre si para dar cumprimento a esses planos, servindo de base a Constituições e leis nacionais.

Traz-se como debate oportuno, para iniciar a explanação sobre o direito à saúde no trabalho, nos instrumentos internacionais, os artigos 23 e 24 da referida Declaração, onde se destacam o direito ao trabalho, às condições justas de trabalho, à proteção social, incluindo a proteção no trabalho e o direito de organização dos trabalhadores:

Artigo XXIII

1. Toda pessoa tem direito ao trabalho, à livre escolha de emprego, a condições justas e favoráveis de trabalho e à proteção contra o desemprego.

2. Toda pessoa, sem qualquer distinção, tem direito a igual remuneração por igual trabalho.

3. Toda pessoa que trabalhe tem direito a uma remuneração justa e satisfatória, que lhe assegure, assim como à sua família, uma existência compatível com a dignidade humana, e a que se acrescentarão, se necessário, outros meios de proteção social.

4. Toda pessoa tem direito a organizar sindicatos e neles ingressar para proteção de seus interesses.

[...]

Artigo XXIV

Toda pessoa tem direito a repouso e lazer, inclusive a limitação razoável das horas de trabalho e férias periódicas remuneradas.

No Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, adotado pela Resolução 2.200-A (XXI) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 16 de dezembro de 1966, e ratificado na Argentina, no ano 1986, no Brasil em 1992, e no Uruguai, no mesmo ano, também são feitas ressalvas quanto ao direito ao trabalho, à saúde, à saúde no trabalho e, à igualdade (PIOVESAN, 2004). Nos artigos 6º e 7º é destacada a necessidade de salvaguardar a saúde no trabalho, assegurando, na mesma proporção, o desenvolvimento econômico, social e cultural e o direito a um trabalho digno:

Art. 6º - 1. Os estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de ter a possibilidade de ganhar a vida mediante um trabalho livremente escolhido ou aceito e tomarão medidas apropriadas para salvaguardar esse direito.

Art. 7º - Os estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de gozar de condições de trabalho justas e favoráveis, que assegurem especialmente:

i) um salário eqüitativo e uma remuneração igual por um trabalho de igual valor, sem qualquer distinção; em particular, as mulheres deverão ter a garantia de condições de trabalho não inferiores às dos homens e perceber a mesma remuneração que eles, por trabalho igual;

b) Condições de trabalho seguras e higiênicas;

[...]

d) O descanso, o lazer, a limitação razoável das horas de trabalho e férias periódicas remuneradas, assim como a remuneração dos feriados.

O direito de organização dos trabalhadores, de greve e de ter Previdência Social também são apontados no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais:

Art. 8º - 1. Os Estados-partes no presente Pacto comprometem-se a garantir: a) O direito de toda pessoa de fundar com outros sindicatos e de filiar-se ao sindicato de sua escolha, sujeitando-se unicamente aos estatutos da organização interessada, com o objetivo de promover e de proteger seus interesses econômicos e sociais. O exercício desse direito só poderá ser objeto das restrições previstas em lei e que sejam necessárias, em uma sociedade democrática, ao interesse da segurança nacional ou da ordem pública ou para proteger os direitos e as liberdades alheias;

d) O direito de greve, exercido em conformidade com as leis de cada país.

Art. 9º - Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa à previdência social, inclusive ao seguro social.

Na seqüência apresenta-se o aparato legislativo que a Organização Internacional do Trabalho promoveu, como forma de regular a segurança e a saúde no trabalho.

3.2.1 Instrumentos da Organização Internacional do Trabalho pertinentes ao marco promocional da segurança e saúde no trabalho

Em se tratando de pressupostos normativos que servem de base para a proteção social nos países, a OIT é um órgão importante no campo da segurança e saúde no trabalho. A OIT estabelece convenções que trazem perspectiva importante para a legislação brasileira ao abordarem questões relacionadas ao meio ambiente de trabalho. Trata-se da Convenção nº 155, que dispõe questões de saúde, segurança e meio ambiente de trabalho, aprovada em 3 de junho de 1981 e ratificada pelo Brasil em 18 de maio de 1992 por meio dos Decretos Legislativos nº 2/92 e nº 1.254/94 e da Convenção nº 161, que assegura Serviços de saúde do trabalho, aprovada em 1985 e ratificada, pelo Brasil em 18 de maio de 1999, pelos Decretos Legislativos nº 86/89 e nº 127/91.

Por outro lado, a existência de normas que reprimem comportamentos considerados nocivos à saúde ou estimulem aqueles que os favorecem, são encontrados nos mais antigos textos legislativos. Na literatura contemporânea há a afirmação de que os direitos sociais, chamados direitos humanos de segunda geração, por alguns autores, incluem o direito à saúde. Entretanto, a experiência já demonstrou que a simples afirmação, ainda que constitucional, do direito à saúde não tem gerado, na prática, a sua aplicabilidade. A maior parte dos direitos sociais, os chamados direitos de segunda geração, que são exibidos em todas as declarações nacionais e internacionais, permaneceu no papel.

As posições da OIT quanto à política social se concentram no debate do mercado de trabalho e da Previdência Social e, recentemente, por conta das inúmeras situações de precarização do trabalho (conforme quadro 1), crescimento do mercado informal ao lado dos trabalhos temporários e de baixos salários, como fenômenos recorrentes tanto nos países desenvolvidos quanto nos menos desenvolvidos, foi desenvolvida uma agenda de propostas de intervenção e estímulo à formação de políticas de extensão da proteção social.

Com efeito, de acordo com essas posições, em 1990 exerciam trabalhos não decentes 63 milhões de trabalhadores urbanos, ou seja, 45% da população economicamente ativa (PEA), e esse número se elevou, no ano de 2003, para 93 milhões, que abarcam cerca de 50,5% da população economicamente ativa. Na

atualidade, dois terços da PEA na América Latina está excluída das redes de seguridade social em matéria de benefícios de saúde ou de pensões, advertiu a OIT. A situação se agrava no caso das mulheres que aproximadamente 80% carecem de toda proteção das instituições de seguridade social (RODRIGUÉZ, 2004).

Quadro 1 - Convênios e recomendações da OIT para a segurança e saúde no trabalho

SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO - OIT	
CONVÊNIOS	<ol style="list-style-type: none"> 1) Convênio sobre a inspeção do trabalho, 1947 (n° 81); 2) Convênio sobre a proteção contra as radiações, 1960 (n° 115); 3) Convênio sobre a higiene (comércio e escritórios), 1964 (n° 120); 4) Convênio sobre os auxílios em caso de acidentes de trabalho e doenças profissionais, 1964 (n° 121); 5) Convênio sobre a inspeção do trabalho (agricultura), 1969 (n° 129); 6) Convênio sobre o câncer profissional, 1974 (n° 139); 7) Convênio sobre o meio ambiente de trabalho (contaminação do ar, ruído e vibrações), 1977 (n° 148); 8) Convênio sobre segurança e higiene (trabalhos portuários), 1979 (n° 152); 9) Convênio sobre segurança e saúde dos trabalhadores, 1981 (n° 155); 10) Convênio sobre os Serviços de saúde no trabalho, 1985 (n° 161); 11) Convênio sobre o asbesto, 1986 (n° 162) 12) Convênio sobre segurança e saúde na construção, 1988 (n° 167) 13) Convênio sobre os produtos químicos, 1990 (n° 170); 14) Convênio sobre a prevenção de acidentes industriais maiores, 1993 (n° 174); 15) Convênio sobre segurança e saúde nas minas, 1995 (n° 176); 16) Protocolo de 1995 relativo ao convênio sobre a inspeção do trabalho, 1947 (n° 81); 17) Convênio sobre a segurança e a saúde na agricultura, 2001 (n° 184); 18) Protocolo de 2002 do convênio sobre segurança e saúde dos trabalhadores, 1981 (n° 155).
RECOMENDAÇÕES	<ol style="list-style-type: none"> 1) Recomendação sobre a inspeção do trabalho, 1947 (n° 81); 2) Recomendação sobre a inspeção do trabalho (minas e transporte), 1947 (n° 82); 3) Recomendação sobre a proteção da saúde dos trabalhadores, 1953 (n° 97); 4) Recomendação sobre os Serviços sociais, 1956 (n° 102); 5) Recomendação sobre a proteção contra as radiações, 1960 (n° 114); 6) Recomendação sobre o modo de vida dos trabalhadores, 1961 (n° 115); 7) Recomendação sobre a higiene (comércio e escritórios), 1964 (n° 120) 8) Recomendação sobre os auxílios em caso de acidentes do trabalho e doenças profissionais, 1964 (n° 121); 9) Recomendação sobre a inspeção do trabalho (agricultura), 1969 (n° 133); 10) Recomendação sobre o câncer profissional, 1974 (n° 147); 11) Recomendação sobre o meio ambiente de trabalho (contaminação do ar, ruído e vibrações), 1977 (n° 156); 12) Recomendação sobre segurança e higiene (trabalhos portuários), 1979 (n° 160).

Fonte: Conferencia Internacional del Trabajo (2006). Tradução da autora.

3.3 ANÁLISE COMPARATIVA DO APARATO NORMATIVO EM PAÍSES DO MERCOSUL: ARGENTINA, BRASIL E URUGUAI

Com relação às condições de emergência da proteção social nos países da América Latina, observa-se que ocorrem como parte das transformações que se operam na estrutura produtiva e na inserção destes países no sistema capitalista internacional, levando à crise do modelo primário-exportador em consequência da modernização e diversificação da estrutura socioeconômica (FLEURY, 1994). O tema proposto para esta exposição reúne realidades distintas, em termos do estágio de desenvolvimento, diferenças sócioeconômicas e culturais, geográficas e concepções diversas, que dão contornos e características à vida nos países do Mercosul. O enfoque na proteção dos direitos humanos, porém, confere unidade ao tema, visto que remete à necessidade primordial que é a de garantir a proteção ao ser humano, seja no ordenamento interno ou no ordenamento internacional, seja no âmbito de um sistema global ou de sistemas regionais.

A explanação que se segue tem a pretensão de apresentar o aparato legal nacional e internacional em que os direitos à saúde no trabalho no Mercosul podem estar apoiados. Não se aspira discutir as políticas nacionais em todos os seus aspectos, mas seus principais indicadores que fundamentam a existência de assimetrias que dificultam a integração de legislações em saúde do trabalhador.

3.3.1 Regulamentações constitucionais atreladas à saúde e trabalho na Argentina, no Brasil e no Uruguai

Um eixo importante de análise se refere ao detalhamento constitucional no tratamento das questões que envolvem o binômio saúde-trabalho. Além das disparidades existentes entre os parceiros da América do Sul, especialmente do ponto de vista econômico, apresentam-se assimetrias normativas entre os países, indubitavelmente, é um nó górdio no ajuste integrador no direito à saúde dos trabalhadores.

No quadro 2 é apresentado um comparativo das cartas constitucionais dos três países do Mercosul, Argentina, Brasil e Uruguai.

Quadro 2 - Direitos sociais relacionados à saúde do trabalhador

CONSTITUIÇÕES NACIONAIS DIREITOS SOCIAIS RELACIONADOS À SAÚDE E AO TRABALHO		
ARGENTINA	Direito à Proteção no Trabalho	Artículo 14 bis - El trabajo en sus diversas formas gozará de la protección de las leyes, las que asegurarán al trabajador: condiciones dignas y equitativas de labor; jornada limitada; descanso y vacaciones pagados; retribución justa; salario mínimo vital móvil; igual remuneración por igual tarea; participación en las ganancias de las empresas, con control de la producción y colaboración en la dirección; protección contra el despido arbitrario; estabilidad del empleado público; organización sindical libre y democrática reconocida por la simple inscripción en un registro especial.
	Direito à Organização	Artículo 14 bis - Queda garantizado a los gremios: concertar convenios colectivos de trabajo; recurrir a la conciliación y al arbitraje; el derecho de huelga. Los representantes gremiales gozarán de las garantías necesarias para el cumplimiento de su gestión sindical y las relacionadas con la estabilidad de su empleo.
	Direito à Previdência e à Proteção dos meios indispensáveis à manutenção do trabalhador	Artículo 14 bis - El Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable. En especial, la ley establecerá: el seguro social obligatorio, que estará a cargo de entidades nacionales o provinciales con autonomía financiera y económica, administradas por los interesados con participación del estado, sin que pueda existir superposición de aportes, jubilaciones y pensiones móviles; la protección integral de la familia; la defensa del bien de familia; la compensación económica familiar y el acceso a una vivienda digna.
BRASIL	Direito à Seguridade Social	Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à Saúde, à Previdência e à Assistência social. Art. 196 Art. 201 Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: [...]; III - a promoção da integração ao mercado de trabalho.
	Direito ao Trabalho	Art. 6º - São direitos sociais a educação, a saúde, o <i>trabalho</i> , a moradia, o lazer, a segurança, a <i>previdência social</i> , a proteção à maternidade e à infância, a <i>assistência aos desamparados</i> , na forma desta Constituição.
	Direito à Proteção no Trabalho	Art. 7º. São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: [...]; XIII - duração do trabalho normal não superior a oito horas diárias e quarenta e quatro semanais, facultada a compensação de horários e a redução da jornada, mediante acordo ou convenção coletiva de trabalho; XIV - jornada de seis horas para o trabalho realizado em turnos ininterruptos de revezamento, salvo negociação coletiva; XV - repouso semanal remunerado, preferencialmente aos domingos; XVII - gozo de férias anuais remuneradas com, pelo menos, um terço a mais do que o salário normal; XXII - redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança; XXIII - adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas, na forma da lei; XXVIII - seguro contra acidentes de trabalho, a cargo do empregador, sem excluir a indenização a que este está obrigado. Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de <i>saúde do trabalhador</i> [...]; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.
	Direito à Saúde, traduzido pelo dever do Estado de implementar políticas sociais que visem: a) a redução de doenças e de outros agravos; b) o estabelecimento de	Art. 6. Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e Serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

	condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos Serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.	
	Direito à Previdência Social	Art. 201. A previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, nos termos da lei, a: I - cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada; II - proteção à maternidade, especialmente à gestante; III - proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário; IV - salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda; V - pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes [...].
	Direito à Participação: a) participação nos lucros; b) participação na gestão; c) participação nas questões de saúde e segurança no trabalho	Art. 7º, Inciso XI - “participação nos lucros, ou resultados, desvinculada da remuneração, e, excepcionalmente, participação na gestão da empresa, conforme definido em lei”;
URUGUAI	Direito à Saúde	Artículo 44.- El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes.
	Direito ao Trabalho	Artículo 53.- El trabajo está bajo la protección especial de la ley. Todo habitante de la República, sin perjuicio de su libertad, tiene el deber de aplicar sus energías intelectuales o corporales en forma que redunde en beneficio de la colectividad, la que procurará ofrecer, con preferencia a los ciudadanos, la posibilidad de ganar su sustento mediante el desarrollo de una actividad económica.
	Direito à Proteção no Trabalho	Artículo 54.- La ley ha de reconocer a quien se hallare en una relación de trabajo o servicio, como obrero o empleado, la independencia de su conciencia moral y cívica; la justa remuneración; la limitación de la jornada; el descanso semanal y la higiene física y moral. El trabajo de las mujeres y de los menores de dieciocho años será especialmente reglamentado y limitado. Artículo 55.- La ley reglamentará la distribución imparcial y equitativa del trabajo. Artículo 56.- Toda empresa cuyas características determinen la permanencia del personal en el respectivo establecimiento, estará obligada a proporcionarle alimentación y alojamiento adecuados, en las condiciones que la ley establecerá. Artículo 59.- La ley establecerá el Estatuto del Funcionario sobre la base fundamental de que el funcionario existe para la función y no la función para el funcionario.
	Direito à Previdência	Artículo 67.- Las jubilaciones generales y seguros sociales se organizarán en forma de garantizar a todos los trabajadores, patronos, empleados y obreros, retiros adecuados y subsidios para los casos de accidentes, enfermedad, invalidez, desocupación forzosa, etc.; y a sus familias, en caso de muerte, la pensión correspondiente. La pensión a la vejez constituye un derecho para el que llegue al límite de la edad productiva, después de larga permanencia en el país y carezca de recursos para subvenir a sus necesidades vitales.
	Direito à Organização	Artículo 57.- La ley promoverá la organización de sindicatos gremiales, acordándoles franquicias y dictando normas para reconocerles personería jurídica. Promoverá, asimismo, la creación de tribunales de conciliación y arbitraje.

Fonte: Elaborado pela autora de acordo com as Constituições Nacionais da Argentina, do Brasil e do Uruguai; MENDES (2004)

Na América Latina, ao longo do século XX, não se criou um amplo e efetivo sistema de proteção social. Todos os modelos foram do tipo corporativo (seguro social), resultando em sistemas heterogêneos que se agravaram com a crise, nos anos 1980 e 1990, com reformas liberais nas duas últimas décadas do século e com a ampliação da pobreza. A característica dessa heterogeneidade se gesta por meio de histórias políticas e culturais, pela pressão dos partidos, sindicatos, Igreja, dos parlamentos, das lutas democráticas e das estratégias sócioeconômicas, nos vários países do continente, conformando distintos modelos de proteção (FONSECA; ROQUETE, 2005).

Baumecker (2004), ao fazer uma análise dos principais tópicos acerca dos modelos de seguridade social no campo específico dos acidentes de trabalho, na América Latina, destaca que o trabalho latino-americano é caracterizado pela expansão da não-proteção social. A autora enfatiza que não há como dissociar a seguridade social das questões relativas ao trabalho, tanto no que se refere ao acesso ao trabalho quanto aos direitos sociais derivados dele, e o trabalho, por sua vez, está completamente envolvido pelas questões econômicas.

A economia da maioria dos países da América Latina tem, em sua história, uma subordinação em relação aos países economicamente estáveis e, sobretudo, o desenvolvimento dos mesmos, as decisões políticas e sociais estão fortemente influenciadas pelo cenário econômico mundial. Baumecker (2004), afirma, ainda, que, dessa forma, toda região latino-americana é palco de discontinuidades e de interrupções de soluções na implementação de políticas, impactando diretamente a qualidade de suas políticas públicas. A exclusão da seguridade social fica em destaque quando há a tendência de redução da população ativa ocupada, no setor formal.

Em se tratando de modelos de seguro social operantes na América Latina, Baumecker (2004), ressalta que na região coexistem modelos diferentes. A Argentina passou, pela reforma de julho de 1996, de um sistema de responsabilidade individual, sem seguro obrigatório, para um regime de responsabilidade coletiva, com seguro obrigatório administrado pela iniciativa privada, pela da Lei de Riscos do Trabalho. No Brasil, embora tenha prevalecido a natureza estatal do Seguro de Acidentes de Trabalho, houve um pequeno período de seguro privado, que teve seu término em 1967. Hoje há o seguro social instrumentalizado pelo Estado, seguindo as orientações principalmente do artigo 194 da Constituição Brasileira de 1988; do artigo 1º da Lei 8212/91 e do artigo 2º da Lei

8213/91. No Uruguai, o Banco de Seguros do Estado monopoliza o seguro social; entretanto, já tramitam no Parlamento projetos de privatização (RODRÍGUEZ, 2004).

Os regimes de cobertura de riscos do trabalho prevêm normalmente:

- a) uma condição mórbida: requer ações de recuperação da saúde, por meio da assistência médica, até a reintegração do trabalhador ao trabalho, incluindo a reabilitação e readaptação profissional;
- b) interrupção dos salários por causa da doença ou acidentes: determina um pagamento periódico que restabeleça as rendas perdidas, indenizações normalmente chamadas de incapacidade temporária;
- c) perda de habilidades físicas ou mentais;
- d) em caso de morte: uma pensão para os dependentes;
- e) trabalhos para a busca da reinserção no mercado de trabalho por meio de orientação ou formação profissional (RODRÍGUEZ, 2004).

Em uma análise crítica do direito à saúde no trabalho redigido, implícito ou explicitamente nos textos constitucionais dos três países membros do Mercosul, pode-se destacar a concepção que sustenta tais inscrições. De acordo com a Constituição da Argentina, o direito à saúde no trabalho está relacionado às condições dignas e eqüitativas, fundamentadas na legislação existente.

Com relação à Argentina, Baumecker (2004) aponta para uma redução da cobertura de trabalhadores assegurados. Esta redução se deve a pelo menos três fenômenos: desemprego, extensão do setor informal e extensão do trabalho oculto. Tais fenômenos estão diretamente relacionados à reestruturação econômica, pela qual estão passando a maioria dos países da América Latina. Obrigados a interromper a linha da política trabalhista por pressões externas à região, não conseguiram equacionar uma nova política que garantisse cidadania e seguridade social à população (em se tratando de seguridade social, é preciso lembrar que os dependentes são tão prejudicados quanto os segurados, e que a seguridade social envolve toda a população de um país).

Aqui cabe uma ressalva sobre a situação do Brasil. Por meio da Constituição Federal de 1988, foi implementada a seguridade social fundamentada, no princípio da “universalidade da cobertura e do atendimento”, consignado no seu inciso I Parágrafo único do artigo 194. A partir da Carta Magna, as políticas públicas da seguridade social tiveram essa direção. O Setor de Saúde introduziu, por meio da Lei 8080, o Sistema Único de Saúde - SUS, que vem sendo desenvolvido e se

mantém consoante o princípio fundamental da universalidade (VIANA; LEVCOVITZ, 2005). Entretanto, no âmbito da Previdência Social, foi estabelecido formalmente, por meio da Lei 8.212/91, artigo 3º, que é um dos princípios da Previdência Social Brasileira, “a universalidade de participação nos planos previdenciários, mediante contribuição”. Como pode ser visto, de uma universalidade “geral”, instituída na Constituição, reduziu-se para uma universalidade “mediante contribuição”.

Deve-se, portanto, ressaltar que a saúde do trabalhador está incluída no campo de atuação do SUS, sendo descrita, preferencialmente, nos artigos 6º, 13º, 15º, 16º, 17º e 18º da Lei 8.080 e, cuja gestão cabe à esfera de governo: no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela Secretaria de Saúde e, no âmbito dos Municípios pela Secretaria Municipal de Saúde, inscritas no inciso I do artigo 198 da Constituição Federal de 1988.

A referida lei, no art. 6º, § 3º, descreve a saúde do trabalhador como “um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho” (BRASIL, 2000b, p. 121).

Apesar de existir um aparato legal apontando para a proteção da saúde do trabalhador este, como os demais direitos sociais, pertence aos direitos do tipo *especial*, uma vez que não implicam a possibilidade da criminalização. Diferentemente do que ocorre como os outros direitos, que trazem consigo a possibilidade de penalizar aqueles que os infringem (até mesmo enquadrando-os no Código Penal), no caso dos direitos sociais essa possibilidade não existe. O governante que não cumpre o que estabelece a norma constitucional no plano dos direitos sociais pode, quando muito, sofrer sanções morais e desgaste político. Somente será criminalizado se o não-cumprimento vier acompanhado de atos de corrupção.

Vale lembrar, ainda, que as modificações na legislação da Previdência Social Brasileira, mesmo com a nova Constituição, têm excluído, cada vez, mais, através de mecanismos reguladores próprios, um número significativo de casos do âmbito da doença e acidente de trabalho. Também ficam fora desses enquadramentos, ainda que estejam vinculados à Previdência, os trabalhadores autônomos e os funcionários públicos municipais, estaduais e federais, civis e militares. A legislação da Saúde universalizou o atendimento a todos os casos. Não criou, porém,

mecanismos próprios e eficazes para identificar, dentro desses acidentes, aqueles relacionados ao trabalho (MENDES, 2003).

Na Constituição Uruguaia vigente, o direito à saúde está descrito claramente em seu texto constitucional, sendo de responsabilidade do indivíduo e não do Estado, que se compromete a assistir somente aos segmentos identificados como indigentes ou carentes de recursos, conforme evidenciado no artigo 44 daquela Carta Magna. A responsabilidade do Estado é proporcionar meios de assistência às pessoas carentes. O Relatório da pesquisa “Direitos à Saúde: discurso, prática e valor; uma análise nos países do Mercosul”, aponta a contradição nos enunciados da lei ao promulgar a igualdade no artigo 8º: *“Todas las personas son iguales ante la ley, no reconociéndose otra distinción entre ellas sino la de los talentos o las virtudes”*.

Na mesma Constituição, o direito à proteção no trabalho está descrito no art. 56. Entretanto, este documento salienta que a atenção à saúde é de responsabilidade individual, quando faz referência ao dever de cada cidadão de “cuidar” de sua saúde. Nessa mesma linha de pensamento, atrela a saúde ao aperfeiçoamento físico, moral e social dos habitantes do País. O direito ao trabalho e às condições de trabalho está submetido ao redigido na lei maior que, vincula o direito à saúde no trabalho a higiene física, mas também moral.

Na relação de trabalho a Carta Magna uruguaia deixa claro o dever do trabalhador de aplicar suas energias intelectuais e corporais em favor da coletividade para assim garantir sua reprodução social, por meio do desenvolvimento de uma atividade econômica. O que pauta esse entendimento é a lógica do pensamento capitalista, ou seja, a acumulação ou reprodução ampliada do capital, que se dá pelo aumento da produtividade, traduzida no aumento da jornada de trabalho e no emprego de novos meios de produção.

Infringir a proteção social dos trabalhadores é desrespeitar os preceitos dos direitos humanos. A saúde, como direito humano, baseia-se no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos do Homem, cujo teor expressa o direito de todo ser humano à prestação sanitária. A adoção de tal conceito levou quase todas as Constituições do mundo a afirmarem a saúde como um direito fundamental do homem, determinando a relação obrigacional entre Estado e indivíduo.

Morais (2002) enfatiza que não se pode analisar as situações que ocorrem, sem uma tentativa de implementação dos direitos humanos, tendo como cenário o

espectro das transformações das relações socioeconômicas e suas conseqüências, sobretudo quando se visa a instrumentalizar para isso as práticas jurídicas e os operadores do direito por elas responsáveis, em particular, pensando-se no conjunto de possibilidades e necessidades que se abrem, a partir das estratégias de regionalização dos espaços via integração de países, da globalização econômica, da mundialização dos vínculos sociais, da universalização das pretensões, etc. No caso das regiões do Mercosul uma possibilidade é a padronização de “direitos cidadãos” entre os países, ou seja, um compartilhamento de legislações e normas que garantam, em igual proporção, a saúde e a saúde dos trabalhadores dessa localidade.

Cabe destacar, conforme descreve o Primeiro Relatório sobre aplicação do direito do Mercosul pelos tribunais nacionais, que ainda não existe comunicação fluente entre as jurisdições dos Estados-membros no que concerne ao temas do Direito do Mercosul, no qual o direito à saúde do trabalhador se enquadraria. Ademais, sabe-se que existem diferentes interpretações do ordenamento jurídico em cada um dos Estados-membros, que poderia gerar um *déficit* de segurança jurídica no seio do processo de integração econômica e social (SECRETARÍA DEL MERCOSUR, 2003).

Assim como existe a Decisão CMC nº 30, que atribui ao Setor de Assessoria Técnica (SAT) da Secretaria do Mercosul, entre outras funções, o seguimento e avaliação do desenvolvimento do processo de integração, por meio da elaboração de relatórios periódicos, com bases semestrais, sobre a evolução do processo de integração, com a finalidade de analisar as variáveis relevantes que afetam o processo de integração, e acompanhar a implementação dos compromissos assumidos no âmbito do Mercosul, sugere-se a expedição de uma Decisão que atribua, ao mesmo setor ou a um setor semelhante, a função de avaliar indicadores significativos que interfiram no processo de saúde-doença dos trabalhadores das regiões de fronteira do Mercosul, por meio da construção de relatórios periódicos semestrais, com vistas à elaboração de acordos internacionais que estabeleçam medidas técnicas e operacionais de controle das situações precarizadas de trabalho.

Morais (2002) destaca que para o enfrentamento do problema, que infringe os direitos humanos, é preciso que se recupere a importância das Constituições na história jurídico-política ocidental. O constitucionalismo desempenhou e desempenha um papel fundamental, se não para o desenvolvimento, para o asseguramento de

parâmetros de vida social democrática e digna. Enfatiza-se que em uma sociedade de classes os interesses não são iguais, pois atualmente, está presente uma liberdade que corresponde ao individualismo e não à justiça social.

A Constituição é, portanto, a associação da Política e do Direito. Desenha uma pauta mínima de conteúdos que expressam os valores básicos a orientar uma sociedade justa e digna. Merece atenção para investigar o caráter eficaz das normas constitucionais, em especial daquelas que expressam conteúdos próprios aos direitos humanos das gerações mais recentes.

Em contrapartida, nem sempre a formalização de um texto constitucional impediu que a prática política fosse desenvolvida em desacordo com a expressão contida na Carta Magna. Especialmente, em países em desenvolvimento como o Brasil, em que a simples afirmação constitucional de tal direito não produziu os resultados esperados. Da mesma forma, em muitos momentos, o texto constitucional não representou aquilo que se pretendia ser a materialização da vontade política de um povo, mas, pelo contrário, serviu para dar um véu de legalidade e legitimidade a um poder arbitrário, como ocorrido seguidamente na história constitucional latino-americana, em suas experiências burocrático-autoritárias (MORAIS, 2002).

Quando se pensa em concretização dos conteúdos dos direitos humanos, particularmente das últimas gerações, supõe-se que tal enfrentamento deva ser feito sob duas perspectivas distintas, sem que sejam excludentes:

- a) em um primeiro momento, pode-se pensar em uma vertente de concretização, pelo Estado, ou seja, é de verificar-se o papel do ente público estatal para que se obtenha o máximo de efetividade, assim, com o máximo de adequação dos conteúdos que lhe são próprios (MORAIS, 2002);
- b) de outro lado, seria preciso pensar a questão da concretização dos direitos humanos a partir de uma perspectiva social. Ou seja, de que estratégias os atores sociais deveriam lançar mão, além daquelas já existentes juridicamente, para verem materializadas as políticas humanitárias.

Sobre o enfoque do contexto social, pode-se dizer que o conteúdo do texto constitucional de 1988 teve fundamentação substantiva para aquele momento, mas novos contextos se criam e exigem que se repense o aparato legal de proteção aos direitos humanos. Desfaz-se o Estado constitucional e em seu lugar se insere uma ordem sem limites geográficos e com conteúdos flexíveis, sem espaços próprios

predeterminados, sem um pacto estruturante organizador e ordenador do ser-estar no mundo, como um parâmetro de justiça da comunidade, substituído por um mundo governado única e exclusivamente pelo princípio da utilidade, da eficácia e da eficiência. Tais premissas demonstram a incompatibilidade das noções clássicas de democracia e de cidadania com a “desterritorialização” provocada pela globalização, o que coloca a necessidade de repensar o conteúdo e a extensão de tais noções e práticas.

No caso da integração regional, não está ocorrendo apenas uma internacionalização dos mercados e das tarifas, mas também uma internacionalização do déficit democrático presente na história da construção de cada nação; ressalta-se a experiência latino-americana, que historicamente apresenta o caráter autoritário em suas ações político-administrativas. Seria uma “desterritorialização” dos direitos humanos e das Constituições.

Para tanto, é preciso promover novas formas de comunidade política e novas concepções de cidadania que vinculem autoridades e lealdades subestatais, estatais, transnacionais em um ordenamento mundial alternativo àquele hoje existente. Isto é: articular um duplo processo de democratização, de fortalecimento mútuo, capaz de aprofundar a democracia no plano doméstico (abrangendo o Estado e as sociedades civil, política e econômica) e, ao mesmo tempo, impulsionar a ampliação radical de formas e processos democráticos nos âmbitos regional e global (MORAIS, 2002).

3.3.2 Leis trabalhistas nos países do Mercosul: Brasil, Argentina e Uruguai

Inicialmente, merecem destaque (no quadro 3) as legislações introduzidas nos três países do Mercosul, tomadas como referência para regulamentar a relação de trabalho.

Quadro 3 - Principais legislações no trabalho no Brasil, na Argentina e no Uruguai

PAÍSES	PRINCIPAIS LEGISLAÇÕES NO TRABALHO
ARGENTINA	Constituição Nacional de 1994 Lei 20744/1976 - Regime de Contrato de Trabalho Lei 24013/1991 - Lei Nacional de Emprego Lei 24241/1993 - Sistema Integrado de Aposentadorias e Pensões Lei 24557/1995 - Lei de Riscos no Trabalho (LTR).
BRASIL	Constituição Nacional de 1988 Decreto Lei 5452/1943 - Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) Lei 8213/1991 - Acidente de Trabalho Portaria n. 3214/1978 - Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego Portaria Interministerial n. 800/2005
URUGUAI	Constituição Nacional de 1967 Lei 16074/1989 - Seguro de Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais.

Fonte: Sistematização da autora feita a partir do site: Disponível em: <<http://www.observatorio.net/>>.

Em se tratando do Brasil, não se pode esquecer que os direitos sociais, incluindo a legislação no trabalho, tiveram grande destaque e “avanço” entre os anos de 1930 a 1945, em detrimento dos direitos políticos que, após o movimento de 1930, foram limitados e sujeitos a sérios recuos. Sob essa acepção, a legislação trabalhista foi introduzida sob a política populista, em um ambiente de baixa ou nenhuma participação política e de precária vigência dos direitos civis.

O populismo era um fenômeno urbano e, no Brasil e na Argentina, por exemplo, implicava a posição dos cidadãos como dependentes, perante os líderes, aos quais votavam lealdade pessoal pelos benefícios que eles de fato ou supostamente lhes tinham distribuído. Em meio a uma política populista e nacionalista, que contava com o apoio dos trabalhadores em geral, Getúlio Vargas dedicou grande atenção à questão trabalhista e social. Vasta legislação foi promulgada, culminando com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), de 1943, que foi introduzida em pleno Estado Novo, tendo, como escopo, a lógica do favor, da gratidão e da lealdade, daí resultando uma cidadania passiva e receptora. Essas leis permanecem até hoje, com poucas modificações de fundo (CARVALHO, 2004).

No decorrer da História brasileira, outros investimentos em direitos sociais foram feitos, inclusive nos governos militares. Entretanto, tais investimentos sempre foram uma tentativa estratégica de seus autores para chegarem ou se manterem no poder, por meio do apoio do povo. Pela Constituição Federal de 1988, pautada na

democracia, não foi possível ser embasada a solução de problemas como a desigualdade social, que caracteriza o País, desde a Independência. Os cidadãos brasileiros chegam, então, ao século XXI, envoltos num misto de esperança e incertezas, com a precariedade do conhecimento e da garantia dos direitos e tendo, na retaguarda, uma legislação segmentada, pautada em paradigmas diferenciados, dentre eles o Liberal.

Como foi apontado anteriormente, as questões relacionadas ao trabalho, emprego e seguridade social são representadas, no Mercosul, pelo subgrupo de trabalho SGT nº10, que é coordenado pelos Ministérios do Trabalho, com a participação das organizações sindicais e empresariais dos quatro países. E as referentes à Setor de Saúde, ao SGT nº11, saúde, já referenciado.

Desde o início de seu funcionamento, em 1992, o SGT nº10 tem obtido resultados importantes, mesmo com as limitações impostas pelo modelo econômico adotado nos âmbitos nacional e regional. Instigados fundamentalmente pela participação sindical, estão sendo tratados temas como a harmonização dos direitos laborais fundamentais, saúde e segurança no trabalho, eliminação do trabalho infantil, migrações, emprego e formação profissional, entre outros.

A reunião dos presidentes dos Estados-membros do Mercosul em *La Leñas*, em 1992, instituiu um cronograma de medidas tendentes à consecução dos objetivos e metas previstos no Tratado de Assunção, determinando que se realizassem propostas para se conseguir a livre circulação de trabalhadores até maio de 1993, considerações ratificadas nas Convenções da OIT no ano de 1992 e, que passou a ser uma meta, a elaboração da Carta dos Direitos Fundamentais do Mercosul, documento que apresentaria forte ligação com a livre circulação de trabalhadores (JAEGER JÚNIOR, 2002).

De acordo com esse cronograma, a Coordenadoria das Centrais Sindicais do Cone Sul (CCSCS) apresentou a proposta de uma Carta dos Direitos Fundamentais aos presidentes dos países-membros do Mercosul, em Montevideu, em janeiro de 1994. A proposta foi rejeitada sob o argumento de que correspondia a um programa ambicioso e se revelava um conjunto de aspirações trabalhistas sem adequada coerência interna.

A proteção dos direitos e garantias dos trabalhadores foi oficializada pela assinatura da Declaração Sociolaboral do Mercosul (DSL), em dezembro de 1998, portanto, seis anos após a criação do SGT nº10. Essa declaração é um instrumento

jurídico, de caráter público e não dependente, que estabelece um compromisso entre os Estados-parte para a aplicação de um conjunto de direitos básicos e universais, como por exemplo, direito de organização e negociação coletiva, não discriminação e igualdade de trato, erradicação do trabalho infantil e do trabalho abusivo, implementação de políticas de emprego e formação profissional adequadas, adoção das normas fundamentais de saúde e higiene no trabalho, direito à seguridade social, etc. (CASTRO, 2006).

A Declaração Sociolaboral do Mercosul está dividida em três grandes temas: Direitos Individuais, Direitos Coletivos e Outros Direitos. Na parte que trata dos Direitos Individuais se encontra como tema a ser regulamentado por esta Declaração: a não discriminação, a promoção da igualdade, a questão dos trabalhadores migrantes e fronteiriços, a eliminação do trabalho forçado/pesado, o trabalho infantil e de menores. Nos Direitos Coletivos são abordadas as seguintes categorias: liberdade de associação, liberdade sindical, negociação coletiva, folga, promoção e desenvolvimento de procedimentos preventivos, e diálogo social. No eixo Outros Direitos são tratados: o fomento do emprego, a proteção dos desempregados, a formação profissional e desenvolvimento de recursos humanos, a saúde e segurança no trabalho, a inspeção do trabalho e a seguridade social.

A referida declaração tem como base a mesma condição fundamental do Tratado de Asunción, ou seja, a articulação entre desenvolvimento econômico com justiça social; nesta perspectiva, é um dos parâmetros norteadores da integração em Saúde do Trabalhador no contexto do Mercosul. Ressaltam-se alguns artigos que dão sustentação às argumentações anteriores:

Não discriminação

Artículo 1º. - Todo trabajador tiene garantizada la igualdad efectiva de derechos, trato y oportunidades en el empleo y ocupación, sin distinción o exclusión en razón de raza, origen nacional, color, sexo u orientación sexual, edad, credo, opinión política o sindical, ideología, posición económica o cualquier otra condición social o familiar, en conformidad con las disposiciones legales vigentes.

Los Estados Partes se comprometen a garantizar la vigencia de este principio de no discriminación. En particular se comprometen a realizar acciones destinadas a eliminar la discriminación respecto de los grupos en situación de desventaja en el mercado de trabajo.

Promoção da Igualdade

Artículo 2º. - Las personas con discapacidades físicas o mentales serán tratadas en forma digna y no discriminatoria, favoreciéndose su inserción social y laboral.

Los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas efectivas, especialmente en lo que se refiere a la educación, formación, readaptación y orientación profesional, a la adecuación de los ambientes de trabajo y al acceso a los bienes y servicios colectivos, a fin de asegurar que las personas discapacitadas tengan la posibilidad de desempeñarse en una actividad productiva.

Trabalhadores Migrantes e Fronteiricos

Artículo 4º. - Todo trabajador migrante, independientemente de su nacionalidad, tiene derecho a ayuda, información, protección e igualdad de derechos y condiciones de trabajo reconocidos a los nacionales del país en el que estuviere ejerciendo sus actividades, de conformidad con las reglamentaciones profesionales de cada país.

Los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas tendientes al establecimiento de normas y procedimientos comunes relativos a la circulación de los trabajadores en las zonas de frontera y a llevar a cabo las acciones necesarias a fin de mejorar las oportunidades de empleo y las condiciones de trabajo y de vida de estos trabajadores.

Eliminação do trabalho forçado

Artículo 5º. - Toda persona tiene derecho al trabajo libre y a ejercer cualquier oficio o profesión conforme a las disposiciones nacionales vigentes.

Los Estados Partes se comprometen a eliminar toda forma de trabajo o servicio exigido a un individuo bajo la amenaza de, una pena cualquiera y para el cual dicho individuo no se ofrece voluntariamente.

Además se comprometen a adoptar medidas para garantizar la abolición de toda utilización de la mano de obra que propicie, autorice o tolere el trabajo forzoso u obligatorio.

Especialmente suprímese toda forma de trabajo forzoso u obligatorio del que pueda hacerse uso:

- a) como medio de coerción o de educación política o como castigo por no tener o expresar el trabajador determinadas opiniones políticas o por manifestar oposición ideológica al orden político, social o económico establecido;*
- b) como método de movilización y utilización de la mano de obra con fines de fomento económico;*
- c) como medida de disciplina en el trabajo;*
- d) como castigo por haber participado en huelgas;*
- e) como medida de discriminación racial, social, nacional o religiosa.*

Liberdade de Associação

Artículo 8º. - Todos los empleadores y trabajadores tienen el derecho de constituir las organizaciones que estimen convenientes, así como de afiliarse a esas organizaciones, de conformidad con las legislaciones nacionales vigentes.

Diálogo Social

Artículo 13º. - Los Estados Partes se comprometen a fomentar el diálogo social en los ámbitos nacional y regional, instituyendo mecanismos efectivos de consulta permanente entre representantes de los gobiernos, de los

empleadores y de los trabajadores, a fin de garantizar, mediante el consenso social, condiciones favorables al crecimiento económico sostenible y con justicia social de la región y la mejora de las condiciones de vida de sus pueblos.

Saúde e Segurança no Trabalho

Artículo 17º. - Todo trabajador tiene el derecho a ejercer sus actividades en un ambiente de trabajo sano y seguro, que preserve su salud física y mental y estimule su desarrollo y desempeño profesional.

Los Estados Partes se comprometen a formular, aplicar y actualizar, en forma permanente y en cooperación con las organizaciones de empleadores y de trabajadores, políticas y programas en materia de salud y seguridad de los trabajadores y del medio ambiente del trabajo, con el fin de prevenir los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, promoviendo condiciones ambientales propicias para el desarrollo de las actividades de los trabajadores.

Inspeção do Trabalho

Artículo 18º. - Todo trabajador tiene derecho a una protección adecuada en lo que se refiere a las condiciones y al ambiente de trabajo.

Seguridade Social

Artículo 19º. - Los trabajadores del MERCOSUR tienen derecho a la seguridad social, en los niveles y condiciones previstos en las respectivas legislaciones nacionales.

Los Estados Partes se comprometen a garantizar una red mínima de amparo social que proteja a sus habitantes ante la contingencia de riesgos sociales, enfermedades, vejez, invalidez y muerte, buscando coordinar las políticas en el área social, de forma de suprimir eventuales discriminaciones derivadas del origen nacional de los beneficiarios.

Para concretizar o caráter promocional e dar continuidade de aplicação da DSL, foi criada a Comissão Sócio-Laboral do Mercosul (CSLM), órgão tripartite do Mercosul, que começou a funcionar no ano de 2000. De acordo com seu regulamento, a CSL se reúne no mínimo duas vezes ao ano e dá seguimento à DSL por meio de análises de memórias nacionais sobre os diferentes capítulos. A CSL se remete ao Grupo do Mercado Comum, o que facilita a possibilidade de fazer recomendações para garantir o cumprimento da DSL e melhorar os padrões laborais-sociais (CASTRO, 2006).

Um exemplo das recomendações efetuadas pela CSL, em 2003, foi a sugestão de realização de uma Conferência Regional do Emprego, para avaliar o problema e propor diretrizes aos países do Mercosul para a geração de emprego. Como produto, a conferência se realizou em Buenos Aires, em abril de 2004, quando os Ministros do Trabalho aprovaram uma declaração que demarcou a

centralidade e transversalidade do emprego e a necessidade do tema ser tratado de forma interdisciplinar, com vistas à elaboração de uma estratégia de emprego para o Mercosul.

A declaração ministerial deu base a decisão do Conselho do Mercado Comum - CMC, em Ouro Preto, em dezembro de 2004, criando um grupo de trabalho sobre estratégia de emprego (Grupo de Trabalho de Alto Nível sobre Estratégia de Emprego), que se estabeleceu em outubro de 2005, após seguidas pressões da coordenação das Centrais Sindicais do Cone Sul.

Em contrapartida, a realidade confronta com as decisões oficiais. Tanto o plano de trabalho 2004/2006, aprovado em dezembro de 2003 pelos Presidentes da República, como a Declaração dos Ministros do Trabalho afirmaram a necessidade de fortalecer a dimensão sócio-laboral do Mercosul e a investigação do grau de cumprimento de Declaração Sociolaboral. Estas decisões, todavia, não se transformaram em ações concretas, pois não há uma fiscalização adequada e suficiente em nível nacional e muito menos regional. A implementação das tarefas programadas exige um real compromisso dos governos no processo, promovendo uma extensa e profunda investigação, ampliando o rol e a eficácia da Comissão Sócio-Laboral do Mercosul (CASTRO, 2006).

Questões como o uso de tecnologias obsoletas e prejudiciais à saúde e ao meio ambiente, a terceirização, o desemprego, a desregulamentação das relações de trabalho e o nivelamento por baixo dos salários, nos países do Mercosul, embora não encontrem designo no processo de integração, permeiam as discussões acadêmicas, sindicais e dos movimentos organizados das sociedades latinoamericanas.

Algumas questões colocadas como problemáticas no Mercosul na Área do Trabalho são consideradas críticas, como o trabalho escravo e o trabalho infantil; as doenças e os acidentes de trabalho subnotificados e invalidados pela conjuntura; mais generalizadas como a violência no campo e nas cidades, aliada ao narcotráfico e o crescente índice de informalização da economia, como resposta mais imediata ao desemprego, vêm suscitar a urgência de uma melhoria das condições de vida e de trabalho nos países membros.

O papel reservado aos cidadãos latinoamericanos tem sido o de meros espectadores no processo de integração. Ribeiro e Vasconcellos (1996) afirmam que essa situação só mudará quando os cidadãos passarem ser protagonistas por meio

da luta organizada, pela equalização de direitos consolidados e pela conquista de novos direitos para todos os povos do Mercosul. Conhecer os modelos de atenção à saúde de quem trabalha e buscar a superação de seus limites, é uma das iniciativas a ser tomada pela classe-que-vive-do-trabalho.

3.4 REFLEXÕES SOBRE OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DE QUEM TRABALHA NO MERCOSUL

3.4.1 Saúde e Trabalho na Argentina

3.4.1.1 Breve contextualização sobre a saúde

O Ministério da Saúde da Argentina promoveu, no ano de 1990, uma ampla reforma sanitária, que abrangeu os três setores de seu sistema. O setor público teve suas responsabilidades transferidas aos estados provinciais por meio do processo de descentralização. Os níveis provinciais e municipais são responsáveis pela implantação da atenção primária em saúde (STOLKINER, 2007).

Por mandato constitucional as províncias são as unidades técnico-administrativas responsáveis pelo cuidado e proteção da saúde da população. Os municípios são responsáveis por administrar seus próprios recursos e têm atribuições de planejar e realizar ações de forma independente, particularmente os de maior poder econômico e densidade demográfica. O Conselho Federal de Saúde (COFESA) é o espaço de articulação institucional para a construção de consensos, o estabelecimento de metas, e adoção de políticas e decisões compartilhadas entre os setores e jurisdições. O governo interfere nas províncias por meio das delegações do Ministério da Saúde, da Superintendência de Serviços de Saúde, da Superintendência de Riscos no Trabalho e da Superintendência das Administradoras de Fundos de Aposentadorias e Pensões (OPS, 1998).

O setor de Saúde, na Argentina, estrutura-se sob três subsetores principais: a) um subsetor público, que segue o Plano Federal de Saúde, estabelecido no ano de

2004, nas jurisdições nacionais, provinciais e municipais, visando a garantir a equidade e o acesso aos Serviços, com financiamento e provisão públicos, especialmente integrado às estruturas administrativas provinciais e nacionais de nível ministerial e à rede de hospitais públicos; b) um subsetor de seguro social obrigatório, organizado em torno das entidades que agrupam os trabalhadores segundo o ramo de atividades denominadas Obras Sociais (OS); c) um subsetor privado, que inclui, tanto a oferta de profissionais de saúde independentes, como a de estabelecimentos de saúde (hospitais privados, clínicas, etc.) que atendem demandantes individuais, mas sobretudo, os beneficiários da OS mediante acordos individuais e coletivos que prevêm diferentes modalidades de pagamento dos Serviços (OPS, 1998; STOLKINER, 2007).

O setor seguridade social alterou seu marco regulatório, quando introduziu o direito dos beneficiários de escolher para sua seguradora uma empresa participante do sistema. O Setor privado é regulado pelo Estado, que interfere no tipo de cobertura e na qualidade dos Serviços oferecidos pelas seguradoras privadas (DAL PRÁ, 2004).

A seguridade social é composta por um grande número de instituições heterogêneas quanto ao tipo de população que abrange, a cobertura que oferece, os recursos financeiros disponíveis por associado e as variadas modalidades de operação, gerando inclusive várias categorias de instituições, que abarcam um importante número de beneficiários e que manejam recursos consideráveis, por fora da órbita do Órgão de fiscalização e regulação. Os privados e os municipais, por sua vez, também incluem organizações e Serviços de características muito diversas (ARGENTINA, 2004).

A heterogênea oferta de coberturas abarca 24 sistemas públicos provinciais, 300 Obras Sociais Nacionais, 24 Obras Sociais Provinciais, várias empresas de medicina pré-paga, seguros privados de saúde e grande quantidade de mutuais, além do Instituto Nacional de Serviços Sociais para aposentados e pensionistas. Ao longo de sua história, o “sistema” de saúde argentino foi adotando uma configuração com problemas de eficácia e equidade. A falta de coordenação e articulação desse universo impede a conformação de um sistema de saúde completo e compartilhado e, atenta para o uso responsável de recursos e para a equidade em sua cobertura (ARGENTINA, 2004).

A falta de integração não somente se verifica entre os setores público, seguridade social, privado, mas no interior de cada um deles também se observa um elevado grau de fragmentação. O setor público contribui com este quadro, seguindo sua divisão de jurisdições: nacional, provincial e municipal, níveis entre os quais não existe o grau necessário de coordenação (ARGENTINA, 2004).

Dessa forma, o sistema de saúde argentino é marcado por duas características, a primeira, que se fundamenta na forte fragmentação entre os setores público, privado e da seguridade social, com fontes de financiamento alternativas e modalidades particulares na alocação de recursos. A segunda é o modelo de atenção médica, centrado na especialização e no uso de alta tecnologia, em detrimento dos programas de promoção, prevenção e de atenção básica (DAL PRA, 2004; (STOLKINER, 2007).

3.4.1.2 Saúde e trabalho

Em 1915, a Argentina teve sua primeira lei de acidente de trabalho. Com sucessivas modificações, essa legislação esteve em vigor até a sanção da Lei 24.557, Lei de Riscos no Trabalho (LRT), que, em julho de 1996, trocou o modelo de responsabilidade individual por um regime de responsabilidade coletiva e seguro obrigatório administrado privadamente. No âmbito de aplicação da lei, os setores que obrigatoriamente foram incluídos são: os setores públicos nacional, provincial e municipal, os trabalhadores do setor privado com relação de emprego e as pessoas obrigadas a prestar Serviços de natureza pública (RODRIGUÉZ, 2004).

A norma autoriza o Poder Executivo a incluir os trabalhadores domésticos, os trabalhadores autônomos, os trabalhadores vinculados por relações não trabalhistas e os bombeiros voluntários. Embora conste a autorização na norma, a incorporação desses trabalhadores não tem sido efetivada e, como se tem visto, o número de trabalhadores afiliados está em descenso (RODRIGUÉZ, 2004).

Os quatro objetivos da lei de Riscos no Trabalho são:

- a) reduzir a incidência de sinistros pela prevenção dos riscos no trabalho;
- b) eliminar os danos derivados e os riscos de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, incluindo a reabilitação dos trabalhadores;

- c) promover a requalificação e a recolocação dos trabalhadores com alguma incapacidade;
- d) promover a negociação coletiva para melhorar as medidas de prevenção e os benefícios reparadores (BAUMECKER, 2004; SRT, 2006).

Os riscos cobertos são: os acidentes de trabalho e de trajeto e as doenças profissionais. Para a referida lei é acidente de trabalho todo o acontecimento súbito e violento, ocorrido durante o trabalho ou no período de trabalho, ou no trajeto entre o domicílio do trabalhador e o local de trabalho, desde que a pessoa não tenha interrompido ou alterado o itinerário por razões alheias ao trabalho. A Lei 24.557 não define tecnicamente o que considera doença profissional e faz menção àquelas que se encontram incluídas na lista de doenças profissionais que o Poder Executivo elaborará e revisará anualmente. Nos meios jurídicos questiona-se quanto a se ter uma lista fechada de doenças profissionais. A responsabilidade civil do empregador também está estabelecida em lei (BAUMECKER, 2004; RODRIGUÉZ, 2004; SRT, 2006). Kohen (2007) destaca, fazendo uma analogia com a *Ley Organica de Prevencion, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo*, de julho de 2005, da Venezuela, que a Lei 24.557 objetiva restringir a classificação de casos, pois em seu texto dá ênfase ao reconhecimento das situações, cujas doenças estejam contidas na lista de doenças profissionais, ao invés da proteção ao trabalhador, que é o que refere a lei da Venezuela.

Rodríguez (2004) afirma que a Lei de Riscos no Trabalho - LRT constituiu um avanço frente a um sistema anacrônico e socialmente injusto. Um de seus méritos foi o de procurar unir os atos corretivos com a prevenção. Entretanto, foram esquecidos vários aspectos importantes. O país que nunca teve, e que continua não tendo, uma política nacional, também não conseguiu efetivar uma política para a Superintendência de Riscos no Trabalho (SRT). O autor apresenta como um dos problemas centrais a sucessão de administrações. Em seis anos de existência da SRT houve oito superintendentes. Outro problema é a deficiente normatização. A partir de então, pode-se concluir que ainda é um sistema que apresenta muitos problemas operacionais, técnicos e administrativos.

O direito de participação dos trabalhadores é previsto, como uma obrigação, nessa Lei em ações preventivas, porém sua regulamentação não prescreve nenhuma forma orgânica para exercer este direito. Com efeito, a Argentina é um dos poucos países da América Latina onde não existem organismos mistos em matéria

de higiene e seguridade no âmbito da empresa. Ademais, o direito de informação de situações de risco e o direito de parar o trabalho ante a um risco grave ou iminente não estão considerados na legislação argentina atual (RODRIGUÉZ, 2004).

O conjunto de normas e diretrizes em saúde e trabalho se vincula, principalmente, às resoluções advindas da Constituição Nacional, das leis trabalhistas, e do *Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social*, que regulam as relações e as condições de trabalho. Os direitos de quem trabalha se pautam nos artigos 14 bis e 42 da Constituição Nacional. O primeiro trata da proteção do trabalho e o segundo da proteção à saúde e à segurança social.

Os seguros sociais responsáveis pela proteção no ambiente de trabalho na Argentina são privados, ficando sob a responsabilidade das seguradoras; não obstante, sofrem regulação do Estado. A Superintendência de Riscos do Trabalho (SRT), entidade autônoma, criada no ano de 1996 a partir da lei n. 24.557 de 03 de outubro de 1995, na esfera da Secretaria de Seguridad Social do Ministério do Trabalho, Empleo e Seguridad Social, é a instituição responsável pela fiscalização das Seguradoras de Riscos do Trabalho (SRT, 2006).

O Seguro de Riscos do Trabalho, oferecido pelas ARTs (*Aseguradoras de Riesgos del Trabajo*), é um seguro obrigatório destinado a cobrir os acidentes de trabalho. Conforme a Resolução nº 490 da S.R.T, sancionada em 07 de agosto de 2003:

Artículo 1º.- En el marco de las actividades permanentes de prevención de riesgos y control de las condiciones y medio ambiente de trabajo al que se encuentran obligados, las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y los Empleadores Autoasegurados deberán efectuar el relevamiento de los agentes de riesgo de las enfermedades profesionales de cada uno de los establecimientos de sus empleadores afiliados o de propios establecimientos, según corresponda (BUENOS AIRES, 2003).

É obrigação das ARTs oferecer os seguintes benefícios em espécie: assistência médica e farmacêutica, prótese e ortopedia, reabilitação, requalificação profissional e serviço funerário.

Para além do seguro dos riscos no trabalho, a prevenção a estes foi retomada pelo Presidente da Federação Argentina de Medicina do Trabalho (FAMETRA), Ernesto Barrios quando declarou, enfaticamente, no XIV Congresso Argentino de

Medicina do Trabalho, realizado na cidade de Santa Fé de 04 a 07 de Outubro de 2006 concomitantemente ao Congresso do Mercosul de Medicina do Trabalho que há necessidade de se instalar na Argentina um debate sobre prevenção (BARRIOS, 2006). No mesmo evento, Barrios destacou a pouca participação dos trabalhadores na promoção da saúde e prevenção das doenças relacionadas ao trabalho, apontando a carência de legislação no país neste sentido.

Kohen (2007) destaca que a “segurança social” na Argentina está nas mãos do capital financeiro, através das ARTs. Discordando dessa situação, o autor enfatiza os projetos, em andamento no parlamento argentino, que definem que o sistema deve ser público ou misto e sem fins de lucro. Também defende a participação dos trabalhadores, sobretudo, na vigilância epidemiológica.

No que se referem ao tratamento das doenças e acidentes de trabalho as normatizações se atrelam ao modelo de saúde ocupacional. Kohen (2007) ressalta que na Argentina não há um sistema único de saúde, que abarque uma visão ampla de saúde, incluindo a saúde do trabalhador. Cada Ministério tem uma responsabilidade pontual, ou seja, a Saúde é de responsabilidade do Ministério da Saúde, a saúde de quem trabalha é de responsabilidade do Ministério do Trabalho, as questões de previdência são de atribuídas ao Ministério da Previdência. Há uma clara fragmentação nas ações destes órgãos. Entretanto, os trabalhadores quando adoecem pelo trabalho ou sofrem acidentes de trabalho buscam atendimento nos órgãos disponibilizados pelos três setores.

3.4.2 Saúde e Trabalho no Uruguai

3.4.2.1 Breve contextualização sobre a saúde

O Sistema de Saúde do Uruguai está constituído pelos setores público e privado. As instituições do setor público são o *Ministerio de Salud Pública* (MSP), que oferece seus Serviços por meio da *Administración de los Servicios de Salud del Estado* (ASSE); o *Banco de Previsión Social*, a *Universidad de la República*, os *Ministerios de Defensa Nacional y del Interior*, as *Intendencias Municipales*, e outras entidades públicas e autônomas. O sistema privado está constituído pelas

Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), que são Instituições de seguro pré-pago que oferecem uma atenção integral; as empresas que oferecem seguros parciais de saúde, os Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), que são empresas públicas ou privadas que realizam algum dos procedimentos estabelecidos como de alta tecnologia e/ou de alto custo, pagos por meio do Fundo Nacional de Recursos, os sanatórios e clínicas privados, e as residências para idosos (OPS, 2002).

O setor público se distingue pela atenção à saúde da população de baixos recursos e o setor privado, pela atenção aos grupos de recursos médios e altos. As estruturas assistenciais se mantêm quase intactas desde mais de meio século, apesar de o contexto social e econômico que as originou ter mudado radicalmente.

O *Ministerio de Salud Pública* (MSP) é o responsável por normatizar, avaliar e fiscalizar a atenção à saúde em todo o País. A principal fonte de financiamento do MSP é o orçamento nacional arrecadado por meio de impostos diretos. O *Banco de Previsión Social* (BPS) é um órgão autônomo do Estado incluído na Constituição de 1968, atualmente vigente, cuja função é coordenar os Serviços estatais de previdência social e organizar a seguridade social. O BPS atua como intermediário, recebendo a contribuição dos trabalhadores e dos empregadores e contratando as *Instituciones de Asistencia Médica Colectiva* (IAMC). Da mesma maneira, é um prestador direto de alguns Serviços de saúde, tal como atenção à gravidez e à infância (OPS, 2002).

Todos os trabalhadores dependentes da atividade privada têm direito ao Seguro por Enfermidade, prestado por meio de Instituições contratadas pelo BPS. Do mesmo modo, têm direito os patrões titulares de uma única empresa. O Banco, como prestador direto de Serviços de saúde, cobre: a atenção à gestação e ao parto dos filhos dos trabalhadores, assim como a atenção pediátrica até os seis anos de idade; a assistência odontológica e assistência social até os nove anos, e atenção sem limite de idade para aqueles com más formações congênitas (OPS, 2002).

O Uruguai passa por um processo de reforma do setor da Saúde centrado no financiamento, em especial o financiamento do setor privado, e no fortalecimento do *Ministerio de Salud Pública* e a descentralização das atividades de seus Serviços. Grande parte destas atividades têm o apoio financeiro do Banco Mundial e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BIRD) por meio de empréstimos (OPS, 2002).

3.4.2.2 Saúde e trabalho

No Uruguai, o aparato normativo em saúde e trabalho se atrela, principalmente, às resoluções provenientes da Constituição Nacional, das leis trabalhistas, e do *Ministerio de Trabajo y Seguridad Social*. A abordagem que dá fundamento às ações em saúde e trabalho é a saúde ocupacional.

O Banco de Seguros del Estado (BSE) monopolizava o seguro social. Em 1994 a contratação de seguros foi liberada. O seguro de acidentes de trabalho, entretanto, ficou à margem da liberação, e atualmente estão circulando projetos de privatização, em debate no parlamento. Desse modo, a administração de riscos no trabalho fica sob responsabilidade do BSE, que tem uma Central de Serviço Médicos que garante atenção médica a todos os trabalhadores do País (RODRIGUÉZ, 2004).

Os acidentes de Trabalho e as doenças profissionais contam com a proteção do *Seguro de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales*, que é obrigatório (para todas as entidades, empresas, e inclusive para o Estado), de acordo com o estabelecido no artigo 1º da Lei nº 16.074 de 23 de outubro de 1989, cobrindo os gastos de assistência e proteção econômica durante o período do tratamento (BSE, 2006).

A história desse seguro está associada à própria história do Banco de Seguros do Estado do Uruguai. Tanto é assim que a Lei de criação do BSE, em 1911, estabeleceu que estivesse sob monopólio e administração do Estado o referido seguro. A evolução da Lei, no decorrer dos anos, tem feito subsistir seus princípios fundamentais que são: obrigatoriedade de seu contrato e responsabilidade civil patronal, derivada da ocorrência de acidentes no trabalho ou consequência do mesmo ou desenvolver doenças de caráter profissional, segundo o estabelecido na lei. Para isso, aplicam-se as normas da OIT, tendo em vista determinar as causas dos acidentes e adoecimento no trabalho, o ramo de atividade e localidade, onde correram, a idade, o sexo, etc., ou seja, as características do acidente e da pessoa acidentada (BAILADOR, 2001).

Os benefícios assistenciais são: provisão de medicamentos, provisão de próteses, reabilitação, assistência médico-cirúrgica, gastos de transporte e gastos funerários. A incapacidade temporal dá direito de pagamento a partir do quarto dia até a cura da lesão; sua importância é dois terços do salário ou pagamento mensal e

há previsões especiais para aqueles que trabalham de estágio, em safra ou para os trabalhadores rurais (RODRIGUÉZ, 2004).

O trabalho de prevenção se centra em quatro áreas fundamentais: controle dos riscos no trabalho, assessoramento aos empresários para montar seus próprios sistemas de prevenção, capacitação para o melhor funcionamento destes sistemas e difusão de idéias com a finalidade de se criar uma consciência coletiva de seguridade e higiene no trabalho (BAILADOR, 2001).

A primeira lei sancionada de prevenção ao acidente de trabalho no Uruguai foi a de nº 5.032 de 21 de julho de 1914, que ainda está vigente, com alterações, fundamentando as leis e decretos atuais. É com base nesta lei que foram criados, por exemplo, a lei de seguros de acidentes de trabalho e doenças profissionais, Lei 16.074, já referida anteriormente, e o Decreto de nº 406 de 1988, que trata da prevenção de acidentes de trabalho em estabelecimentos públicos ou privados de natureza industrial, comercial ou de serviço.

A Lei 16.074 tem como objetivo estabelecer as regras e os procedimentos legais referentes ao seguro de acidentes de trabalho e doenças profissionais, tornando-o obrigatório. De acordo com essa lei, todo patrão tem responsabilidade civil conforme disposições do Código Civil, pelos acidentes e doenças profissionais que ocorram a seus empregados em função do trabalho ou em ocasião do mesmo. A cobertura do seguro abrange, além dos trabalhadores empregados formalmente, os trabalhadores de safra, desde que o acidente ou a doença profissional tenham ocorrido durante o período de safra; abrangendo, também, os estagiários, os trabalhadores aprendizes, os menores de 21 anos, e os que realizam trabalho no domicílio. As indenizações variam de temporárias até rendas por incapacidades permanentes, conforme o grau de incapacidade do trabalhador (URUGUAY, 2006).

Para efeitos da Lei 16.074, considera-se doença profissional a causada por agentes físicos, químicos ou biológicos, utilizados ou manipulados durante a atividade ou que estejam presentes no local de trabalho. Para que uma doença seja considerada como derivada do trabalho é indispensável que tenha sua origem estritamente vinculada ao risco presente no exercício da atividade, mesmo que na data do diagnóstico não esteja desempenhando a mesma (URUGUAY, 2006).

A lei de seguro de acidentes de trabalho e doenças profissionais prevê, ainda, obrigatoriamente exames preventivos, realizados de acordo com o risco laboral: pré-ocupacionais clínicos (admissionais) e paraclínicos específicos, os periódicos para

os trabalhadores já contratados, assim como qualquer outro que determine o Poder Executivo, por via de regulamentação de leis sobre prevenção de doenças profissionais. No capítulo VI, no artigo 49, da referida lei é estabelecido que o trabalhador, vítima de acidente, ou seus representantes poderão denunciar a empresa empregadora ao Banco de Seguros do Estado caso se identifiquem riscos no ambiente de trabalho. Recebida a denúncia, o Banco a avaliará, encaminhando-a, se assim entender, à Inspeção Geral do Trabalho e à Seguridade Social, fundamentando sua posição (URUGUAY, 2006).

Tomasina (2007) destaca que a lista de doenças profissionais não inclui a patologia vinculada aos riscos ergonômicos, em particular as cargas físicas, esforços e movimentos repetitivos e cargas psicossociais.

3.4.3 A Saúde do Trabalhador no Brasil

No Brasil, a primeira lei de proteção legal aos acidentes e às doenças do trabalho foi promulgada pelo Decreto Lei n. 3.724, de 15 de janeiro de 1919, após ter ocorrido a greve de 45.000 operários de diferentes categorias, no ano de 1917, em São Paulo. O fato foi a emergência do movimento operário em todo mundo e coincidiu com o fim da Primeira Guerra Mundial (RIBEIRO; LACAZ, 1984). Antecedendo a própria Consolidação das Leis do Trabalho, essa lei apresentou as seguintes características:

- a) baseava-se no conceito de risco profissional, legitimando-o como sendo natural à atividade profissional;
- b) definia, de maneira restrita, o acidente de trabalho, acolhendo o princípio da unicausalidade, só protegendo os eventos provocados exclusivamente pela atividade laboral. Desse modo, havia a exigência de que o acidente do trabalho representasse a causa única da incapacidade laborativa, limitando bastante o campo de abrangência de proteção legal;
- c) equiparava ao acidente de trabalho apenas a moléstia profissional típica, contraída exclusivamente pelo exercício do trabalho;
- d) previa pagamento de indenização ao operário ou à sua família, calculada de acordo com a gravidade das seqüelas do acidente;

- e) tinham direito a essa indenização trabalhadores de vários ramos da Economia, como construções, reparações e demolições, transporte, estabelecimentos industriais e nos trabalhos agrícolas;
- f) a prestação de socorro médico-hospitalar e farmacêutico era obrigação do empregador;
- g) determinava que a comunicação do acidente de trabalho, desde que obrigasse o operário a suspender o serviço ou se ausentar, deveria ser feita à autoridade policial do lugar, pelo empregador, pelo próprio operário ou por terceiros; a autoridade policial era quem instruía o processo ao júízo competente, para direitos garantidos na lei (CARMO, 1995; RIBEIRO; LACAZ, 1984).

Para tanto, a organização de uma atenção diferenciada à saúde dos trabalhadores surge atrelada à Revolução Industrial; embora esta se tenha demarcado por volta do ano de 1930, a realidade no trabalho não era diferente dos outros países. Os altos índices de acidentes e adoecimento determinados pelas péssimas condições de vida e trabalho e as reivindicações dos trabalhadores por mudanças fizeram com que os empregadores passassem a contratar médicos, atribuindo-lhes a responsabilidade de tratar da saúde dos trabalhadores, visto que, em 1970, o País seria o campeão de acidentes de trabalho (MICHEL, 2000).

Sob a égide da Medicina do Trabalho eram, e ainda são desenvolvidas, práticas assistenciais, de cunho biologicista, dirigidas essencialmente à seleção e manutenção da higidez da força de trabalho, com ações centradas no ambiente e no posto de trabalho, sendo o trabalhador apenas objeto dessas ações.

O entendimento conceitual sobre os condicionantes do processo de saúde e doença dos trabalhadores e às práticas dele advindas pode ser representado didaticamente no quadro a seguir.

Quadro 4 - Situando o desenvolvimento conceitual da saúde do trabalhador no Brasil

Determinantes do Processo de Saúde/Doença	Ação Principal	Caráter Principal da Ação	Ator Principal	Cenário	Papel do Usuário	Campo da Saúde
1. Biológico	Tratamento da doença	Técnico	Médico	Hospital	O usuário é objeto	Medicina do Trabalho
2. Ambiental	Prevenção da doença	Técnico	Equipe	Ambulatório	Usuário e ambiente são objetos	Saúde Ocupacional
3. Social	Promoção da saúde	Técnico/ Político	Cidadão	Sociedade	Sujeito	Saúde do Trabalhador

Fonte: Oliveira e Mendes (1996).

O quadro 4 mostra a evolução conceitual do referencial saúde e trabalho. A Medicina Social introduziu a denominação Saúde do Trabalhador, como uma ruptura epistemológica na compreensão da relação desse referencial, trazendo conceitos com base na definição de processo de trabalho como uma categoria central para a análise da saúde no trabalho. Para essa Área é necessário analisar não somente os aspectos físicos, químicos e mecânicos do objeto de trabalho, mas também os condicionantes sociais que o fazem se apresentar dessa forma, visto que existe uma determinação proveniente da relação entre capital e trabalho.

Na verdade, esta nova visão supera a falsa contradição entre risco profissional e risco social, quando incorpora a inserção social e a dinâmica do processo de trabalho no lugar do pressuposto da identificação de fatores de risco isolados no ambiente laboral. Dessa maneira, busca uma interdisciplinaridade que, ao mesmo tempo, seja abrangente e específica, não se limitando à identificação de fatores de risco, mas que torne evidente a relação da saúde com o processo de trabalho (MACHADO; GOMEZ, 1999).

A característica que diferencia esta nova compreensão tem suas raízes no surgimento do termo saúde do trabalhador, emergido, no Brasil, no bojo do movimento pela Reforma Sanitária, engendrado nessa década, intensificando-se no País a partir de 1980. Desse Movimento decorreu a transformação de conceitos referentes à saúde-doença, incluindo a política na análise e na prática da saúde, defendendo a mudança qualitativa no panorama de atendimento, introduzindo a teoria histórico-estrutural da doença, que fundou um novo objeto de estudos: o da Saúde Coletiva, o objeto dessa disciplina não seria representado por corpos biológicos, mas por sujeitos sociais, esse movimento fundamentou posições, por meio da

democratização do acesso, na universalização das ações, na descentralização dos Serviços, na melhoria da qualidade dos Serviços e num modelo assistencial, pautado na integralidade e na equidade das ações (CAMPOS, 1997).

Outrossim, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, contribuiu significativamente para reafirmar à sociedade brasileira a saúde como direito de cidadania e dever do Estado provê-la. Em dezembro do mesmo ano, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador que marcou politicamente o movimento da instituição desse campo.

Com Constituição de 1988, a saúde tornou-se “um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas [...]” (art. 196). O texto da Carta Magna afirma que “as ações e Serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único “e que” ao Sistema Único de Saúde compete executar as ações de saúde do trabalhador” (BRASIL, 2002).

Essa Constituição Federal incorporou as questões de Saúde do Trabalhador ao enunciar o conceito ampliado de Saúde, incluindo entre seus determinantes - as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego - e ao atribuir ao SUS a responsabilidade de coordenar as ações no País. Essa atribuição foi regulamentada, em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080) que definiu os princípios e a formatação do SUS. A Lei Orgânica da Saúde, em seu artigo 6º, parágrafo 3º, regulamenta, no plano legal e institucional, o campo da Saúde do Trabalhador como:

Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), na normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e

exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos Serviços de saúde do trabalhador nas Instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2000c).

A proposta do Movimento da Reforma Sanitária, os escritos da Carta Constitucional brasileira e os princípios da Lei 8.080 se depararam com mudanças bruscas de cenário e de perspectivas para a política pública, no final dos anos 1980 e início dos 1990 do século XX. Surgiram propostas de reformas econômicas nos países da América Latina, discutidas no já referenciado Consenso de Washington (BATISTA, 1994). A II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em 1994, foi um momento importante de mobilização técnica e política, e palco de acirrada disputa quanto aos espaços de atuação dos Ministérios do Trabalho e da Saúde.

Um longo caminho se faz presente para o cumprimento da lei e inserção das ações de Saúde do Trabalhador no SUS. No Brasil, tradicionalmente, a atenção à saúde dos trabalhadores inseridos no setor formal de trabalho, a regulação e inspeção das condições de trabalho e a assistência médica, eram atribuição dos Ministérios do Trabalho e da Previdência Social. Apesar das inovações, a carta constitucional manteve a superposição ou concorrência de algumas dessas atribuições, fomentando conflitos entre os setores, particularmente quanto às ações de fiscalização dos ambientes e condições de trabalho (DIAS; HOEFEL, 2005).

A Saúde do Trabalhador está paulatinamente sendo incorporada ao organograma e práticas do Ministério da Saúde (MS) e nos níveis estaduais e municipais do SUS. Ao longo dos anos tem sido colocada, ora no âmbito da estrutura da Vigilância, ora na Assistência ou em outras instâncias administrativas do SUS, dependendo do formato institucional vigente.

Porém, essas dificuldades não impediram que houvesse avanços na inserção de ações de Saúde do Trabalhador no SUS. Em 1991, o MS apresentou à sociedade, a primeira proposta de um Plano de Trabalho em Saúde do Trabalhador, no SUS. A proposição definiu a organização das ações em Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs), como alternativa para potencializar os

escassos recursos disponíveis, facilitar o diálogo com o movimento social e capacitar profissionais para desenvolver as ações propostas.

Nos anos 1990, a Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (COSAT) iniciou um amplo processo de capacitação técnica, para as ações de Vigilância e na Atenção Básica da Saúde; que constou de: elaboração de protocolos, normas e diretrizes, entre as quais, a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST); Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho e o Manual de Procedimentos para orientar as ações de Saúde do Trabalhador na rede de Serviços de saúde, publicado em 2001; desenvolvimento de indicadores de saúde do trabalhador para os Sistemas de Informação em Saúde, em especial a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) e uma proposta de Política Nacional de Saúde do Trabalhador, colocada em consulta na sociedade, em 2001 (DIAS; HOEFEL, 2005).

A partir da década de 1990 se iniciou um processo de consolidação do campo da Saúde do Trabalhador no País. Além das atividades desenvolvidas por distintos setores sociais, o trabalho do Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador, na rede de Serviços de saúde, contribuiu para a construção de uma atenção diferenciada à saúde dos trabalhadores no SUS, como expressão da luta organizada dos trabalhadores por melhores condições de vida e trabalho e da ação de tutela da saúde dos cidadãos pelo Estado.

Assim, passados anos após a regulamentação da atribuição constitucional da atenção integral à saúde dos trabalhadores pela Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 e das experiências implementadas na rede pública de Serviços de saúde, pode-se dizer que o SUS ainda não incorporou, de forma efetiva, em suas concepções, paradigmas e ações, o lugar que o trabalho ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço sócio-ambiental (DIAS; HOEFEL, 2005).

Neste aspecto, Gomez e Lacaz (2005) destacam questões que consideram cruciais como: a ausência de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador efetiva, referindo-se a inexistência de um quadro referencial de princípios norteadores, de diretrizes, de estratégias, de metas precisas e de um corpo profissional técnico-político preparado, integrado e estável, capaz de garantir a efetividade de ações para promover a saúde dos trabalhadores, prevenir os agravos e atender aos problemas existentes; e o enfraquecimento e pouca capacidade dos movimentos sociais e dos trabalhadores.

Entretanto, até o momento não se conseguiu implantar uma Política de Saúde do Trabalhador no País. Da mesma forma que em outros campos, essa dificuldade de implementação é resultado de fatores como: deficiências históricas na efetivação das políticas públicas e sociais no País; baixa cobertura do sistema de proteção social; fragmentação do sistema de seguridade social, concebido na Constituição de 1988 para funcionar integralmente, falta de decisões conjuntas e equânimes por parte dos Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Previdência, situação agravada, nos últimos anos, pela reestruturação produtiva que induz a bruscas transformações nos modos organizativos e nas relações de trabalho (GOMEZ; LACAZ, 2005).

Entre as conseqüências dessas mudanças, para o trabalho, o modo de vida e as condições de saúde da população, dos trabalhadores em particular, podem ser identificados: o desemprego estrutural; a precarização do trabalho e o crescimento do setor informal, com perda de direitos trabalhistas e previdenciários historicamente conquistados pelos trabalhadores. O desemprego estrutural tem repercutido na organização dos sindicatos, obrigando-os a deslocar o foco de atuação para a preservação de postos de trabalho, deixando em segundo plano as condições em que o mesmo é executado. As relações de solidariedade e cooperação no cotidiano de trabalho, essenciais para a saúde e segurança dos trabalhadores, são substituídas pela competição predatória, socialmente valorizada e estimulada pelos meios de comunicação.

O perfil epidemiológico do adoecimento dos trabalhadores também reflete essas mudanças, traduzindo-se no aumento da prevalência de doenças relacionadas ao trabalho, como as Lesões por Esforços Repetitivos (LERs) ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), que respondem por grande parte dos casos atendidos nos CERESTs, na atualidade e em formas de adoecimento mal caracterizadas, entre elas o estresse, a fadiga física e mental e outras expressões de sofrimento relacionadas ao trabalho. Como agravante, observa-se que essas “novas” formas de adoecimento convivem, no País, com as doenças profissionais clássicas como a silicose, as intoxicações por metais pesados e por agrotóxicos, entre outras presentes no cotidiano de trabalho (BRASIL, 2004).

No final do ano de 2002, uma oportunidade política, surgida no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, permitiu a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) (Portaria 1.679 de 19 de setembro de 2002/MS). Dessa maneira, reconheceu-se na iniciativa

uma oportunidade de institucionalização e fortalecimento da Saúde do Trabalhador, no SUS. Pela primeira vez seria possível contar com um financiamento extra-teto das ações, vinculado à operacionalização de um Plano de Trabalho de Saúde do Trabalhador, em nível estadual e municipal. A partir de 2003, a coordenação da Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde priorizou a implementação da RENAST como a principal estratégia da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) para o SUS (BRASIL, 2007a).

Também, buscou-se ampliar e consolidar a articulação intra-setorial, no âmbito do Ministério da Saúde, em particular com a Atenção Básica, retomar o processo de discussão técnico-político de definição de uma Política de Saúde do Trabalhador para o SUS e de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador, de caráter intersetorial, envolvendo os Ministérios do Trabalho e Emprego e Previdência. Outra frente de atuação envolvem a implementação de um amplo processo de capacitação, nos Estados e municípios, de modo articulado com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGETES) e a participação da Comissão de Integração em Ensino e Serviço (CIES), de Universidades e Instituições de ensino.

Nesse sentido, está sendo organizada uma rede de centros colaboradores em Saúde do Trabalhador, no SUS, para apoiar essa capacitação, fornecer assessoria técnica e produzir conhecimentos e material de apoio necessários ao pleno desenvolvimento das atividades. No capítulo dos instrumentos e normas, a Portaria nº 777/MS, de 28 de abril de 2004 (ANEXO A), dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador, em rede sentinela específica do SUS.

3.4.3.1 A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) é constituída por 150 Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs) e por uma rede de 500 Serviços médicos e ambulatoriais de média e alta complexidade, tendo o objetivo de integrar a rede de Serviços do Sistema Único de Saúde para o desenvolvimento de ações de Saúde do

Trabalhador. Suas diretrizes, regulação e pactuação estão sob responsabilidade do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b).

Cabe aos centros de referência regionais capacitar a rede de Serviços de saúde, apoiar as investigações de maior complexidade, assessorar a realização de convênios de cooperação técnica, subsidiar a formulação de políticas públicas, apoiar a estruturação da assistência de média e alta complexidade para atender aos acidentes de trabalho e agravos contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho e aos agravos de notificação compulsória descritos na Portaria nº 777 de 28 de abril de 2004 (BRASIL, 2007a).

Em se tratando de Centros de Referência estaduais, as competências incluem a elaboração e execução da Política Estadual de Saúde do Trabalhador, o acompanhamento dos planos de ação dos CERESTs regionais, a participação da pactuação para definição da Rede Sentinela e a contribuição para as ações de vigilância em saúde.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 2.437 de 7 de dezembro de 2005, a equipe de profissionais dos CERESTs regionais deve ser composta por, pelo menos, quatro profissionais de nível médio (sendo dois auxiliares de enfermagem) e seis profissionais de nível universitário (sendo dois médicos e um enfermeiro). No caso dos CERESTs estaduais, a equipe é integrada por cinco profissionais de nível médio (sendo dois auxiliares de enfermagem) e dez profissionais de nível superior (sendo dois médicos e um enfermeiro) (BRASIL, 2007a).

Entre as tarefas a serem cumpridas pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) estão: prover suporte técnico adequado às ações de assistência e vigilância da saúde do trabalhador; recolher, sistematizar e difundir informações de modo a viabilizar as ações de vigilância, facilitar os processos de capacitação e Educação Permanente para os profissionais e técnicos da rede do SUS e o controle social.

Considerando a importância da produção, sistematização, análise e disseminação da informação em Saúde do Trabalhador, a RENAST prevê a organização da rede sentinela de notificação, que deverá cobrir os 5.230 municípios brasileiros. Os princípios e diretrizes que norteiam a RENAST são equiparados aos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e podem ser resumidos em: I) atenção integral à Saúde dos Trabalhadores; II) articulação intra e intersetoriais; III) informações em Saúde do Trabalhador; IV) apoio ao desenvolvimento de estudos e

pesquisas; V) capacitação permanente em Saúde do Trabalhador e VI) participação da comunidade na gestão das ações em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2004).

A RENAST e as resoluções da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador foram temas de dois importantes encontros na Área da Saúde do Trabalhador que aconteceram em Praia Grande, São Paulo. No dia 4 de setembro de 2005, foi realizado o 9º Encontro Estadual da RENAST cuja pauta previu a discussão da Portaria 324 (de 12 de maio de 2006) pela qual foram aprovadas as normas para a habilitação e cadastramento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, a implementação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e utilização de indicadores para acompanhamento de desempenho e avaliação das atividades da RENAST, de acordo com o Plano Estadual e Regional de Saúde do Trabalhador (SÃO PAULO, 2006).

O encontro foi direcionado aos representantes das DIR (Diretorias Regionais da Secretaria de Estado de Saúde), dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, do Estado de São Paulo, e a profissionais da Secretaria Estadual da Saúde. Também participaram o INSS, a Delegacia Regional do Trabalho e Emprego (DRT), Fundacentro e Funasa (Fundação Nacional de Saúde) (SÃO PAULO, 2006).

Ademais, nos dias 5 e 6 do mesmo mês ocorreu o I Seminário de Implementação das Resoluções da 3ª Conferência Nacional e Estadual de Saúde do Trabalhador. O evento reuniu delegados do Estado de São Paulo na 3ª CNST, membros das CISTs (Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador) e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo, além de representantes do Ministério da Saúde, do Trabalho e da Previdência Social (SÃO PAULO, 2006).

O fato de a Saúde do Trabalhador se constituir em um novo campo de práticas, de competências e de atribuições, e de seu objeto - a saúde vinculada ao processo produtivo - ser muito complexo, dados seus aspectos sócio culturais, políticos e econômicos, leva à necessidade de construção de interfaces institucionais diversas, o que tem convocado as três esferas de governo, frente de embates importantes, a caminho da consolidação da área no SUS. Na tentativa de ultrapassar estas indefinições, em 3 de maio de 2005 foi colocada em consulta pública pela Portaria Interministerial n. 800 (Ministério da Previdência, da Saúde e do Trabalho) a minuta de proposta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Este foi um momento importante para o início de uma consolidação do diálogo

necessário, tanto intersetorial como do governo com a sociedade (MENDES; OLIVEIRA; ALMEIDA; SANTOS, 2005).

Os Fóruns estratégicos para a pactuação intra-setorial são: o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Comissão Inter-setorial de Saúde do Trabalhador (CIST), o Colegiado de Secretários do Ministério da Saúde; a Comissão Permanente de Saúde, Ambiente, Produção e Desenvolvimento Sustentável (COPESA), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). A articulação inter-setorial tem como interlocutores privilegiados os Ministérios do Trabalho e Emprego, Previdência Social e Meio Ambiente e está sob a responsabilidade direta do Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador (GEISAT).

Outros fóruns de articulação intersetorial são: Fórum Permanente de Erradicação do Trabalho Infantil, Conselho Nacional de Segurança Química (CONASQ), Conselho Nacional de Direitos Humanos, Comissão Nacional de Biossegurança (CTNBIO) e os Movimentos Sociais e Organizações Sindicais de trabalhadores.

Apesar das definições e normatizações legais, a implantação do modelo de atenção à Saúde do Trabalhador, fundamentado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e controle social das políticas e dos Serviços de saúde pelo SUS, ainda encontra inúmeras resistências e tensões entre setores da Saúde, Trabalho e Previdência Social. Assim, a integração das ações de Saúde do Trabalhador sob a coordenação do SUS, ou seja, a partir de uma verdadeira integração intersetorial embasada nos princípios do SUS (universalidade, integralidade e controle social), encontra-se muito distante de efetivar-se (LACAZ, 2005).

A participação dos trabalhadores é considerada essencial para a identificação dos fatores de risco presentes no trabalho e das repercussões desses no processo saúde-doença. Também é fundamental para a transformação das condições geradoras de acidentes e doença.

Sobre a Informação em Saúde do Trabalhador, além dos aspectos já mencionados, a Política do Ministério da Saúde para a Informação e Informática estabelece o propósito de: promover o uso da tecnologia da informação, para melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando em um Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado, que produza informações para a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimentos e o controle social, garantindo

ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis pela ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos Serviços.

A criação do Observatório Nacional de Saúde do Trabalhador, com o apoio da representação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), no Brasil, visa a facilitar a monitorização e análise da situação de saúde dos trabalhadores, tomando por base as recomendações do Comitê Temático Interdisciplinar da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), incorporado ao Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN).

No Brasil, o arcabouço de normas e leis em saúde do trabalhador envolve, basicamente, o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência Social e o Ministério do Trabalho e Emprego. No que se refere ao Ministério do Trabalho e Emprego destaca-se a Lei nº 6.514/77 na qual são tratadas a segurança e a Medicina do Trabalho, e as vinte e nove normas regulamentares (NRs) contidas na Portaria nº 3.214/78 e destinadas aos trabalhadores urbanos, e rurais. Pelos arts. 189 e 190 da CLT vê-se que atividades ou operações insalubres são previamente definidas pelo Ministério do Trabalho, mediante quadro demonstrativo, e atividades ou operações perigosas são aquelas reconhecidas por lei (art. 193 da CLT e Lei 7.369/85).

Após ter passado pela natureza estatal e pelo campo privado, o Seguro de Acidente de Trabalho (SAT), a partir da Lei 5316/67 passou a ser prerrogativa e monopólio da seguridade social, que, de acordo com sua natureza rege-se no Brasil pelos princípios da universalidade da cobertura, uniformidade e equivalência dos benefícios e Serviços prestados à população urbana e rural (RODRIGUÉZ, 2004).

O Brasil iniciou, por meio da Constituição Federal de 1988, a implementação de uma seguridade social fundamentada no princípio da “Universalidade da Cobertura e do Atendimento”, escrito no inciso I do Parágrafo único do artigo 194. A partir desta Carta Magna, as políticas públicas de seguridade social tomaram esse sentido. O Setor de Saúde consolidou, por meio da Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, denominada Lei Orgânica da Saúde (LOS), o Sistema Único de Saúde (SUS), que vem sendo desenvolvido em conformidade com o princípio da universalidade.

Entretanto, no âmbito da Previdência Social, foi estabelecido formalmente, pela Lei 8212/91. A universalidade de participação nos planos previdenciários disposta no artigo 3º desta Lei, como um dos princípios da Previdência Social brasileira, é estabelecida mediante contribuição. Como pode ser visto, de uma

universalidade “geral”, instituída na Constituição Federal, restringiu-se para uma universalidade “mediante contribuição”.

Para fins da Lei 8.213, de 24 de junho de 1991, na qual são regulamentados os planos de benefícios da Previdência Social, define-se como acidente do trabalho:

O que ocorre durante exercício do trabalho a serviço da empresa, ou ainda pelo exercício do trabalho dos segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução da capacidade para o trabalho, permanente ou temporária (BRASIL, 2000a).

Art. 132. Consideram-se acidentes do trabalho, nos termos do artigo 131, as seguintes entidades mórbidas:

I - doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício de trabalho peculiar a determinada atividade e constante da relação de que trata o Anexo II;

II - doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relaciona diretamente, desde que constante da relação de que trata o Anexo II.

§ 1º. Não serão consideradas como doença do trabalho:

- a) a doença degenerativa;
- b) a inerente a grupo etário;
- c) a que não produz incapacidade laborativa;

d) a doença endêmica adquirida por segurados habitantes de região em que ela se desenvolva, salvo comprovação de que resultou de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho.

§ 2º. Em caso excepcional, constatando-se que a doença não incluída na relação constante do Anexo B resultou de condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente, a Previdência Social deve equipará-la a acidente do trabalho (BRASIL, 2000a).

Ainda nesse decreto, consideram-se acidente de trabalho, conforme o artigo 133, as seguintes descrições:

I - o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para a perda ou redução da

sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação;

II - o acidente sofrido pelo segurado no local e no horário do trabalho, em consequência de:

a) ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho;

b) ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada com o trabalho;

c) ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro, ou de companheiro de trabalho;

d) ato de pessoa privada do uso da razão;

e) desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos decorrentes de força maior;

III - a doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade;

IV - o acidente sofrido, ainda que fora do local e horário de trabalho:

a) na execução de ordem ou na realização de Serviços sob a autoridade da empresa;

b) na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;

c) em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo, quando financiada por esta, dentro de seus planos para melhor capacitação da mão-de-obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado;

d) no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado, desde que não haja alteração ou interrupção por motivo alheio ao trabalho.

§ 1º - Nos períodos destinados à refeição ou ao descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local de trabalho ou durante este, o empregado é considerado no exercício do trabalho.

§ 2º - Não é considerada agravação ou complicação de acidente do trabalho a lesão que, resultante de acidente de outra origem, se associe ou se sobreponha às consequências anteriores.

§ 3º - Considerar-se-á como dia do acidente, no caso de doença profissional ou do trabalho, a data do início da incapacidade laborativa para o exercício da atividade habitual, ou o dia em que o diagnóstico for concluído, valendo, para esse efeito, o que ocorrer em primeiro lugar.

§ 4º - Será considerado agravamento de acidente do trabalho aquele sofrido pelo acidentado, quando estiver sob a responsabilidade da reabilitação profissional.

Entretanto, para que o acidente ou a doença sejam considerados como acidente de trabalho é imprescindível que sejam caracterizados administrativamente pelo setor de benefícios do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), que fará o reconhecimento técnico donexo causal entre o acidente e a lesão, a doença e o trabalho, a *causa mortis* e o acidente, por meio da Perícia Médica (BRASIL, 2000a).

Após a comprovação do nexode causa entre o exercício da atividade laborativa e o acidente, o trabalhador e seus dependentes têm direito, independentemente do cumprimento de carência, às seguintes prestações e Serviços: a) quanto ao segurado: auxílio-doença, segundo o artigo 59 da lei 8213, será concedido àquele que, havendo cumprido o período de carência exigido na lei, ficar incapacitado para seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de 15 dias consecutivos; aposentadoria por invalidez e auxílio-acidente. De acordo com o artigo 86 dessa legislação previdenciária, o auxílio-acidente será concedido, como indenização ao sujeito, quando, após consolidação das lesões decorrentes de acidente de qualquer natureza, resultarem seqüelas, que impliquem redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exercia; b) quanto ao dependente: pensão por morte; c) quanto ao segurado e dependente: serviço social e reabilitação profissional (BRASIL, 2000b).

Na análise dos documentos, até aqui consultados, podem-se inferir algumas semelhanças nos instrumentos normativos que servem de sustentação à criação de normas jurídicas no plano da saúde e do trabalho na Argentina, no Brasil e no Uruguai. Dá-se ênfase à ratificação do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais que foi absorvido por esses países, com pequena diferença temporal. Além disso, esses países adotam como parâmetro para a edificação de legislações em saúde de trabalho as indicações dos convênios e recomendações da OIT. As legislações dos três países estudados apresentam em seus escritos algum tipo de garantia à proteção do trabalhador.

Pode-se dizer, ainda, que os desenhos atuais de atenção à saúde de quem trabalha nos três países conferem convergências e divergências importantes para a garantia da cidadania, no provimento de Serviços e ações, aos trabalhadores desses três Estados-membros. A atenção à saúde de quem trabalha está presente nos três países do Cone Sul, com distintas configurações, concepções e em etapas diferentes.

Uma das assimetrias que se destaca nas legislações analisadas é exatamente a concepção que dá sustentação a suas construções. A Argentina e o Uruguai fundamentam as ações em saúde e trabalho nos preceitos da saúde ocupacional, centrando-se no posto de trabalho. O Brasil tem uma discussão conceitual mais ampliada, quando se pauta na abordagem da saúde do trabalhador, enfatizando as relações sociais de produção, embora esta abordagem coexista com as concepções da Medicina do Trabalho, quando a doença é o principal enfoque, da saúde ocupacional e da saúde e higiene no trabalho, e estejam alicerçando as normatizações na Área. As constatações anteriores circundam o eixo de indagações que se procurou eleger para desdobrar o princípio metodológico da investigação dialética dessa realidade social, descrito no capítulo subsequente.

Um desafio semelhante seria a superação da carência de integração entre os setores públicos, mais evidente na Argentina e no Uruguai, uma vez que não há uma política nacional que unifique e subsidie os modelos de atenção à saúde do trabalhador e um pouco menos confirmado no Brasil devido à existência de uma política nacional de saúde do trabalhador, inserida num sistema único de saúde. Entretanto, o fato de haver esta política nacional não confere ao Brasil a integração plena entre os ministérios e setores que trabalham com a saúde do trabalhador, pois um longo caminho se faz necessário para o cumprimento da lei e inserção das ações nessa Área.

3.4.3.2 A Implantação da Política de atenção à saúde do trabalhador no Estado do Rio Grande do Sul/Brasil

Após dez anos da promulgação da Constituição brasileira de 1988, o quadro relativo à saúde do trabalhador no Estado do Rio Grande do Sul se mostrava inalterado, marcado pela ausência de investimentos públicos na construção das bases fundamentais à implantação de uma política de atenção ao trabalhador.

Dentre das carências relativas à saúde do trabalhador, pode-se enumerar, entre outras: dos 496 municípios, apenas três contavam com ações e Serviços de atenção à saúde do trabalhador (CORRÊA, 2004).

Não havia Serviços de níveis regional e/ou estadual para referência e apoio aos Serviços municipais; faltava planejamento de ações de assistência e vigilância à saúde do trabalhador na rede de Serviços de saúde; verificava-se escassez e fragmentação das informações referentes à situação de saúde dos trabalhadores, ambiente e condições de trabalho no Estado; havia desinformação sobre a epidemiologia dos acidentes de trabalho; faltava uma proposta integral de atenção integral à saúde do trabalhador riograndense (CORRÊA, 2004).

Diante desse fato, a equipe da Secretaria da Saúde do Estado (SES/RS) se empenhou em organizar e ampliar a assistência e a vigilância para a rede de Serviços de saúde de todo o Estado. Dessa forma, o Rio Grande do Sul, de 1999 a 2002, iniciou a consolidação da Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, tendo como marco de atuação a implantação da descentralização e regionalização da atenção integral.

Além das premissas gerais da SES/RS, são diretrizes para os Serviços de atenção à saúde do trabalhador: o acolhimento a todos que procurem o serviço, independente do vínculo empregatício e ramo de atividade; o vínculo de humanização da relação com todos os trabalhadores, reconhecendo-se as especificidades de cada local de trabalho e da atividade laboral e sua relação com o processo de saúde-doença; a responsabilidade do serviço na intervenção sobre os determinantes de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores; e o compromisso com a informação aos trabalhadores sobre os aspectos individuais e coletivos nos processos que levam ao adoecimento e à morte (CORRÊA, 2004).

Foram estabelecidos como objetivos fundamentais para a implementação da Política de Atenção à Saúde do Trabalhador os seguintes:

- a) propiciar o conhecimento da realidade de saúde dos trabalhadores;
- b) estabelecer sistemas de informação em saúde do trabalhador;
- c) subsidiar o planejamento e tomada de decisões dos gestores dos Órgãos competentes;
- d) intervir nos fatores determinantes de agravos à saúde da população trabalhadora; e

- e) avaliar o impacto das medidas adotadas para a eliminação, atenuação e controle dos fatores determinantes de agravos à saúde.

As atribuições de cada nível de atenção estabelecidas no aparato legislativo federal foram reafirmadas e complementadas pelo protocolo técnico da SES/RS. Esses níveis estão divididos em Atenção Básica, Atenção Regional e Atenção Estadual. O nível de Atenção Básica responsabiliza todos os municípios pelo atendimento ao acidentado no trabalho e ao suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho; pela realização de ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho; pelo estabelecimento de rotina de sistematização e análise dos dados gerados no atendimento aos agravos à saúde relacionados ao trabalho; e pelo uso dos dados gerados nas atividades de atenção à saúde dos trabalhadores (CORRÊA, 2004).

No nível de Atenção Regional, imprescindível para dar sustentação aos Serviços de saúde do trabalhador, na rede básica, são propostos Serviços especializados com capacidade de resolução ampliada, em função do grau de complexidade e integralidade necessárias para a solução do problema. Para tal os Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) estão organizados como uma rede de Serviços destinada a promover ações de educação, assistência e vigilância à saúde dos trabalhadores e ao meio ambiente. A introdução desses Serviços considerou as especificidades regionais, inclusive na composição da equipe, nos planos municipais e no planejamento de diretrizes e ações, que assegurem a análise adequada dos impactos do setor produtivo na qualidade de vida dos trabalhadores.

As instâncias situadas no nível de Atenção Estadual cumprem um papel fundamental na coordenação e organização da política de saúde do trabalhador no Estado, obedecendo às seguintes atribuições:

- a) controle e qualidade das ações de saúde do trabalhador desenvolvidas nos Municípios;
- b) definição, juntamente com os Municípios, de mecanismos de referência e contra-referência;
- c) capacitação dos trabalhadores da rede do SUS e dos conselheiros de saúde para a realização das ações de saúde do trabalhador;

- d) estabelecimento de rotina de sistematização, processamento e análise dos dados provenientes do Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador SIST-SUS/RS;
- e) elaboração do perfil epidemiológico da saúde dos trabalhadores no Estado;
- f) prestação de cooperação técnica aos Municípios;
- g) instituição e manutenção de cadastro atualizado das empresas, classificadas nas atividades econômicas desenvolvidas no Estado;
- h) estabelecimento de normas complementares, no seu âmbito de ação, com o objetivo de assegurar a proteção à saúde dos trabalhadores; e
- i) estabelecimento de prioridades e acompanhamento e avaliação das ações em saúde do trabalhador (CORRÊA, 2004).

De acordo com as diretrizes de descentralização e regionalização dos Serviços de saúde, instituídas pela SES/RS, foram projetados onze CERESTs (quadro 5), cobrindo todo o Estado. Para a distribuição regional desses centros, foram considerados os critérios populacionais, a densidade demográfica, a concentração produtiva, o acesso aos Serviços de saúde e a divisão dos pólos de emergência-urgência e do orçamento participativo.

Quadro 5 - Cronograma de implantação dos centros de referência em saúde do trabalhador no Estado do RS - 2002/2004

CEREST	2002	2003	2004	2007	Mês	Total
Estadual	0	0	0	1 CEREST Estadual (Divisão. de Vigilância em ST)	-	1
Regional	CEREST Porto Alegre				Dezembro	1
Regional	CEREST Ijuí				Dezembro	1
Regional	CEREST Santa Cruz do Sul				Dezembro	1
Regional		CEREST Pelotas			Janeiro	1
Regional		CEREST Caxias do Sul			Julho	1
Regional		CEREST Santa Maria			Maio	1
Regional		CEREST Estância Velha			Junho	1
Regional		CEREST Erechim			Junho	1
Regional		CEREST Palmeira das Missões			Maio	1
Regional			CEREST Passo Fundo		Março	1
Regional			CEREST Alegrete		Março	1
Total de Regional	3	6	2			11

Fonte: Plano Estadual de Saúde do Trabalhador. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sausedotrabalhador/arquivos/sala171.pdf>>

Há uma divisão por categoria em cada CEREST que leva em consideração o número de profissionais que neles trabalham, ou seja, com um número de 11 profissionais, o CEREST se encaixa na categoria mínima; com 22 profissionais pertence à média e com 42 profissionais refere-se à categoria alta.

A organização dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador ainda não está completa no Estado, embora alguns já estejam implantados; somente se encontram em pleno funcionamento os CERESTs das cidades de Porto Alegre, Ijuí e Santa Cruz do Sul. Esta situação identifica dificuldades, entre elas: o pequeno número e a distribuição desigual dos CERESTs nos Estados e Municípios; a baixa cobertura das ações, que não alcançam um número expressivo de trabalhadores; a desarticulação da atuação do conjunto de ações de saúde, permanecendo à margem das estruturas e políticas do SUS, conformando uma fraca articulação intersetorial. Uma melhor estruturação dos CERESTs, tanto no Estado, como em nível nacional, pelo que se entende, está incluída no planejamento e na programação do Pacto pela Saúde, descrito a seguir.

3.4.3.3 A saúde do trabalhador e o Pacto pela Saúde

O SUS, ao longo de sua história, teve avanços e desafios em sua implementação, exigindo de seus gestores e da sociedade um repensar permanente no que se refere à distribuição dos equipamentos sanitários e à garantia de acesso equitativo e universal da população. Muito recentemente foi iniciada uma nova reestruturação na política de saúde, o Pacto pela Saúde, que é um conjunto de reformas institucionais do SUS, firmado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando a alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde, ao mesmo tempo em que são redefinidas as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2007c).

A nova reorganização não adota mais as diretrizes das normas operacionais básicas (NOBs) do SUS, mas a lógica de um Pacto, que atribui aos gestores novas relações e responsabilidades. “Ou seja, não se trata mais de somente regular o

sistema de saúde a partir de suas legislações, mas de instalar uma nova dinâmica e novos conceitos no próprio sistema” (DIAS, 2007. p.104).

A construção do Pacto pela Saúde - Consolidação do SUS se deu por meio de um conjunto de portarias ministeriais, sendo as principais as do Ministério da Saúde nº 399/GM de 22/02/2006, com as diretrizes do Pacto pela Saúde, e a de nº 699/GM de 30/03/2006, na qual estão regulamentadas as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. O referido Pacto será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Como diretrizes, no Pacto são enumeradas: a integralidade, a equidade, a responsabilidade sanitária, a mobilização e a participação social, a intersetorialidade, a informação, a educação, a comunicação e a sustentabilidade.

Em linhas gerais, os três componentes do Pacto pela Saúde podem ser assim descritos, de acordo com o estabelecido na Portaria 399/GM de 2006: o Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da Saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados. As prioridades do pacto pela Vida, para 2006, foram:

- a) Saúde do idoso;
- b) câncer de colo de útero e de mama;
- c) mortalidade infantil e materna;
- d) doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
- e) promoção da saúde;
- f) atenção básica à saúde.

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas, no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos e de defender, vigorosamente, os princípios basilares

dessa política pública, inscritos na Constituição Federal. As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são:

- a) Implementar um projeto permanente de mobilização social, com a finalidade de:
 - mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS, como sistema público universal, garantidor desses direitos;
 - alcançar, no curto prazo, a regulamentação, pelo Congresso Nacional, da Emenda Constitucional nº 29, que assegura os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde;
 - garantir, a longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde;
 - aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas.
- b) Elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS.

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Esse Pacto prioriza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os Estados e para os Municípios, promovendo a descentralização, acompanhada da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. Reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação.

As prioridades do Pacto de Gestão são:

- a) definir, de forma inequívoca, a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação;
- b) estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Em realidade, o modelo que se propõe é o da conformação de redes de Serviços regionalizadas, a partir da instituição de dispositivos de planejamento, programação e regulação, estruturando o que se denominou de “redes funcionais”. A saúde do trabalhador está definida, juntamente com mais quinze políticas específicas, como área estratégica, para orientar o processo de Programação Pactuada e Integrada do Pacto pela Saúde. Como parâmetro de referência para a programação de ações em saúde do trabalhador podem-se citar: as dermatoses ocupacionais, a exposição a materiais biológicos, a Lesão de Esforço Repetitivo e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT), as pneumoconioses, as Perdas Auditivas por Ruído (PAIR), a exposição ao chumbo, a exposição ao benzeno e a intoxicação por agrotóxicos (BRASIL, 2006c).

O Ministério da Saúde do Brasil afirma que a programação, partindo de áreas estratégicas, possibilita ao gestor uma melhor visão do processo de planejamento e integra de forma mais efetiva as ações básicas e de média complexidade. A organização da assistência tem como principal porta de entrada a atenção básica, considerada condição fundamental para a estruturação das demais Áreas, bem como para a viabilização dos fluxos estabelecidos pela Programação Pactuada e Integrada. Todas as ações de alta complexidade e algumas de média complexidade, incluindo a saúde do trabalhador, serão programadas com lógica descendente, e as referências serão definidas a partir dos Municípios que realizam este tipo de atendimento, precisando sua área de abrangência e mantendo consonância com a regionalização estabelecida (BRASIL, 2006c). Embora a Portaria nº. 325, de 21 de fevereiro de 2008 (ANEXO C), estabeleça, entre outras, a saúde do trabalhador como prioridade do Pacto pela Vida para 2008, muito se tem a fazer para sua plena efetivação. Um dos desafios para sua realização é a garantia da base financeira, pois o Presidente brasileiro Luis Inácio Lula da Silva, em pronunciamento à Nação, no dia 27 de dezembro de 2007, já havia enfatizado a rejeição, pelo Senado, da emenda que prorrogava até 2011 a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira - CPMF, um dos impostos que financiavam a Saúde no País, que implicará dificuldades ao desenvolvimento do Pacto pela Saúde (GAZETA MERCANTIL, 2007).

4 O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO

“O conhecimento é um fato: desde a vida prática imediata e mais simples, nós conhecemos objetos, seres vivos, seres humanos” (LEFEBVRE, 1995. p. 49). O que diferencia uma pesquisa científica da realizada a partir do senso comum é a profundidade com que se trata o tema em estudo, o uso de critérios de cientificidade, a apropriação e utilização de métodos científicos. O interesse da investigação não se resume em validar o conhecimento sobre determinado aspecto da realidade, mas problematizá-la, trabalhando processos sociais (PRATES, 2003). Ademais, não há conhecimento conclusivo, ele é legitimado pela provisoriedade histórica da qual faz parte, fundamentando a arte de pesquisar.

4.1 REFERENCIAL METODOLÓGICO DO ESTUDO

A forma como se trata a metodologia, neste trabalho científico, inclui as concepções teóricas de abordagem já descritas, o conjunto de técnicas que possibilitaram a apreensão da realidade e também a criatividade da pesquisadora. Desse modo, “entendemos por metodologia o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade” (MINAYO, 1999, p. 32).

Em um primeiro momento, é preciso salientar que quando não se parte de um patamar “zero” de conhecimento; mas sim, de estudos já consolidados pela literatura, pela comunidade científica, e pela trajetória profissional da autora, que desde a Graduação tem se preocupado com a Área da pesquisa, especialmente com o tema da saúde do trabalhador, tem-se a possibilidade de adentrar em graus mais aprofundados da realidade. O fato é que a mesma não se apresenta aos homens, à primeira vista, mas por meio de um processo de aproximações sucessivas da verdade (KOSIK, 2002).

Para a apreensão do objeto cumpre intuí-lo, analisá-lo e compreendê-lo teórica e empiricamente e, sob esse aspecto exige-se um “mergulho” no fenômeno e um exercício prático-sensível, pois:

[...] o sentido musical só é acordado pela música. A mais bela música nada significa para o ouvido completamente não-musical, não constitui nenhum objeto, porque o meu objeto só pode ser a ratificação de uma das minhas capacidades (MARX, 2002, p. 143).

Marx trouxe a importância de estar sensível a algo, destacando a sensibilidade como embasamento de toda ciência, pois é a partir dos sentidos que se apreende o mundo, seu movimento e suas relações.

Nesta acepção, as premissas de que se parte não são dogmas; são bases reais. Parte-se dos homens em sua atividade real, é a partir de seu processo de vida real que se representa também o desenvolvimento dos reflexos e das repercussões ideológicas desse processo vital. São indivíduos reais, sua ação e suas condições materiais de existência, tanto as que eles já encontram prontas, como aquelas engendradas por sua própria ação (MARX; ENGELS, 2002).

4.1.1 O Ciclo de Pesquisa

O estudo tem sua origem delimitada a partir da inserção e da produção de conhecimento em saúde do trabalhador, no contexto do Mercosul, da Prof^a Dra Jussara Maria Rosa Mendes, orientadora deste trabalho, na Pesquisa: "Direito à Saúde: discurso, prática e valor" - uma análise nos países do Mercosul no período de 2001 a 2003, e dos conhecimentos produzidos pela pesquisa: "A Construção Social da Invisibilidade dos Acidentes de Trabalho no Rio Grande do Sul", da qual a mesma professora é coordenadora, e da qual também se participou ativamente.

Dessa forma, dá continuidade a esses estudos e linha de pesquisa e às investigações mais recentes, consolidando-se com a realização do trabalho do Centro Colaborador em Saúde do Trabalhador no Contexto do Mercosul (COLSAT-MERCOSUL) do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NEST/PUCRS). Tem a finalidade de realizar cooperação técnica junto a Coordenação de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde do Brasil, desenvolvendo estudos, pesquisas, capacitações e metodologias em saúde e trabalho, mediante projetos elaborados a partir da definição de áreas críticas de

preocupação comum entre os países membros, das necessidades dos governos e da população trabalhadora da Região do Mercosul.

A presente pesquisa se trata de um estudo qualitativo, de corte transversal, que proporcionou a aproximação com a realidade da região de fronteira do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil com a Argentina e o Uruguai, constituindo-se a partir das falas dos gestores e profissionais do Setor de Saúde, dos trabalhadores dessa localidade e do registro no diário de campo da pesquisa.

Realizou-se o Diagnóstico Situacional da região de fronteira do Estado do Rio Grande do Sul/BR com a Argentina e o Uruguai. A realização deste estudo de caso permitiu conhecer a realidade desses países, focalizando o campo da saúde do trabalhador, que caracteriza esta Fronteira. Para tanto, utilizaram-se, como parte fundamental do instrumental da pesquisa, as etapas do Diagnóstico Situacional, que é uma ferramenta de gestão e/ou de planejamento essencial para qualificação de Serviços prestados a uma determinada população. Articula, para tanto, um conjunto de informações fundamentais sobre a população residente e sua realidade, abrangendo a sua caracterização sócioeconômica e demográfica (MENDES et al. 2005).

Para o Diagnóstico Situacional dos Municípios riograndenses fronteiriços com a Província de Corrientes na Argentina e com os Departamentos de Artigas, Cerro Largo e Rivera no Uruguai, foram selecionadas para a pesquisa as seguintes cidades: São Borja, Itaqui, Barra do Quaraí, Quaraí, Dom Pedrito, Bagé, Aceguá, Herval, Jaguarão, Uruguaiana e Santana do Livramento. O trabalho se desenvolveu em quatro etapas:

- a) organização, análise e síntese de dados secundários dos sistemas de informações disponíveis nos três países;
- b) pesquisa documental no aparato legal (Constituições nacionais, Leis e Decretos) dos três países: Argentina, Brasil e Uruguai;
- c) primeira etapa da pesquisa empírica, tendo como sujeitos os gestores e profissionais do Setor de Saúde, que prestam Serviços nas Secretarias Municipais e postos de Saúde;
- d) segunda etapa da pesquisa empírica, teve como sujeitos os gestores e profissionais do Setor de Saúde e, trabalhadores das cidades.

Como categorias do método marxiano se priorizaram a historicidade, a totalidade, que compreende a realidade nas suas íntimas leis e revela, sob a superfície e a casualidade dos fenômenos, as conexões internas (KOSIK, 2002), e a

contradição. A contradição dialética deve ser entendida como manifestação da realidade. Só é real aquilo que apresenta contradições, aquilo que se apresenta como unidade de contradições. Como categorias teóricas explicativas da realidade elencaram-se: Transformações societárias, bloco econômico/Mercosul, direito à saúde, saúde do trabalhador, cidadania e proteção social. Além, das categorias teóricas foram contempladas também categorias empíricas que emergiram da expressão dos sujeitos.

Na definição dos instrumentais se definiu o uso da entrevista semi-estruturada e de observações assistemáticas. Para controle no registro dos dados, usou-se o diário de campo, e a técnica de análise de conteúdo do tipo temática para o tratamento dos dados da pesquisa.

4.2 O PROBLEMA DE PESQUISA

Interroga-te a ti mesmo sobre o modo como chegaste a esta pergunta. Vê e examina se a tua interrogação não provém de um ponto de vista a que me é impossível responder, por estar deturpado. Pergunta a ti próprio se essa progressão existe como tal para o pensamento racional (MARX, 2002, p. 147).

Importa observar, pela apreciação minuciosa da literatura que discute o direito à saúde do trabalhador e de demais temáticas que o envolvem, que se avaliou, por meio da auto-interrogação, a pertinência e a representatividade da realidade na questão que se pretende responder ao término da pesquisa. Teve-se o cuidado de não ficar no plano da abstração, mas sim no plano objetivo, na própria realidade objetiva, conhecida em seus horizontes e imagens. Desse modo, viabiliza-se como problema de pesquisa: a) Como ocorre a proteção social à saúde do trabalhador da população da região de fronteira do RS/BR com a Argentina e o Uruguai, países integrantes do Mercosul?

4.3 OBJETIVOS

4.3.1 Objetivo geral

Analisar como ocorre a proteção social à saúde do trabalhador nos Municípios brasileiros do Estado do Rio Grande do Sul, que fazem fronteira com o Uruguai e a Argentina, países integrantes do Mercosul, como movimento necessário à ampliação e à consolidação da cidadania.

4.3.2 Objetivos específicos

- a) Conhecer o processo de desenvolvimento do Mercosul, para situar a saúde do trabalhador neste contexto;
- b) compreender a realidade da saúde do trabalhador na Argentina, no Brasil e Uruguai, para identificar as semelhanças e assimetrias em saúde e trabalho;
- c) conhecer de que forma e com que demandas na Área da Saúde do trabalhador a população da Região de fronteira com o Uruguai e Argentina chega ao SUS, para subsidiar práticas de acordo com os princípios da universalidade e da integralidade em saúde;
- d) identificar como ocorre o acesso ao direito à saúde do trabalhador na Região que faz fronteira com o Uruguai e Argentina, com vistas à consolidação da cidadania;
- e) identificar as possíveis estratégias de resistência utilizadas por esses trabalhadores, no que concerne a questões relacionadas à saúde e trabalho, para destacá-las como movimento de luta coletiva pelos direitos e pela qualidade de vida no trabalho.

4.4 OS CRITÉRIOS PARA PESQUISA

Para a seleção dos sujeitos da pesquisa foram delimitados três critérios:

- a) trabalhar nos Serviços de saúde das cidades do Estado do Rio Grande do Sul fronteiriças com Municípios da Argentina e do Uruguai, e ter algum conhecimento das demandas em saúde do trabalhador. Este primeiro critério foi utilizado como referência para a seleção dos respondentes da primeira etapa do estudo empírico e parte da segunda;
- b) ter sofrido acidente de trabalho;
- c) estar à espera de atendimento nos postos de saúde mais próximos da fronteira ou de maior fluxo de atendimento, e ter sofrido algum tipo de acidente de trabalho. Os dois últimos critérios foram aplicados para a seleção dos trabalhadores das cidades de fronteira demarcadas para o segundo momento do estudo.

4.4.1 Quanto à Escolha dos Municípios

Das vinte e nove cidades do Estado do Rio Grande do Sul²² que fazem fronteira com a Argentina e o Uruguai, foram selecionadas onze para a realização do estudo de caso. A amostra abarcou os Municípios reconhecidamente de fronteira deste Estado, tendo como critérios o maior número de habitantes e/ou a intensidade do fluxo de trabalhadores entre as cidades. Para tanto, foram selecionadas nove cidades para compor a primeira etapa da pesquisa empírica e duas para a segunda etapa.

²² MAGNOLI, Demétrio; ARAÚJO, Regina. **Para entender o Mercosul**. 11. ed. São Paulo: Moderna, 1996. A Região Sul do Brasil integra o que os economistas chamam de “raio operativo comercial” do núcleo geoeconômico do Mercosul, no interior do qual as distâncias tornam viável o intercâmbio.

4.4.2 Quanto à Escolha dos Sujeitos

A opção por entrevistar os gestores e os profissionais do Setor de Saúde se atrelou à responsabilidade dos mesmos por implantar e implementar a política de saúde do trabalhador no Município. Acresce, ainda, o seguimento da orientação de pesquisas já realizadas na região de fronteira do Mercosul, que têm priorizado o contato direto com os gestores, por haver escassez de informações sobre a organização, o funcionamento e as demandas para os Serviços locais.

Para complementar e aprofundar a investigação sobre a saúde do trabalhador na Fronteira de estudo, decidiu-se entrevistar trabalhadores de Santana do Livramento e Uruguaiana, cidades, estas, que apresentaram, mesmo havendo subnotificações, um número elevado de acidentes de trabalho, registrados no Banco de Dados da DATAPREV/RS. Para tanto, foram entrevistados sete trabalhadores das respectivas cidades.

4.5 TIPO DE PESQUISA

4.5.1 A Pesquisa Qualitativa

A pesquisa qualitativa se empenha em mostrar a complexidade e as contradições existentes nos fenômenos, bem como a imprevisibilidade e a originalidade criadora das relações interpessoais e sociais. Esta pesquisa valoriza aspectos qualitativos, que expõem a complexidade da vida humana, procurando evidenciar significados ignorados na vida social. Nesse sentido, parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, expressa-se no vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (CHIZZOTTI, 2001).

Pesquisar qualitativamente é responder a questões muito particulares. É trabalhar com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores,

atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2002), ou seja, supera os limites das análises quantitativas que revelam a dimensão dos fenômenos, mas não dão visibilidade à vivência dos sujeitos. Para tanto, é preciso estar sensível a esses fenômenos e significados deles advindos. A sensibilidade deve ser o embasamento de toda a ciência. Só é a ciência legítima quando decorre da sensibilidade (MARX, 2002).

Os cientistas que partilham da abordagem qualitativa em pesquisa se opõem, em geral, ao pressuposto experimental que defende um padrão único de pesquisa para todas as ciências, calcado no modelo das ciências da natureza. Defendem, em oposição aos experimentalistas, que as ciências humanas têm sua especificidade e, portanto, devem dispor de uma metodologia própria. Dessa maneira, o problema, na pesquisa qualitativa, não é uma definição apriorística, uma vez que decorre de um processo indutivo que define e delimita a imersão do pesquisador na vida e no contexto, no passado e nas circunstâncias do presente que definem e condicionam a existência desse problema (CHIZZOTTI, 2001).

Neste sentido, utilizou-se como um recurso metodológico valioso, que trabalhou com a concepção de sujeito coletivo, significando que aquela pessoa que foi convidada a participar da pesquisa tinha uma referência grupal, expressando, de forma típica, o conjunto de vivências de seu grupo (MARTINELLI, 1999). Pesquisar qualitativamente denotou, sobretudo, compreender a experiência que os sujeitos têm, as representações que formaram e os conceitos que elaboraram, pois as experiências relatadas ocuparam o centro de referência das análises e interpretações (CHIZZOTTI, 2001).

Para a operacionalidade da pesquisa qualitativa se privilegia a entrevista semi-estruturada, a observação assistemática para a descoberta do fenômeno estudado, formando um “corpus” qualitativo de informações, pertinente ao desenvolvimento do problema de pesquisa. O desenvolvimento das investigações segue um conjunto de técnicas que permitem a realização dessa atividade nos diferentes momentos de seu processo. E nesse sentido, as técnicas auxiliam e possibilitam elaborar um conhecimento sobre a realidade e não podem se caracterizar como instrumentos meramente formais, mecânicos, descolados de um referencial teórico que as contextualizem em uma totalidade mais ampla (PÁDUA, 2003). A estrutura evidencia

uma metodologia de pesquisa que procura dar vistas à operacionalidade da materialidade do direito à saúde do trabalhador, na região de fronteira.

Nesse aspecto, o método dialético na pesquisa qualitativa valoriza a contradição dinâmica do fato observado, as oposições contraditórias entre o todo (contexto) e a parte (realidade do sujeito), no intuito de descobrir o significado das ações e das relações que se ocultam nas estruturas sociais (CHIZZOTTI, 2001), logo, estabelecer conceitos de conexão, interdependência e interação é essencial no processo dialético de compreensão da realidade investigada (TRIVIÑOS, 1987).

4.6 OS INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

4.6.1 O Estudo de Caso

O Estudo de caso é uma das diversas maneiras de se fazer pesquisa em Ciências Sociais, que tanto pode trabalhar com evidências quantitativas quanto qualitativas. É uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente. Dessa forma, é caracterizado pela investigação profunda e exaustiva de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir conhecimento amplo e detalhado do mesmo. O propósito fundamental do estudo de caso (como tipo de pesquisa) é analisar intensivamente uma dada unidade social, permitindo, assim, a compreensão sobre as organizações por meio da investigação empírica e a complexidade do Estudo de caso determinada pelos referenciais teóricos que servem de orientação para o trabalho do pesquisador. Essa estratégia de pesquisa determina suas características que são estabelecidas por duas circunstâncias: a natureza e abrangência da unidade (TRIVIÑOS, 1987; GIL, 2007; YIN, 2003).

De acordo com Diniz, “o estudo de caso é usado quando se deseja analisar situações concretas, nas suas particularidades” (1999. p. 46). Seu uso é adequado para investigar, tanto uma vida de uma pessoa, quanto a existência de uma entidade de ação coletiva, nos seus aspectos sociais e culturais. Este instrumento de pesquisa social é uma forma de investigar o real, coleta informações para posteriormente interpretá-las, objetivando a reconstrução, em bases científicas, dos

fenômenos observados. Nele, o pesquisador aproveita as evidências empíricas e as inferências produzidas, comparando-as, no intuito de interpretar os fatos, dentro de um sistema explicativo mais amplo da realidade concreta (DINIZ, 1999).

Assim, o estudo de caso é uma forma de pesquisa empírica que investiga acontecimentos contemporâneos dentro de seu contexto de vida real, por meio de diferentes fontes de evidências. A escolha se faz pelo tipo de questão que a autora procurou responder, ou seja, “como” se efetiva a proteção social à saúde do trabalhador nos Municípios brasileiros do Estado do Rio Grande do Sul, que fazem fronteira com o Uruguai e a Argentina, países integrantes do Mercosul, como movimento necessário à ampliação e à consolidação da cidadania, pois questões que envolvam “como” e “por que” estimulam o uso dessa metodologia (YIN, 2003).

4.6.2 A entrevista semi-estruturada

A entrevista semi-estruturada foi usada, nesta pesquisa, como um dos recursos para coleta de informações. Este tipo de entrevista partiu de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e questões que interessaram à pesquisa. Combinaram-se perguntas abertas e fechadas, quando se teve a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. E, dessa maneira, essas questões se tornaram fundamentais para a constituição da entrevista semi-estruturada, como forma de orientar a condução da mesma, no enfoque qualitativo. Elas foram resultados de toda a investigação sobre o fenômeno social e enriquecidas com o relato das pessoas (MINAYO, 1999; TRIVIÑOS, 1987).

O roteiro de entrevista I foi aplicado, por meio de um formulário, com os profissionais do Setor de Saúde da região de fronteira com o Uruguai e Argentina. O segundo roteiro foi empregado com os trabalhadores da mesma região.

4.6.3 A observação assistemática

A observação assistemática ou livre foi empregada com o propósito de recolher e registrar os fatos da realidade sem que a pesquisadora fizesse uso de meios técnicos especiais ou precisasse fazer perguntas diretas. O que caracteriza este tipo de observação é o sentido de examinar livremente um conjunto de aspectos característicos da temática estudada, que agrupou espaços físicos, atos, atividades, significados, relações, contradições, presentes dentro da realidade de cada trabalhador, com o objetivo de auxiliar a captação da essência daquele fenômeno (MARCONI; LAKATOS, 2006; TRIVIÑOS, 1987).

Desse modo, como um dos componentes metodológicos essenciais para o desvelamento da realidade, observou-se a dinâmica das cidades (o comércio, a principal atividade econômica, a nacionalidade das pessoas que circulavam na rua, a estrutura, etc.) e da Secretaria Municipal de Saúde, bem como os postos de saúde. A Região de fronteira e a circulação de pessoas e trabalhadores, a passagem na fronteira (se era exigido documento, tipo de veículo mais freqüente, se havia ligação de transporte público entre as cidades limítrofes, etc.), também foram observadas. Quando possível, se observou o hospital na cidade estrangeira.

Uma estratégia adotada foi a de observar as regiões das cidades brasileiras de fronteira que, de acordo com os entrevistados ou com as informações fornecidas pelas demais pessoas (comerciantes, motoristas de táxi, funcionários dos hotéis, transeuntes, passageiros aguardando seu ônibus nas rodoviárias), eram pontos-chave de passagem de mercadoria, abastecimento de caminhões de transporte, enfim, regiões que caracterizavam o movimento do Mercosul naquela localidade.

4.6.4 O registro dos dados: o diário de campo

No diário de campo²³ foram registradas e refletidas as vivências que comporiam o processo da pesquisa que se deu no cotidiano, no “mundo da vida”, no

²³ MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999. Entende-se por campo, na pesquisa qualitativa, o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação.

“todo dia”. Foi uma descrição diária e sistemática do cotidiano da pesquisa, uma vez que foi utilizado como um instrumento de registro de dados, no qual se descreveram observações, informações gerais que se obtinha ao se observar a dinâmica da cidade e de seus moradores, etc., que foram selecionadas posteriormente para compor os dados relevantes da pesquisa. Minayo (1999) lembra que no diário de campo constam todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais. Ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, expressões, costumes, etc., que digam respeito ao tema da pesquisa.

4.7 DISTRIBUIÇÃO DAS ETAPAS DA PESQUISA

1ª Etapa: Em um primeiro momento, realizou-se uma pesquisa bibliográfica nas fontes secundárias: bibliografia já tornada pública: aparato legal, publicações avulsas, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, dissertações e teses, material fornecido em eventos, etc.).

2ª Etapa: Consistiu em uma pesquisa documental que buscou dados secundários disponíveis sobre as regiões, e na análise de sua qualidade. Deparou-se com a escassez de dados estatísticos sobre as cidades, e desse modo, fez-se uso das informações disponíveis sobre os acidentes de trabalho contidas nas CATs (Comunicações de Acidentes do Trabalho) emitidas pela empresa ao INSS/RS, disponibilizadas pela Delegacia Regional do Trabalho e Emprego, em Porto Alegre (RS), e que se encontram registradas no banco de dados da DATAPREV. As variáveis foram transportadas para o banco de dados do programa SPSS (*Statistics Package for the Social-Sciences*) e disponibilizadas para a realização de estudos integrados entre o NEST e DRT/RS.

3ª Etapa: A primeira parte da coleta de dados teve início no dia 23 de novembro de 2005 e teve seu término no dia 02 de dezembro do mesmo ano. Das vinte nove cidades do Estado do Rio Grande do Sul que fazem fronteira com a Argentina e o Uruguai, foram selecionadas nove para a realização para a primeira parte do estudo de caso, e duas para a segunda.

A primeira cidade em que se fez a entrevista foi São Borja/RS e, a última Jaguarão/RS. Foram feitas nove entrevistas com gestores e profissionais do Setor

de Saúde, que trabalham na Região de fronteira do Estado do Rio Grande do Sul com o Uruguai e a Argentina.

4.7.1 Relação das entrevistas realizadas na 3ª Etapa

Realizaram-se nove entrevistas. Seguem sistematizadas no quadro 6 as cidades e as respectivas cidades limítrofes.

Quadro 6 - Sistematização das cidades que compuseram a primeira etapa da pesquisa

CIDADES	CIDADE ESTRANGEIRA DE FRONTEIRA
1ª São Borja/RS	Santo Tomé - Argentina
2ª Itaqui/RS	Alvear - Argentina
3ª Barra do Quaraí/RS	Bella Unión - Uruguai; Monte Caseros - Argentina
4ª Quaraí/RS	Artigas - Uruguai
5ª Dom Pedrito/RS	Rivera - Uruguai
6ª Bagé/RS	Vichadero - Uruguai
7ª Aceguá/RS	Aceguá - Uruguai
8ª Herval do Sul/RS	Melo - Uruguai
9ª Jaguarão/RS	Rio Branco - Uruguai

4ª Etapa: Esta fase se formou pela realização da segunda parte da pesquisa empírica. A investigação teve início no dia 28 de junho de 2006 e término no dia 06 de outubro de 2006.

Elucida-se que nas duas últimas etapas de investigação empírica se fez o uso da observação assistemática, e das informações registradas no diário de campo. Utilizou-se a observação livre sem um roteiro previamente planejado, constituindo-se parte importante da investigação.

4.7.2 Relação das entrevistas realizadas na 4ª Etapa

Realizou-se um total de dez entrevistas, sendo que três com gestores e profissionais do Setor de Saúde e sete com trabalhadores que sofreram acidente de trabalho. Os quadros 7 e 8 pontuam a ordem das entrevistas, a respectiva cidade estrangeira das cidades e o sexo do trabalhador entrevistado.

Quadro 7 - Entrevistas com profissionais do Setor de Saúde

CIDADES BRASILEIRAS	CIDADES ESTRANGEIRAS DE FRONTEIRA
1ª Santana do Livramento/RS	Rivera - Uruguai
2ª Uruguaiana/RS	Paso de Los Libres - Argentina
3ª Santana do Livramento/RS	Rivera - Uruguai
4ª Uruguaiana/RS	Paso de Los Libres - Argentina

Quadro 8 - Entrevistas realizadas com trabalhadores que sofreram algum tipo de acidente de trabalho

CIDADES	CIDADES ESTRANGEIRAS DE FRONTEIRA	SEXO DO TRABALHADOR
1ª Uruguaiana/RS	Paso de Los Libres - Argentina	Masculino
2ª Uruguaiana/RS	Paso de Los Libres - Argentina	Masculino
3ª Uruguaiana/RS	Paso de Los Libres - Argentina	Feminino
4ª Uruguaiana/RS	Paso de Los Libres - Argentina	Feminino
5ª Uruguaiana/RS	Paso de Los Libres - Argentina	Masculino
6ª Santana do Livramento/RS	Rivera - Uruguai	Masculino
7ª Santana do Livramento/RS	Rivera - Uruguai	Masculino

4.8 ORGANIZAÇÃO DA ANÁLISE

“A análise deve apreender e determinar, através de seus ‘momentos’, cada ser em sua originalidade, cada situação naquilo que a diferencia de todas as outras. A análise deve ser ‘concreta’” (LEFEBVRE, 1995, p. 119).

A organização dos procedimentos para a análise temática foi realizada de acordo com os passos metodológicos propostos por Bardin (2004). Entende-se por análise de conteúdo, um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às mensagens (BARDIN, 2004).

O material de análise se compôs de dezenove entrevistas, do tipo semi-estruturadas, constituindo uma amostra intencional, representativa dos profissionais do Setor de Saúde (Secretários Municipais de Saúde, Fisioterapeuta, Assistente Social, Enfermeira e Médico), e trabalhadores que sofreram algum tipo de acidente de trabalho, ambos da Região de fronteira do Estado do Rio Grande do Sul com a Argentina e o Uruguai.

As diferentes fases da análise de conteúdo se organizaram em torno de três pólos cronológicos:

- a) a pré-análise;
- b) a exploração do material;
- c) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

a) A pré-análise

É a fase de organização propriamente dita. Tem como objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais, de maneira a conduzir o desenvolvimento das operações sucessivas, em um plano de análise. Constituiu-se de quatro estágios: a leitura flutuante, a escolha dos documentos (as entrevistas com os profissionais do Setor de Saúde e com os trabalhadores que sofreram acidente de trabalho) a serem submetidos à análise, a elaboração de indicadores e a preparação do material.

A leitura flutuante se constituiu a primeira atividade para estabelecer contato com os documentos a serem analisados, conhecendo os textos, deixando-se “invadir” pelo conteúdo contido nos mesmos. Aos poucos a leitura foi se tornando mais precisa em função das questões de pesquisa e da projeção do referencial teórico que orientavam a leitura das entrevistas, cuja escolha foi feita tendo em vista o universo de documentos que estivessem com as questões todas respondidas, e fornecessem as informações necessárias para responder ao problema de pesquisa.

Neste caso, todo o corpus, ou seja, o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos foi utilizado.

A elaboração de indicadores foi efetuada mediante a frequência dos temas em relação a outros no interior do conteúdo das entrevistas, tendo em vista fundamentar a categorização para a análise temática e codificação para o registro dos dados. A preparação do material consistiu na transcrição, na íntegra, das entrevistas gravadas e na complementação de informações nas questões abertas das demais entrevistas que não puderam ser registradas por meio da gravação, visto que alguns entrevistados não permitiram este registro, e na estipulação de códigos para identificação das entrevistas, estabelecidos em seqüência de números, de acordo com a ordem de realização de cada uma.

b) A exploração do material

Após a realização das operações da pré-análise, devidamente concluídas, a fase de análise propriamente dita se conduziu pela identificação das unidades de registro (temas-focos no texto das entrevistas) e das unidades de contexto.

O critério para a escolha da unidade de registro foram os recortes dos temas que representavam os núcleos de sentido no texto, considerados como unidade de base que fundamentaram o processo de categorização e a contagem freqüencial (número de vezes em que o tema apareceu no texto). A análise temática é característica da análise de conteúdo e foi, aqui, guiada pelos objetivos da pesquisa.

A unidade de contexto (a referência ao contexto) serviu de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e correspondeu ao segmento dos textos que possibilitaram o entendimento e a significação exata dos temas, ou seja, as unidades de registro. Segue o exemplo da tabela de análise utilizada para sistematizar os dados de cada entrevista (ver Apêndice A).

Dessa maneira, buscou-se reconhecer o nível manifesto no texto, objetivando compreender criticamente o sentido das comunicações, as significações e o significado profundo das comunicações nele enunciadas.

c) O tratamento dos resultados obtidos e interpretação

Os dados brutos foram tratados de maneira a serem significativos e válidos cientificamente. Foram utilizadas operações estatísticas simples (porcentagens), que permitiram a construção de quadros de resultados, os quais condensaram as informações fornecidas pela análise. Construiu-se uma síntese das categorias emergentes nos textos, trazendo suas significações, fundamentando-as no aporte teórico crítico, e por trecho de falas dos sujeitos da pesquisa. Tanto as inferências quanto a interpretação dos resultados da pesquisa foram orientadas pelas categorias teóricas do método dialético-materialista-histórico: historicidade dos fatos, totalidade, contradição e pelas categorias emergentes no conjunto dos documentos analisados.

5 EXPOSIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

“Aquilo de onde a ciência inicia a própria exposição já é resultado de uma investigação e de uma apropriação crítico-científica da matéria” (KOSIK, 2002, p. 37-38). Inicia-se aqui a apropriação empírica das multifaces do objeto de pesquisa.

5.1 TRAVESSIAS: DESAFIOS DA PROTEÇÃO SOCIAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR, NA REGIÃO DE FRONTEIRA DO RS COM ARGENTINA E URUGUAI

5.1.1 Panorama geral

O Panorama Laboral de 2002 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) indicava que a situação laboral latinoamericana se caracterizava pela expansão da desproteção social, pela persistente negação dos direitos trabalhistas e deficiências no diálogo social. O mesmo documento enfatizou que região entrou na era da globalização com um *déficit* de trabalho decente²⁴, tema amplamente discutido, hoje, no contexto do Mercosul (OIT, 2002).

Um dos problemas fundamentais da seguridade social, apresentado no informe da OIT de 2002, era que mais da metade da população mundial estava excluída de qualquer tipo de proteção social. Uma das causas apresentadas se vinculava à redução do acesso da população ativa no setor formal de trabalho (OIT, 2002).

A edição de 2005 do Panorama Laboral destacou a importância dos avanços macroeconômicos ocorridos; entretanto, ressaltou que esses foram acompanhados pelo aumento do desemprego, pelo trabalho precário e pelo deterioramento da distribuição do acesso a políticas que apontassem um crescimento compatível com

²⁴ A OIT tem definido o trabalho decente como aquele de índole produtiva, justamente remunerado e exercido em condições de liberdade, igualdade, segurança e dignidade humana. ORGANIZACIÓN Internacional del Trabajo. **Panorama Laboral 2006**. América Latina y el Caribe (Avance primer semestre) (LIMA: OIT, 2006, p. 2).

o trabalho decente. A América Latina enfrentava uma conjuntura paradoxal na perspectiva do mercado de trabalho: sua economia está em melhor sustentação que em outros períodos, porém surgiram desafios laborais e sociais de maior envergadura (OIT, 2005).

Na edição de 2006, o Panorama Laboral destaca a continuidade da queda da taxa de desemprego e aumento dos salários, evidenciados no período de 2005. Concomitante a esta “evolução favorável”, enfatiza que a pobreza e a desigualdade de acesso se constituem nos principais problemas da América Latina e Caribe. A desigualdade no acesso ao mercado de trabalho justifica que a informalidade se mantém alta e a cobertura da proteção em saúde e pensões dos trabalhadores na região é, todavia, deficiente (OIT, 2006).

Em realidade, a Economia da maioria dos países da América Latina apresenta uma subordinação em relação aos países economicamente estáveis e, sobretudo, o desenvolvimento de políticas reflexivas, desencadeadas a partir de iniciativas de interesses externos aos seus cenários econômicos. Os países da América Latina estão quase sempre respondendo, ou tentando responder, economicamente, a ações dos países economicamente estáveis, o que os leva a mudar trajetórias políticas em momentos ainda não adequados para tais trocas (BAUMECKER, 2004).

Historicamente a equidade e seu contrário a iniquidade em saúde no trabalho tem fundamentado o debate e o estudo, em nível mundial e no contexto da América Latina, de vários pesquisadores e profissionais que se preocupam em explicar as causas do adoecimento de quem trabalha. Conforme a abordagem em que se apóiam (Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional ou Saúde do Trabalhador) eles têm identificado como prioritárias, ora as ações voltadas para a mudança dos riscos associados a certas ocupações, das condições de trabalho, ora para o movimento de identificação dos macros e micros determinantes e condicionantes do acidente, do adoecimento e da morte no trabalho.

A discussão tem tomado força nos últimos anos devido à crescente globalização da Economia, que gera novas formas de organização e gestão do trabalho, transferindo espaços ocupacionais insalubres e perigosos aos países mais pobres ou às chamadas economias periféricas, emergentes, o que torna complexa e desafiadora a garantia da equidade em saúde no trabalho.

Existem peculiaridades dentre os países ditos periféricos. Assinala-se que a saúde do trabalhador é um âmbito onde se expressam intensamente essas características. O perfil de morbidade e mortalidade dos trabalhadores se relaciona, entre outras instâncias, ao modo e à condição de vida e de trabalho da população. Somam-se a isso as diferenças de concepções e tratamento dos acidentes e das doenças relacionados ao trabalho que são adotadas em cada país.

Modificar o entendimento das situações laborais em direção à compreensão da precarização do trabalho em uma perspectiva de integração dos saberes e do modo de intervenção requer que se faça uma relação entre a saúde, o trabalho e a previdência. É exatamente nesta perspectiva de entendimento que serão apresentadas as particularidades da Argentina, do Brasil e do Uruguai, Estados-membros do Mercosul.

5.1.2 A fronteira de estudo

A investigação envolveu os Municípios do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil que fazem fronteira com a Província de Corrientes na Argentina e, com os Departamentos de Artigas, Cerro Largo e Rivera no Uruguai. A tabela 1 mostra as características demográficas desse espaço territorial, como indicadores quantitativos relevantes para a compreensão da situação dos Municípios fronteiriços:

Tabela 1 - Censos populacionais das unidades administrativas regionais pesquisadas

PAÍS	ESTADO/DEPARTAMENTO/PROVÍNCIA	POPULAÇÃO ESTIMADA TOTAL
<i>ARGENTINA</i> Pop. Total em 2005: 38.747.000 hab.	Província de Corrientes	930.991 (Censo/2001)
<i>BRASIL</i> Pop. Total em 2005: 184.184.264 hab.	Estado do Rio Grande do Sul	10.845.087 (Censo/2005)
<i>URUGUAI</i> Pop. Total em 2005: 3.463.000 hab.	Departamento de Artigas	78.019 (Censo/2004)
	Departamento de Cerro Largo	86.564 (Censo/2004)
	Departamento de Rivera	104.921 (Censo/2004)

Fonte: Elaborado pela autora com base em: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la Argentina - INDEC; Instituto Nacional de Estadística del Uruguay - INE; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

O Brasil é o maior país da América Latina, com 8.514 215,3 km², composto por 27 Unidades da Federação e 5.507 Municípios existentes²⁵. Ao se observar os dados tornados públicos sobre o Censo Populacional do País e comparando-o com os da Argentina e do Uruguai, é notório que a Argentina tem praticamente 1/4 da população do Brasil. O Estado do Rio grande do Sul, se comparado com o Uruguai tem o triplo de pessoas do que a população total desse país. Este mesmo Estado brasileiro representa sozinho 1/3 da população da Argentina. Salienta-se que os censos populacionais produzem informações imprescindíveis para a definição de políticas sociais, para a tomada de decisões de investimento, e para o mapeamento social, e constituem uma fonte de referência importante sobre a situação de vida da população.

5.2 INFORMAÇÕES SOBRE AS UNIDADES ADMINISTRATIVAS REGIONAIS E SEUS MUNICÍPIOS

5.2.1 Província da Argentina

A Província de Corrientes (figura 1) se situa na região mesopotâmica da República Argentina. Tem uma superfície de 88.886 Km². Sua capital se chama Corrientes, cobrindo uma população de aproximadamente 3000.000 Habitantes. As atividades produtivas desta Província são a criação de gado, o processamento de cítricos, em especial a Laranja, e o cultivo de arroz. Deve-se também mencionar a produção industrial da erva-mate e do tabaco (CORRIENTES, 2007).

²⁵ Fonte: Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm>. Acesso em: 22 jan. 2007.

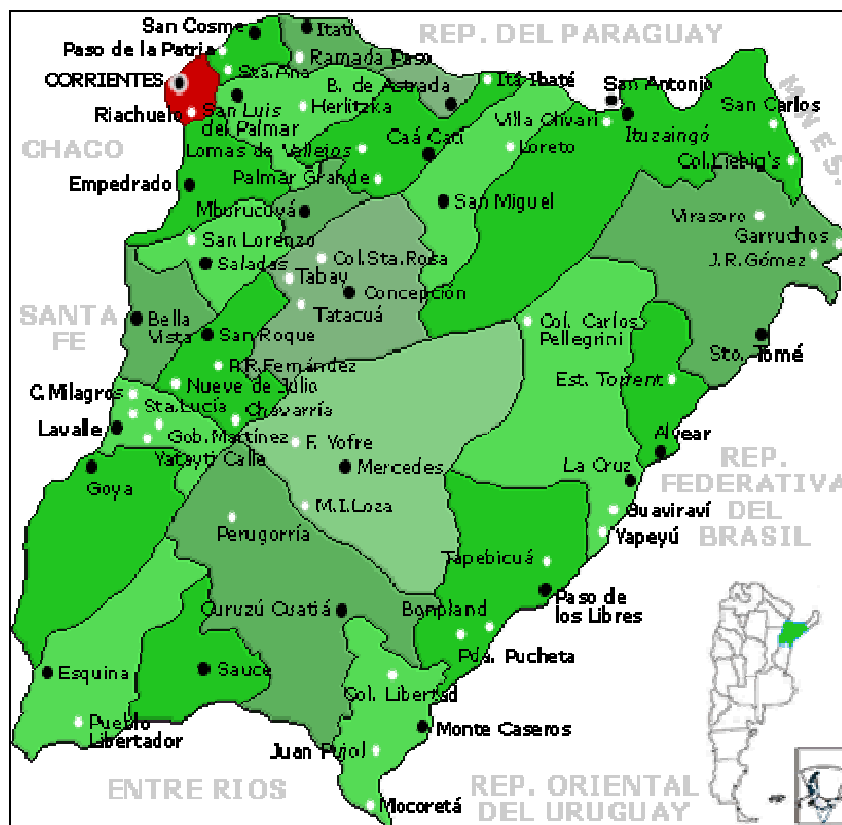


Figura 1 - Mapa da Província de Corrientes/AR

Fonte: Disponível em: <<http://www.deyc-corrientes.gov.ar/>>

5.2.2 Departamentos do Uruguai

As unidades administrativas regionais do Uruguai são apresentadas na figura 2, após explanação dos departamentos, cujas cidades fazem fronteira com os Municípios do estudo.

a) O Departamento de Rivera/UY

Rivera é uma das principais portas de entrada entre Uruguai e Brasil e é o quinto departamento mais populoso do interior do País. Seu território totaliza 9.370 km². A Praça Internacional, linha divisória entre as cidades gêmeas: Santana do Livramento/BR e Rivera/UY pertence igualmente a Brasil e Uruguai, e é motivo de orgulho local em um espaço em que já houve barreiras militares e soldados armados.

A criação de gado, o cultivo do arroz e a produção do tabaco caracterizam a atividade econômica desse Departamento. A existência de Free Shops registra também forte dinamismo na cidade de Rivera. Suas principais cidades são: Masoller, Minas de Corrales, Rivera, que é cidade gêmea de Santana do Livramento/RS (região da pesquisa); Tranqueras, e Vichadero, cidade fronteiriça de Bagé/RS (região da pesquisa) (TACUY, 2007).

b) Departamento de Artigas/UY

O situado ao norte, o Departamento de Artigas possui uma extensão de 11.928 Km², tendo fronteira com Brasil e Argentina. Sua capital, Artigas, tem sua origem vinculada à criação de San Eugenio Del Cuareim, em 12 de setembro de 1852, com o objetivo de consolidar as fronteiras com Brasil, passando, no ano de 1915, à categoria de cidade com o nome de Artigas, em homenagem ao herói nacional (TACUY, 2007).

Os pilares de especialização produtiva de Artigas são a criação de gado e de ovelhas, a agricultura e, dentro desse último setor, o arroz e o açúcar são atividades de maior valor agregado. Além desses, existe a produção de pedras preciosas, sendo que mais de 5% da produção mineira do Interior do País se centraliza em Artigas, juntamente com a indústria de vinho.

As principais cidades do Departamento de Artigas são: Artigas, que faz fronteira com Quaraí/RS (região da pesquisa); Bella Unión, que é cidade limítrofe de Barra do Quaraí/RS (região da pesquisa); Baltasar Brum e Tomás Gomensoro (TACUY, 2007).

c) Departamento de Cerro Largo/UY

Cerro Largo está situado ao nordeste do Uruguai. A superfície desse Departamento é de 13.648 Km². Limita ao norte com Tacuarembó e Rivera, a leste, com o Brasil, ao sul, com Treinta y Tres e ao oeste com Durazno. Melo, sua capital, está distante 60 Km da fronteira com o Brasil e 387 Km de Montevideo. É o quarto Departamento maior do País. Sua principal atividade econômica é a criação de gado e o cultivo do arroz.

As principais cidades do Departamento de Cerro Largo são: Melo, que faz fronteira com Herval do Sul/RS (região da pesquisa); Aceguá, que limita-se com Aceguá/RS (região da pesquisa); e Rio Branco, que é cidade limítrofe de Jaguarão/RS (região da pesquisa). A economia desse Departamento está claramente orientada pela produção de Serviços (TACUY, 2007).



Figura 2 - Mapa Administrativo do Uruguai - Departamentos do Uruguai

Fonte: Disponível em: <<http://www.tacuy.com.uy>>.

5.3 A SAÚDE DO TRABALHADOR NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL FRONTEIRIÇOS COM A ARGENTINA E O URUGUAI

Antes de apresentar e tratar os dados empíricos advindos do estudo de caso, e assim conhecer um pouco mais sobre a realidade dos Municípios fronteiriços, é imperioso explicitar algumas fontes estatísticas, que se apresentam como indicadores importantes para a contextualização e comparação com os dados coletados na pesquisa de campo para composição do diagnóstico situacional da Região.

5.3.1 Fontes estatísticas da região da pesquisa

A primeira fonte estatística que se mostra é a quantidade de acidentes de trabalho registrados no Ministério da Previdência Social, no ano de 2005, no Brasil e no Estado do Rio Grande do Sul, pois se considera que o acidente de trabalho é um indicador de desproteção social.

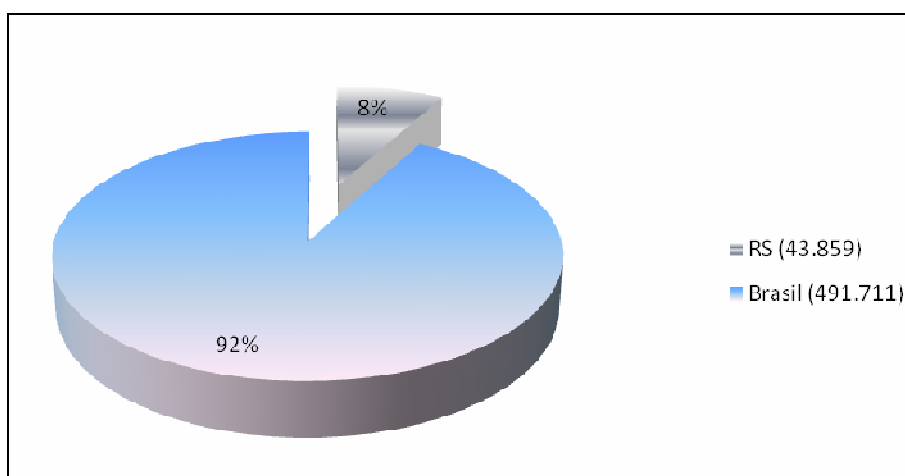


Figura 3 - Quantidade de acidentes de trabalho no Brasil e no Estado do Rio Grande do Sul - 2005

Fonte: <<http://creme.dataprev.gov.br/temp/dact01consulta23296358.htm>>

A segunda fonte estatística representa o caráter quantitativo que tem como base as informações sobre os acidentes de trabalho contidas nas CATs (Comunicações de Acidentes do Trabalho) das onze cidades onde foi realizado o estudo de caso. Essas CATs foram emitidas pela empresa ao INSS/RS, disponibilizadas na Delegacia Regional do Trabalho e Emprego, em Porto Alegre (RS), e se encontram registradas no Banco de Dados da DATAPREV. As variáveis foram transportadas para o Banco de Dados do programa SPSS (*Statistics Package for the Social-Sciences*) e colocadas à disposição do grupo de pesquisadores do NEST. Nesse Banco de Dados encontram-se à disposição as CATs de 202 Municípios do Estado do Rio Grande do Sul, registradas no período de 24 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2002. No universo de 65.536 CATs registradas, constatou-se que 1788 casos de acidentes de trabalho eram das cidades delimitadas para o estudo de caso. Mendes e Oliveira (2002) ressaltam que, pela primeira vez, foi possível o acesso, na forma digital, aos dados referentes a todas as CATs deste Estado, e acessá-los, para eles, traduz a relevância da dimensão política do estudo.

Tabela 2 - Quantidade de acidente de trabalho segundo dados do banco da DATAPREV/RS - 2000 a janeiro de 2002

CIDADE	Nº DE ACIDENTES DE TRABALHO REGISTRADOS
São Borja	182
Itaqui	123
Barra do Quaraí	0
Quarai	17
Dom Pedrito	61
Bagé	430
Aceguá	0
Herval do Sul	08
Jaguarão	101
Santana do Livramento	165
Uruguaiana	701
TOTAL	1.788

Fonte: Sistematizada pela autora, a partir das informações do Banco de dados da DATAPREV/RS. n. 65.536 CATs registradas

Ao se observar a tabela 2, duas informações causam surpresa. A primeira, em relação ao fato de não haver registro de acidente de trabalho na cidade de Barra do Quaraí e Aceguá. Em Barra do Quaraí, por exemplo, notou-se que é comum a travessia de trabalhadores entre esta cidade e Bella Unión, no Uruguai, em virtude da plantação de cana-de-açúcar e arroz, onde são utilizados, com freqüência, instrumentos cortantes e em más condições de uso. Em princípio poder-se-ia pensar que o não registro de acidentes de trabalho estivesse relacionado à data de emancipação das cidades e suas conseqüentes notificações, mas isto não procede, pois Barra do Quaraí se emancipou no ano de 1997 e Aceguá em 1996, portanto, datas anteriores ao período do Banco de Dados.

Ademais, em geral, o número de acidentes registrados são baixos em relação à população total estimada nas cidades. A partir de então, salienta-se, a subnotificação dos acidentes de trabalho ocorridos nas cidades de fronteira, contribuindo para a construção social da invisibilidade desse fenômeno, que pode estar relacionada à queda da oferta de empregos formais e à sonegação da notificação por parte do empregador.

5.3.2 Aproximando-se um pouco mais: a coleta de evidências

Primeiramente, realizaram-se nove entrevistas nas cidades: Aceguá, Bagé, Barra do Quaraí, Dom Pedrito, Herval, Itaqui, Jaguarão, Quaraí e São Borja. Para a seleção das cidades foi considerada a questão geográfica e a acessibilidade, a intensidade do fluxo de trabalhadores entre as fronteiras (observada pela pesquisadora) e o número de acidentes de trabalho registrados no Banco de Dados da DATAPREV/RS. Procurou-se delimitar as cidades que fossem reconhecidamente de fronteira com a Argentina e o Uruguai, em conjunto com o Brasil, membros do Mercosul.

Para a composição do estudo de caso da fronteira do Estado do Rio Grande do Sul, com a Argentina e o Uruguai, trazem-se, na tabela a seguir, informações importantes para o entendimento da realidade dessas cidades.

Tabela 3 - Situação das cidades participantes na investigação com relação aos dados populacionais, área territorial, número de Serviços de saúde e óbitos hospitalares - Período 2005-2006

CIDADE	POPULAÇÃO ESTIMADA EM 2006	ÁREA DA UNIDADE TERRITORIAL (KM²)	SERVIÇOS DE SAÚDE EM 2005	ÓBITOS HOSPITALARES EM 2005
São Borja	67.788	3.616	29	197
Itaqui	42.842	3.404	12	101
Barra do Quaraí	4.333	1.056	1	7
Quarai	25.420	3.148	9	66
Dom Pedrito	42.151	5.192	20	186
Bagé	122.461	4.096	34	449
Aceguá	4.188	1.550	3	7
Herval do Sul	7.635	1.758	3	18
Jaguarão	31.821	2.054	11	68

Fonte: Sistematizada pela autora, a partir das informações do - IBGE. Disponível em: <www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>. Acesso em 14/04/2007>

Considerando os dados apresentados na tabela 3, percebe-se que o município de Bagé se destaca, entre os outros, como de maior número populacional, maior área territorial e um número mais elevado de Serviços de saúde e óbitos em hospitais. Se comparado com o município de São Borja, por exemplo, que tem pouco mais da metade dos habitantes de Bagé, nota-se que esta cidade possui uma maior concentração de pessoas em uma mesma área, pois o espaço geográfico que a difere de São Borja é apenas de 480 Km².

Outro eixo importante a ser ressaltado é que mesmo São Borja, possuindo praticamente a metade de habitantes em relação à cidade em questão, tem vinte nove Serviços de saúde disponibilizados para a população, frente aos trinta e quatro de Bagé. Fica claro que em Bagé cada serviço de saúde local terá que atender a 3.602 pessoas aproximadamente, enquanto em São Borja serão atendidos 2.337 usuários dos Serviços de saúde. Diante disso, observa-se uma distribuição de Serviços assimétrica, uma vez que o número de estabelecimentos de saúde é quase o mesmo nas duas cidades.

Quanto à variável óbitos hospitalares, Bagé, São Borja, Dom Pedrito, Itaqui e Jaguarão apresentam o maior número de casos. Equiparando-se as cinco cidades se tem a seguinte constatação: Bagé, que tem uma maior concentração populacional, para cada 273 pessoas acontece um óbito. Em São Borja para cada 344hab ocorre um óbito. Em Dom Pedrito para cada 227hab há um óbito. Nos municípios de Itaqui e Jaguarão a proporção entre o número de habitantes e número

de óbitos é a seguinte: para o primeiro, a cada 424hab acontece um óbito, e para o segundo para cada 468hab ocorre um óbito.

5.3.2.1 Perfil dos entrevistados da primeira etapa da pesquisa empírica

Como referenciado, na primeira abordagem da pesquisa foram entrevistadas nove pessoas de cidades de fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina e o Uruguai, caracterizando a primeira abordagem empírica do estudo de caso da Região. Dessas nove pessoas, sete eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. No que se refere aos cargos desempenhados nas Secretarias Municipais de Saúde estão assim distribuídos: duas enfermeiras, uma assistente social, quatro Secretárias Municipais de Saúde e dois Secretários Municipais de Saúde. Quanto às idades no dia da entrevista, a tabela 4 as representa:

Tabela 4 - Frequência da idade dos sujeitos do estudo

IDADES	FREQÜÊNCIA
32 ┆ 42	1
42 ┆ 52	5
52 ┆ 62	2
62 ┆ 72	1
TOTAL	9

Fonte: Entrevistas com os profissionais das Secretarias Municipais de Saúde

O eixo anterior evidencia que a frequência das idades dos sujeitos entrevistados no Setor de Saúde se concentra entre os 42 e 51 anos. Respectivamente as idades se distribuíam assim: duas pessoas com 44 anos, uma com 47, uma com 48 e uma com 50 anos.

Outro eixo de análise que assume importância aqui é o tempo de trabalho na região de fronteira, pois tal categoria representa o conhecimento das situações de fronteira. A tabela 5 indica a distribuição do tempo de trabalho, em anos, no momento da pesquisa:

Tabela 5 - Distribuição de freqüências do tempo de trabalho na região de fronteira dos profissionais das Secretarias Municipais de Saúde

TEMPO DE TRABALHO	FREQÜÊNCIA
4 meses	1
7 meses	2
8 anos	1
16 anos	1
20 anos	1
25 anos	1
23 anos e 4 meses	1
32 anos	1
TOTAL	9

Fonte: Entrevistas com os profissionais das Secretarias Municipais de Saúde

Observando a freqüência do tempo de trabalho na Região de fronteira dos profissionais das Secretarias Municipais de Saúde, percebe-se, mesmo havendo dois casos na permanência de sete meses, que os profissionais entrevistados apresentam, em sua maioria, mais de oito anos de exercício de trabalho na fronteira. Conclui-se que esses profissionais teriam que ter um conhecimento mais denso sobre a situação de fronteira, no que se refere às proximidades, descontinuidades de Serviços, circulação de estrangeiros e/ou de brasileiros em busca de trabalho, iniciativas possíveis entre os Municípios fronteiriços, etc.

5.3.2.2 Identificação da concepção de direito e saúde do trabalhador

Um eixo de análise que a pesquisa teve como base foi a identificação da concepção de direito e saúde do trabalhador nas entrevistas aos profissionais do Setor de Saúde. O quadro a seguir apresenta os conceitos expostos por tais profissionais.

Quadro 9 - Princípios norteadores da concepção de direito e de saúde do trabalhador dos profissionais da saúde - 1ª Etapa

PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS	CONCEPÇÃO DE DIREITO	CONCEPÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR
Enfermeira 1	<p>Acho que direito é aquilo que a gente já nasce com ele, porque eu sou pessoa, eu tenho que ter acesso, eu tenho que ter garantido pra mim acesso, direito à alimentação, tudo aquilo que a gente precisa para ter saúde pra viver.</p> <p>[...] eu acho que o direito legal é uma ferramenta que a gente tem pra conseguir ter acesso. Por exemplo, o direito às leis, elas existem pra quê? Para garantir o meu direito. Eu invocando essa lei ou aquela, eu garanto o meu direito a tantas horas de trabalho, a um salário por tantas horas, às condições de salubridade no meu local de trabalho, tudo, todas essas questões são garantidas pelo direito, pelas leis.</p>	<p>[...] eu acho que seriam aquelas situações de risco à saúde em função do exercício profissional. Eu fico doente em função do trabalho que eu realizo ou por repetição ou por má postura ou por uso de substâncias tóxicas ou agentes biológicos, estresse por baixo salário, por ganhar pouco e não poder pagar conta.</p> <p>[...] eu acho que a primeira coisa que a gente tem que ter é consciência dos riscos que a gente está correndo, e dos direitos que tem a proteção da nossa saúde.</p>
Secretária Municipal de Saúde	<p>À medida que eles correspondem eles têm direito de receber, etc. [...] à medida que tu te doa. Sou contra a certos direitos!</p>	<p>As condições para ele trabalhar. O máximo que ele pode produzir com as condições básicas. Assim as duas partes estão satisfeitas.</p>
Secretário Municipal de Saúde	<p>Ter acesso àquilo que a lei, a Constituição diz. Benefícios e segurança.</p>	<p>Atenção especial para a classe dos trabalhadores, principalmente para a prevenção. Solução para os acidentes de trabalho.</p>
Secretário Municipal de Saúde	<p>Aquilo que a lei determina. Ter direito é aquilo que as condições de cada região oportunizam a cada cidadão. Nos termos da lei o cidadão tem direitos, a verdade fática é totalmente diferente na hora de usufruir os direitos. Em algumas questões o direito é uma expectativa apenas.</p>	<p>Ações preventivas que possam garantir qualidade nas condições de trabalho dos trabalhadores: rurais, empregados do comércio, da construção civil, funcionário público municipais e estaduais, militares e caminhoneiros.</p>
Enfermeira 2	<p>Está instituído na Constituição. São as condições básicas dadas para o trabalhador. Direito a um bom atendimento. Receber o material adequado para executar a sua função. Para executar os deveres tem que ter os direitos.</p>	<p>O Bem-estar físico, mental e social.</p>

PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS	CONCEPÇÃO DE DIREITO	CONCEPÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR
Assistente Social	[...] é inerente à pessoa e dever do poder público prover. Os direitos têm que ser garantidos, legitimados pelas leis e acordos. É inerente ao cidadão. Direito à vida, por exemplo.	As condições para eles realizarem seu trabalho, em condições de proteção, Capacitação.
Secretária Municipal de Saúde	É tudo aquilo que a pessoa tem no seu emprego, estudo, família, enfim, por onde anda e passa.	Conjunto de ações preventivas e curativas, visando a saúde do trabalhador de qualquer área.
Secretária Municipal de Saúde	A Constituição Federal nos dá direitos. Ter cidadania, lazer, trabalho, assegurados em lei, mas na prática não é bem assim.	[...] o quanto o ambiente do trabalho interfere na saúde e na vida dos trabalhadores.
Secretária Municipal de Saúde	É tudo aquilo que está impresso na Constituição. [...] o cidadão é o bojo da cidadania. Dentro da saúde temos: direito à saúde, ao trabalho, às leis públicas.	É aquela saúde onde devemos dar atendimento ao trabalhador como um todo. Deve ser desenvolvida e ter um trabalho mais direcionado, obedecendo às diretrizes que determinam o SUS e que ainda não chegaram atingir por completo o que é necessário.

Fonte: Entrevistas com profissionais do Setor de Saúde

De acordo com os princípios norteadores da concepção de direito e de saúde do Trabalhador e dos profissionais da Saúde pode-se constatar que ambas as concepções partem do direito que está prescrito em lei, principalmente na Constituição Nacional. Não são pensadas e encaminhadas propostas às autoridades, como posição da classe.

Para uma relação, a partir dos direitos humanos, impõe-se um esclarecimento preliminar: o direito pode ser usado em “sentido fraco” e em “sentido forte”. A primeira acepção designa a exigência de direitos futuros, ou seja, a proteção futura de certo bem. Já a segunda, aponta para a proteção efetiva desse bem, a qual pode ser reivindicada perante os tribunais para reparar os abusos e punir os culpados (AMARAL JÚNIOR, 2002). Esta observação é importante porque, antes de receber consagração nos textos constitucionais e nas convenções internacionais, os direitos humanos considerados essenciais para convivência coletiva constituíam exigência de proteção futura da pessoa. Em outros termos, o direito fraco é a exigência de auxílios e/ou direitos futuros, enquanto o direito forte é o direito efetivado nos textos constitucionais.

Outro ponto importante, é que mesmo sendo evidenciadas as situações de risco no trabalho e a necessidade de ações preventivas e de capacitação dos trabalhadores, não são apontados procedimentos e formas de garantia à proteção no trabalho na Região, o que é de se estranhar, pois a maioria dos entrevistados, como foi mostrado anteriormente, trabalhava na fronteira havia mais de oito anos. Ocorre que não há a contabilização dos tipos de atendimentos relacionados ao adoecimento e ao acidente de trabalho e nem mesmo um maior conhecimento das situações vivenciadas pelos trabalhadores no ambiente de trabalho. O que se percebeu foi um domínio da questão financeira da saúde, especialmente pelos Secretários Municipais de Saúde, em detrimento da realidade dos atendimentos dos Serviços.

Ademais, um relato de um dos entrevistados é de estarrecer: após firmar a contrapartida do trabalhador para poder ter seus direitos garantidos expressa: “sou contra a certos direitos”. Estabelece-se aqui uma contradição, pois ao invés de garantir um direito, cumprindo o papel de promotor da saúde, reproduz a lógica conservadora do favor e da benesse.

5.3.2.3 Determinantes e condicionantes que interferem na saúde do trabalhador

No que se refere à assistência ao trabalhador a questão da prevenção e do tratamento de doenças do trabalho ou das decorrências do acidente de trabalho foi abordada, pelos profissionais da saúde, como sendo um das prioridades na agenda de acordos em saúde do trabalhador na região de fronteira. Esses profissionais relataram que os Serviços de média e de alta complexidade, que alguns trabalhadores necessitaram em seus Municípios e que tiveram que ser encaminhados para cidades brasileiras distantes mais de 100 km, poderiam ser acessados no Município do País estrangeiro, que em sua maioria se distancia cerca de aproximadamente 10 km.

Enfatizando o risco de exposição dos trabalhadores às situações de contaminação (agentes biológicos) e à vulnerabilidade de acidentes de trabalho (manutenção de líquidos inflamáveis, como a gasolina, inalação de substâncias tóxicas), e a necessidade de prevenção do adoecimento e da morte desses, os profissionais do Setor de Saúde destacam como obstáculo à prevenção dessas situações as assimetrias existentes nas legislações em saúde do trabalhador, principalmente na segurança do trabalho como a forma de uso e o tipo de EPIs. Outrossim, também ressaltaram como desencadeador de adoecimento o estresse no trabalho.

Em suas opiniões, a falta de alternativas de emprego, característica dos Municípios do interior do Estado do Rio Grande do Sul, a desinformação dos trabalhadores, e o medo da perda do trabalho, fazem com que as pessoas não reivindiquem a proteção no trabalho. A enfermeira 1 do posto de saúde de um dos Municípios de fronteira deixa clara essa realidade:

Acho que aqui na região a questão do acesso ao trabalho é bem difícil. As pessoas não têm consciência do risco ou elas têm consciência do risco, mas não buscam conseguir, por exemplo, equipamento de proteção ou mudar essas condições de trabalho que estão acarretando o risco a sua saúde, por que tem medo de perder o emprego. E nem os acidentes são notificados, também em função disso, em função do medo da perda do emprego (Enfermeira 1)

Segundo relataram os gestores da política de saúde e os demais profissionais da Área, os intendentes do Município vizinho e demais funcionários não têm conhecimento profícuo da realidade do trabalho da cidade com que faz fronteira. Afirmam que conhecem um pouco da vivência dos trabalhadores, inclusive do próprio Município, quando se deparam, no trabalho, com tais situações.

“Não temos conhecimento dos dados epidemiológicos de lá e eles não têm de cá. Isso atrapalha as ações em saúde” (Enfermeira 1).

“[...] na vigilância epidemiológica não se tem troca de informações entre as cidades” (Secretário Municipal de Saúde).

Ao prestarem Serviços de urgência e emergência aos usuários estrangeiros e ouvirem as histórias de acidente ou de adoecimento, e ao trafegarem e usarem os estabelecimentos comerciais da cidade vizinha percebem as disparidades das recomendações de proteção aos trabalhadores.

De acordo com suas percepções a proteção social aos trabalhadores deve abarcar a integração de leis, normas e acordos específicos e peculiares a cada fronteira, pois embora haja semelhanças na Região, o tipo de fronteira (seca ou por rio) caracteriza a maior ou menor travessia de pessoas de ambos os lados.

5.3.2.4 O Território como limite ao direito à saúde

Neste subitem, a categoria território se torna importante para a análise da garantia e acesso ao direito à saúde na Região de fronteira. Santos (2002) salienta que o território não é apenas um conjunto de formas naturais, mas de sistemas naturais e artificiais, formado por pessoas, instituições e empresas, devendo ser considerado em suas divisões jurídico-políticas, suas heranças históricas e seu atual conteúdo econômico, financeiro, fiscal e normativo. Nessa perspectiva, a questão do território não é exclusivamente uma questão de geografia. O território é hoje a base da vida material que transcende a nação.

Koga (2003) evidencia o território como chão concreto das políticas, a raiz dos números e a realidade da vida coletiva. O território também representa o chão do exercício da cidadania, pois cidadania significa vida ativa no território, onde se

concretizam as relações sociais, as relações de vizinhança e solidariedade, as relações de poder.

A prática da teoria neoliberal acarreta mudanças importantes na utilização do território, tornando esse uso mais seletivo e punitivo das populações mais pobres, mais isoladas e mais distantes dos grandes centros e dos centros produtivos. O Neoliberalismo produz a uma seletividade maior na distribuição geográfica dos provedores de bens e Serviços que, visando à competitividade, buscam localizações mais favoráveis. Desse modo, a acumulação, em certos pontos, de algumas atividades pode conduzir a grandes dificuldades com efeito na infra-estrutura da Região tal como na mão-de-obra local, pois o que realmente importante para as grandes empresas é a competição e o lucro (SANTOS; SILVEIRA, 2001).

Essa dinâmica do território pode conduzir à ampliação do êxodo rural e do êxodo urbano e a mais concentração nas grandes cidades, ainda que possa ocorrer certa redistribuição da área metropolitana, como parece ser o caso do Brasil (SANTOS; SILVEIRA, 2001. p. 303). O que se notou é que o território nas cidades brasileiras de fronteira é um limite para o direito à saúde, conforme relato:

A burocracia legal: temos Serviços a 1 km do município e eu não posso comprar. Isto é dificuldade de comprar Serviços e especialidades médicas ofertadas [na cidade de fronteira] que são muito melhores que os nossos (Secretário Municipal de Saúde).

Muitas vezes a distância geográfica é duplicada pela distância política, pois estar na periferia, longe da Capital, significa dispor de menos meios efetivos para atingir as fontes e os agentes do poder. É difícil imaginar uma cidadania concreta que prescindia do componente territorial. O valor do indivíduo depende do lugar em que ele está (SANTOS, 2000).

É no território que as desigualdades sociais se tornam evidentes entre os cidadãos, as condições de vida entre moradores de uma mesma cidade se mostram diferenciadas, a presença ou a ausência dos Serviços públicos se faz sentir e a qualidade desses mesmos Serviços se apresentam desiguais (KOGA, 2003). Desse modo, a igualdade dos cidadãos supõe para todos a acessibilidade semelhante aos bens e Serviços, sem os quais não será vivida com dignidade (SANTOS, 2000). Isto

significa, em outras palavras, uma organização territorial desses bens e Serviços em que os lugares sejam pontos de apoio, levando em conta a densidade demográfica e econômica da região para a garantia do direito à saúde.

Nas cidades de fronteira, quatro dos nove profissionais de saúde entrevistados afirmaram que os estrangeiros são atendidos nos postos de saúde. Entretanto, o atendimento aos estrangeiros nos Serviços de saúde locais só foi possível onde o Cartão Nacional de Saúde ainda não era exigido para o atendimento. Dessa forma, a prestação de Serviços aos estrangeiros foi realizada, mas não foi registrada, porque orçamento público de saúde brasileiro não cobre tal procedimento.

Frente ao limite territorial, os sujeitos entrevistados salientaram que a decisão pelo atendimento aos estrangeiros ocorre pautada em quatro alternativas: 1) quando a pessoa responsável entende a saúde como um direito humano; 2) somente é realizado quando o estrangeiro reside na cidade brasileira de fronteira; 3) como forma de retribuir o atendimento e os Serviços prestados pelos profissionais do Setor de Saúde da cidade estrangeira aos brasileiros; e 4) como forma de transpor atitudes preconceituosas em relação à nacionalidade.

Ocorre que, mesmo nas falas onde continha as alternativas mais “humanas”, havia claramente uma contradição na “concepção de homem e de mundo” dos entrevistados. A contradição se manifestou como um claro-escuro de verdade e engano, constituindo o mundo da pseudoconcreticidade²⁶. Mesmo quando se referiam ao atendimento à saúde dos estrangeiros como um direito humano respondendo: “sim, são atendidos, porque são pessoas!”²⁷, no decorrer da entrevista deixavam transparecer uma “concepção de homem e de mundo” conservadora, quando citavam o estrangeiro como um “bom paciente”.

Assim, como se fala em outras políticas sociais da realidade brasileira no “bom usuário”, que é aquele que não reivindica seus direitos, pensando ser um favor e por isso não é um “poliqueixoso” que incomoda; ou no “bom preso”, que é aquele que não reclama dos maus-tratos no presídio; o “bom paciente”, o estrangeiro, segundo um depoente, seria aquele que costuma ficar à noite toda na fila à espera de atendimento, quando não mais tempo, devido aos atrasos dos médicos, e não

²⁶ Termo utilizado por Kosik (2002).

²⁷ Relato de um Secretário Municipal de Saúde de uma das cidades fronteiriças visitadas na primeira fase da pesquisa.

reclama como o brasileiro, pois sabe que não tem direito legal ao atendimento que lhe será prestado. Logo, essa prática é um ato de compaixão, de caridade, é um favor. Acrescenta-se, como se viu no período da pesquisa, que os trabalhadores ficam esse tempo todo de pé ou sentados no chão em frente ao posto com dores localizadas, cortes e feridas e outros sintomas, que nem sequer são relacionados às atividades que desenvolvem no trabalho.

Existe uma falta ou uma apropriação frágil de um referencial teórico-metodológico e ético-político que resulte em uma prática dos profissionais do Setor de Saúde que supere a intenção. Essa prática só será possível se o profissional tiver a capacidade de análise crítica e se colocar politicamente frente à forma como a atenção à saúde está sendo pensada e conduzida, articulando-se aos interesses e necessidades dos diferentes segmentos da classe trabalhadora na construção, manutenção e proteção da vida.

A desigualdade no atendimento à saúde dos estrangeiros esbarra na condição de cidadão de cada país, que deriva do lugar onde cada pessoa se encontra. A noção de território não pode ser um parâmetro para a forma de atenção à saúde, devendo ser estudada e concebida para além de uma linha divisória que “separa” os iguais, mas sim em uma perspectiva de integração desses iguais.

5.3.2.5 Acordos não oficiais: iniciativas na saúde relacionadas às questões de fronteira

Dos nove entrevistados, nesta primeira etapa da pesquisa empírica, apenas quatro identificaram algum tipo de iniciativa ou cooperação técnica conjunta de seu Município com a cidade estrangeira de fronteira. Dentre as práticas conjuntas com as cidades fronteiriças vizinhas foram destacadas: a existência de uma comissão de representantes de ambas as cidades, entretanto, com enfoque na área comercial; a organização de reuniões entre profissionais, o controle de doenças, o empréstimo de materiais para a atenção à saúde, e o atendimento médico, no lado estrangeiro.

As principais dificuldades apontadas pelos profissionais de saúde entrevistados foi a impossibilidade de acesso, em ambos lados da fronteira, aos Serviços disponibilizados de saúde, e a falta de conhecimento da realidade da

cidade estrangeira. Como contraponto a essa situação, os sujeitos entrevistados enumeraram algumas alternativas:

Nós poderíamos fazer uso do atendimento de urgência e emergência em [cidade estrangeira de fronteira], cirurgias, convênios de exames e especialidades médicas e financiamento para ambas cidades (Secretário Municipal de Saúde).

[...] as possibilidades seriam quanto ao uso de especialidades (hemodiálise, oftalmologia), exames e cirurgias de alta complexidade e revezamento de profissionais de: otorrinolaringologista, cardiologista, ginecologista, psiquiatria, neurologista (Secretário Municipal de Saúde).

Basicamente a questão de prevenção de doenças e, a parte das imunizações, a complementaridade da atenção. Por exemplo, ao invés de nós mandarmos os nossos pacientes que precisam de especialidades, que nós não dispomos para Santa Maria, Passo Fundo, Porto Alegre; por que não mandar para Serviços da Argentina. A média e alta complexidade que nós não dispuséssemos aqui, nós encaminharíamos para lá (Enfermeira 1).

“[...] as práticas de vigilância em saúde sanitária e epidemiológica” (Assistente Social).

As iniciativas de integração destacadas nos extratos de falas acima vêm ao encontro dos objetivos possíveis na integração em Serviços de saúde no Mercosul, evidenciados nos eventos pelos técnicos da área. Ressaltam-se cinco modelos possíveis enumerados por Sánchez (2006):

- a) coordenação de Serviços em zonas fronteiriças - este é o modelo se restringe ao espaço geográfico, não pretendendo alterar o funcionamento das estruturas no resto do País;
- b) integração de Serviços em zonas fronteiriças - a integração supõe vários passos, mas além da simples coordenação, visto que pressupõe a idéia de uma direção conjunta;
- c) livre trânsito de pessoas: profissionais da saúde - o livre trânsito de profissionais implica não somente o reconhecimento pelas autoridades dos países dos títulos de Graduação expedidos, mas também os de Pós-Graduação. A dificuldade aparece quando se identifica que não existem as

- mesmas especialidades nos cinco países; além disso, os procedimentos para a obtenção dos títulos de Pós-Graduação também são diferenciados;
- d) livre trânsito de pessoas: os usuários do sistema de saúde - a forma mais simples de migração é a do turista ou residente não permanente. No momento, os direitos dos cidadãos do Mercosul, em matéria de saúde, somente podem ser exercidos dentro do próprio território, não existindo portabilidade de direitos. Não se tem discutindo ainda a possibilidade de exercer o direito à atenção à saúde em todo o Mercosul em nível de urgências e emergências.

No momento em que exista livre trânsito de pessoas e os trabalhadores possam migrar indistintamente de um país a outro para trabalhar, estabelecer-se-á o problema de quem é o responsável pela a atenção de sua saúde e a quem deve realizar suas contribuições. Isto envolve a seguridade social a que o trabalhador deverá ter acesso;

- e) livre trânsito de Serviços - existem também, aqui, dois casos possíveis:
- um serviço habilitado no país A que pudesse ser instalado no país B. Nesta situação, cada país aplicará sua própria legislação para a habilitação de Serviços que na prática funcionaram como entidades independentes sujeitas às normas locais;
 - compra de Serviços no país A pelo sistema de saúde do país B, para suprir um *déficit* de algum tipo. Deve-se decidir, nessa situação, a quais normas se deve ajustar o serviço oferecido.

Sabe-se que existem evidentes dificuldades estruturais de integração no Mercosul, como a inviabilidade da unificação das políticas sociais. Nos casos apresentados, nota-se que a implementação de acordos não oficiais, que embora seja importante tal constituição, se mostram insuficientes para dar conta das situações de saúde-doença vivenciadas pela população que reside em uma cidade limítrofe com outro país, pois se mostram impotentes diante da dimensão da problemática da saúde em seus Municípios, e desarticulados da vivência dos demais Municípios de fronteira. Mesmo com a instituição do SIS-fronteiras, Sistema Integrado de Saúde na Fronteira, em fase de implantação, necessita-se de um sistema de integração em saúde do trabalhador que avance na prestação de Serviços na região de fronteira.

Para além das carências de trocas de cooperação efetiva entre as cidades enfatizadas nas falas anteriores, salienta-se o conhecimento minucioso do processo de saúde e doença como um todo. Isto inclui o conhecimento da forma de gestão e organização do trabalho, os tipos de ocupações que sobressaem em ambas as cidades, o conhecimento das relações de trabalho e cooperação em saúde do trabalhador.

5.3.2.6 Aparato legal, políticas, e programas acionados para operacionalizar a atenção em saúde do trabalhador

Concorda-se com a premissa de que para captar o movimento histórico da realidade social, da qual a saúde do trabalhador faz parte, é necessário o conhecimento do aparato legal vigente, das políticas sociais e, da articulação de saberes. Ao observar que um contingente significativo de profissionais apontou as ações e Serviços do SUS como diretrizes que fundamentam o atendimento ao trabalhador, percebeu-se um desconhecimento das competências desse Sistema de Saúde no que se refere aos procedimentos em saúde do trabalhador, a exemplo do trecho a seguir: *“Eu acho que [...] não existe nada organizado em relação a isso. Não existe essa preocupação, não existe esse programa, não existe uma coisa pensada em relação à saúde do trabalhador”* (Enfermeira 1).

Relacionando essas observações aos fragmentos das entrevistas é possível afirmar que o SUS acaba tratando apenas as conseqüências do adoecimento do trabalho ou do acidente de trabalho. Outras pessoas, nas mesmas situações daquele trabalhador que procurou atendimento no posto de saúde, vão se acidentar, pois não se trabalha nas bases, nas condições e no processo de trabalho como um todo. Entende-se que trabalhar as condições de trabalho não se resume somente ao setor da Saúde. É necessária uma ação conjunta, que inclua a Saúde, a Previdência e o Meio Ambiente. É necessária uma política intersetorial.

Os procedimentos em saúde do trabalhador, grifados pelos profissionais, foram o Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador do Rio Grande do Sul - SIST/RS, que se constitui por dois sistemas distintos: um que notifica os agravos e outro que notifica os acidentes e as violências. Os instrumentos de notificação são: o RINA - Relatório Individual de Notificação de Agravos, o RINAV - Relatório Individual

de Notificação de Acidentes e Violências e a FIS - Ficha Individual de Notificação de Suspeitas e a Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT. Citados esses procedimentos merece ressaltar o não preenchimento nos Municípios dos relatórios de notificação e a subnotificação dos acidentes de trabalho, como se destaca na fala de uma Secretária de Saúde: “Não são computados os acidentes de trabalho”.

5.3.2.7 Demandas do Setor de Saúde do trabalhador para os Serviços de saúde locais

No período em que se elaborava o formulário de pesquisa a ser aplicado nas cidades fronteiriças, orientava-se por uma concepção teórica de que o trabalho ocupa um lugar central na vida das pessoas, sendo um elemento importante na definição do processo de saúde e doença das mesmas. Nessa perspectiva, teve-se a preocupação de elencar um conjunto de vivências do adoecer e do acidentar-se que, freqüentemente são desencadeadas pelo trabalho, reconhecidas ou não, algumas já identificadas na lista de agentes patogênicos causadores de doenças profissionais ou do trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego, conforme previsto no art. 20 da Lei nº 8.213, de 1991.

Na prática da pesquisa, houve alguns imprevistos. Em um primeiro momento, pensou-se que seria possível os profissionais do Setor de Saúde identificar os acidentes e as doenças do trabalho, hierarquizando-os conforme o registro de atendimento. Isto não foi exequível, pois não havia um controle desses atendimentos. Teve-se que adequar a questão, para que os entrevistados pudessem somente apontar as demandas sem, no entanto, atribuir valor proporcional ou seqüencial a elas.

Dessa forma, a identificação das doenças foi feita pelos profissionais, baseados no dia-a-dia de trabalho, e nas informações, quando as obtinham, dos médicos e dos enfermeiros que atenderam casos dessa categoria. Logo, a memória e as trocas de informações “nos corredores” foram recursos utilizados. Entende-se que tais procedimentos se configuram como uma forma de invisibilidade das formas de adoecer pelo trabalho, pois com certeza houve atendimentos não lembrados no momento da entrevista e outros em que o profissional não investigou se havia

relação com o trabalho, visto que não é um procedimento padronizado. Entretanto, tais respostas devem ser valorizadas, porque dão uma visão da prevalência de acidentes e adoecimento a que está vulnerável a população fronteiriça. Com base nesta afirmação, traz-se um quadro, que mostra o tipo de demanda portada pelos trabalhadores, das cidades da pesquisa, no momento do atendimento.

Quadro 10 - Tipo de demandas da saúde do trabalhador nos Serviços de saúde das cidades de fronteira

DEMANDAS	CIDADES DE FRONTEIRA								
	São Borja	Itaqui	Barra do Quaraí	Quaraí	Dom Pedrito	Bagé	Aceguá	Herval	Jaguarão
Dores localizadas									
Fraturas									
Tendinite									
Torção/Distensão									
Visão									
Bursite									
Queimaduras									
Choque elétrico									
Lesões múltiplas									
Contusão/esmagamento									
Cortes/feridas									
Dermatose									
Pneumoconiose									
Luxação									
Outros									

Fonte: Entrevistas dos Profissionais do Setor de Saúde

A partir das informações fornecidas, construiu-se um quadro, como forma de apresentar a frequência das demandas em saúde do trabalhador, no qual o eixo vertical denota o número de respostas fornecidas pelas pessoas entrevistadas das cidades de fronteira investigadas. O eixo horizontal exhibe o tipo de demanda trazida pelos trabalhadores para os Serviços de saúde locais. Sublinha-se que, as alternativas eram de múltipla escolha, podendo os mesmos marcar quantas opções fossem necessárias para revelar a situação de acidente e de adoecimento dos trabalhadores do município em questão.

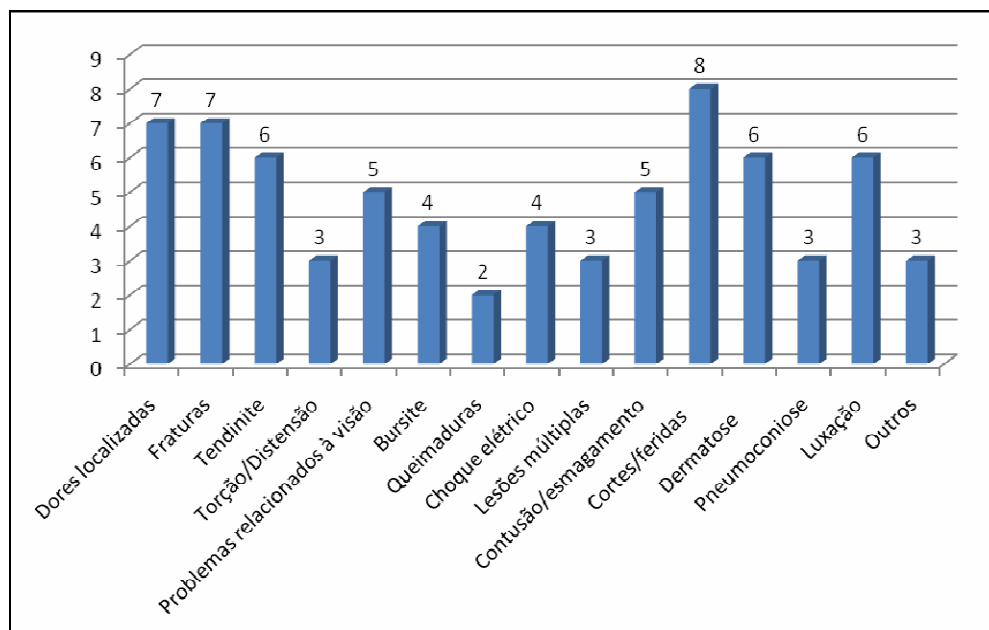


Figura 4 - Demandas do Setor de Saúde do trabalhador para os Serviços de saúde locais

Fonte: Entrevistas com os Profissionais do Setor de Saúde

Para uma explicação mais minuciosa das demandas expostas na figura, consideraram-se: dores localizadas, aquelas identificadas em qualquer parte do corpo; fraturas, incluídas aquelas que acometessem o punho, a mão, a perna, o tornozelo, o antebraço, a costela, a coluna, o ombro e o braço; tendinite e bursite, representando as doenças do sistema osteomuscular; queimaduras, que continha uma ressalva para que os respondentes dissessem se eram ocasionadas por produtos químicos, pois no interior do Estado do Rio Grande do Sul é característico o trabalho rural, motivo pelo qual também se elegeram problemas relacionados à visão e dermatoses; choque elétrico, que podiam ocorrer devido à atividade desempenhada, lesões múltiplas, (ombro, joelho, tornozelo), contusão/ esmagamento, cortes/feridas e luxação como conseqüências do acidente de trabalho, freqüentes de acontecer; e pneumoconiose, desencadeada após a exposição ocupacional à poeira de produtos químicos como a sílica e o asbesto ou amianto.

Ao observar a figura, percebe-se claramente que a demanda que mais foi apontada, pelos sujeitos da primeira etapa da pesquisa, foi cortes e feridas (8), seguidas de dores localizadas e fraturas (7), tendinite, dermatose e luxação (6). Pode-se inferir que tal constatação se deve ao tipo de ocupação dos trabalhadores

da região, que deixa mais vulnerável a essas espécies de acidentes. Conforme ilustra o quadro a seguir, os trabalhadores que apresentavam as demandas descritas são identificados como provenientes da área rural e do setor de Serviços.

No que se refere à variável “outros”, que foi incluída para que os respondentes pudessem identificar outro tipo de adoecimento dos trabalhadores que não tenha sido exposto no formulário, a cidade de Barra do Quaraí identificou a hipertensão. Dom Pedrito apontou o estresse e problemas relacionados à audição, e Herval do Sul, a intoxicação por agrotóxicos.

A seguir, sinalizam-se as respostas dos profissionais quanto ao tipo de relação de trabalho e a origem dos setores dos trabalhadores que apresentaram tais demandas.

Quadro 11 - Tipo de trabalho dos trabalhadores das cidades de fronteira

CIDADES DE FRONTEIRA									
Tipo de Trabalho	São Borja	Itaqui	Barra do Quaraí	Quaraí	Dom Pedrito	Bagé	Aceguá	Herval	Jaguarão
Trabalho em Empresa									
Trabalho Rural									
Setor de Serviços									
Trabalho Informal									
Trabalho em Madeiras									
Outros									

Fonte: Entrevistas com os Profissionais do Setor de Saúde

Como se pode perceber, a investigação sobre os setores e tipo de relação de trabalho dá continuidade ao estudo iniciado sobre as demandas do Setor de Saúde do trabalhador para os Serviços de saúde locais, sendo complementado com a indagação sobre a nacionalidade dos trabalhadores que procuraram atendimento nesses Serviços, a qual se encontra representada na figura subsequente.

Em relação a figura que retrata os setores e a relação de trabalho dos trabalhadores das cidades de fronteira, merecem destaque os indicadores sociais

qualitativos que foram usados para avaliar a presença da precarização no trabalho: condições, organização e relação de trabalho. Para visualizar estes indicadores sociais constatou-se nos dados: a maioria das pessoas entrevistadas destacou no setor de Serviços a indústria e o comércio como empregadores dos trabalhadores que sofreram os acidentes e adoecimentos anteriormente apresentados. Bagé identificou, na empresa, os frigoríficos, e no setor de Serviços a indústria, o comércio e os hospitais como os principais demandantes de trabalhadores. Barra do Quaraí, Quaraí, Dom Pedrito, Herval do Sul e Jaguarão, dentro do trabalho não registrado, ressaltaram a presença dos vendedores ambulantes.

São Borja também enfatizou a presença de vendedores ambulantes; entretanto, elucidou que no trabalho rural ocorre a relação de trabalho informal. Quando o profissional de São Borja afirmou que os trabalhadores dos hospitais também sofriam as conseqüências da precarização do trabalho, aí se estabelece uma contradição, pois cabe aos trabalhadores dos hospitais atenderem às demandas dos usuários em condições de saúde muito semelhantes a que estão vivenciando em seu ambiente de trabalho. Então, faz-se a pergunta, que muitos pesquisadores têm como foco de investigação, “quem cuida do cuidador?” que é tão vítima das novas formas de trabalho, quanto os pacientes atendidos no órgão em que trabalha.

Considerando a freqüência de respostas, aqui salientando que as mesmas não se excluía, uma vez que a questão era de múltipla escolha, traz-se posteriormente a figura que delinea a significância do número de vezes em que apareceram as categorias tratadas no quadro anterior.

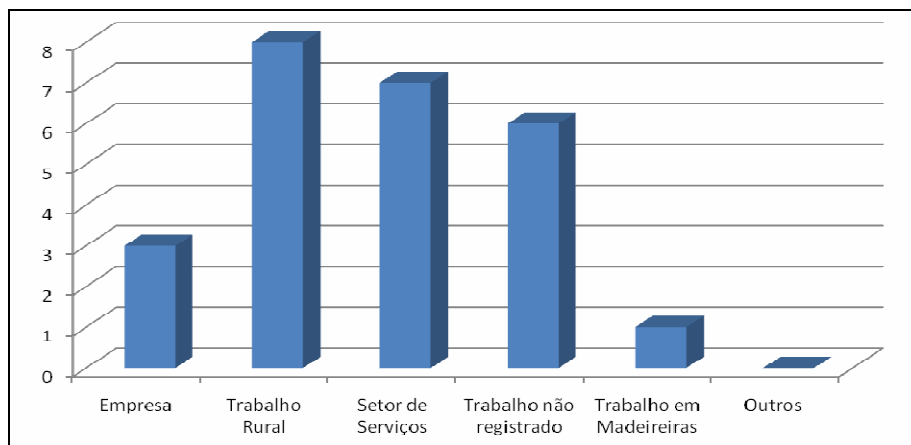


Figura 5 - Setores e/ou relação de trabalho dos trabalhadores que apresentaram as demandas do Setor de Saúde do trabalhador para os Serviços de saúde locais

Fonte: Entrevistas com os profissionais do Setor de Saúde

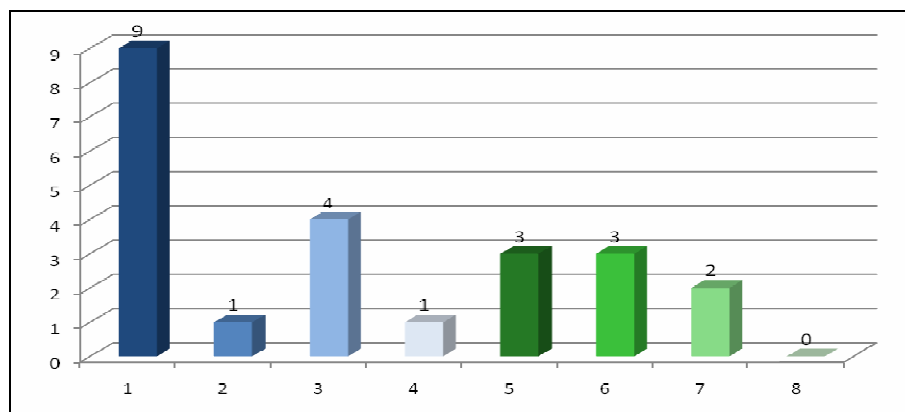


Figura 6 - Identificação da nacionalidade dos trabalhadores que procuram os Serviços de saúde locais

Fonte: Entrevistas com os profissionais do Setor de Saúde

Legenda:

- Brasileiros
- Estrangeiros
- Estrangeiros não naturalizados, residentes no Brasil
- Estrangeiros não naturalizados, residentes na cidade estrangeira de fronteira
- Estrangeiros naturalizados, residentes no Brasil
- Brasileiros residentes na cidade estrangeira de fronteira
- Turistas
- Outros.

A figura 6 complementa os anteriores. O eixo vertical se refere a nove respondentes, cada um representante de uma cidade. As respostas são simultâneas, podendo ocorrer mais de uma. Na identificação da nacionalidade dos trabalhadores que procuram os Serviços de saúde locais se destacou a nacionalidade brasileira, o que era de se esperar, visto que o estudo ocorreu do lado brasileiro. Nota-se que existem brasileiros que não moram na cidade brasileira de fronteira, mas buscam atendimento nela. Contudo, a presença de estrangeiros à procura de atendimento médico na cidade brasileira foi apontada. Das nove entrevistas, em quatro apareceu esta afirmação. Segundo os sujeitos da pesquisa, na maioria são pessoas estrangeiras não naturalizadas brasileiras e residentes no Brasil.

Valendo-se dos dados apresentados como de suma importância para o conhecimento da realidade da saúde do trabalhador fronteiriço, salienta-se a necessidade ímpar de construção de uma base de dados acessível aos países membros do Mercosul, para que os mesmos possam pensar alternativas comuns para o enfrentamento do adoecimento e da morte no trabalho, pois se constata uma carência em dados oficiais sobre a Região. Em se tratando das cidades onde se realizou a pesquisa a distribuição dos CERESTs se dá de acordo com o quadro que segue.

Quadro 12 - Relação dos CERESTs regionais com os módulos assistenciais integrantes da região/macrorregião de saúde dos municípios de estudo

CEREST REGIONAL NOME	REGIÃO DE SAÚDE	POPULAÇÃO REGIONAL	MÓDULOS ASSISTENCIAIS	MUNICÍPIOS DE CADA MÓDULO
CEREST Região Sul Sede: Pelotas	3ª CRS 7ª CRS	1.024.404	Bagé Dom Pedrito	Bagé/ Aceguá/ Hulha Negra/Lavras do Sul/ Dom Pedrito
			Canguçu	Canguçu/Santana da Boa Vista
			Jaguarão Arroio Grande	Jaguarão/ Herval/ Arroio Grande
			Pinheiro Machado Piratini	Pinheiro Machado/ Candiota/ Pedras Altas/ Piratini
			Pelotas	Pelotas/ Pedro Osório/ Cerrito/Morro Redondo/ Turuçu/ Capão Leão/Arroio do Padre
			Rio Grande	Rio Grande/São José do Norte
			São Lourenço do Sul	São Lourenço do Sul
			Santa Vitória do Palmar	Santa Vitória do Palmar/Chuí
CEREST Região Oeste Sede: Alegrete	10ª CRS	558.460	Alegrete	Alegrete/ Manoel Viana
			Santana do Livramento Livramento Quarai	Santana do Livramento/ Quarai
			São Borja	São Borja/Maçambará/Itaqui
			São Gabriel Rosário do Sul	São Gabriel/Santa Margarida do Sul/Vila Nova do Sul/Rosário do Sul
			Uruguaiana	Uruguaiana/Barra do Quarai

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador. Disponível em:
<<http://www.opas.org.br/sausedotrabalhador/arquivos/sala171.pdf>>

5.4 CIDADES EM FOCO: SANTANA DO LIVRAMENTO E URUGUAIANA

A segunda parte da pesquisa de campo compreendeu o período de 29 de junho a 06 de outubro de 2006. Realizaram-se dez entrevistas, sendo que três com profissionais do Setor de Saúde e sete com trabalhadores que sofreram acidente de trabalho.

Nessa segunda etapa da pesquisa de campo, foram realizadas entrevistas na cidade de Santana do Livramento, que faz fronteira com Rivera, no Uruguai, e Uruguaiana, que é cidade limítrofe de Paso de Los Libres, na Argentina.

5.4.1 A cidade de Santana do Livramento

Localizada na fronteira Oeste do Estado do Rio Grande do Sul, Santana do Livramento nasceu de um período de guerra, de posse da terra, quando as instáveis fronteiras eram defendidas com as pontas das lanças, as patas dos cavalos e o gume das espadas. Com a organização de um exército de tropas de linha territorial no Rio Grande do Sul surgiu um acampamento que, na época, chegou a ser chamado de Cidade de São Diogo, e foi aí que se deu o início do povoamento de Santana do Livramento com a construção de uma capela junto ao arroio Ibirapuitã (SANTANA DO LIVRAMENTO, 2006).

A origem de seu nome se vincula à construção dessa capela que teve a denominação de Nossa Senhora do Livramento, no dia 23 de julho de 1823, data que assinalou a fundação oficial da cidade. O início do povoamento de Santana do Livramento foi 1814, quando o Marquês de Alegrete fez as doações das primeiras sesmarias para Belarmina Coelho, João da Costa Leite e Antônio José de Menezes. Em 1818, tendo assumido o governo da Província, o Conde de Siqueira, Dom José Castelo Branco da Cunha de Vasconcelos e Souza incentivou o povoamento da região, concedendo sesmarias em maior número.

Os primeiros colonizadores que habitaram Santana do Livramento foram os índios Charruas e Minuanos, pertencentes ao grupo Guaicurús do Sul. Os primeiros

europeus que vieram habitar o Rio Grande do Sul foram os jesuítas espanhóis, habitando a região do Rio da Prata e contribuindo com a formação e povoamento de Santana do Livramento (SANTANA DO LIVRAMENTO, 2006).

Hoje, Santana do Livramento tem a população de 97.488 habitantes²⁸, estimada, em 1º de julho de 2005, e é chamada de Cidade Símbolo de Integração do Mercosul. Recebeu esse título devido à Lei Estadual nº 12.231, de 06 de Janeiro de 2005, de autoria do Deputado Berfran Rosado, e sancionada pelo Governador Germano Rigotto, conforme descreve o artigo primeiro da referida Lei:

Art. 1º - A cidade de Santana do Livramento, localizada na fronteira oeste do Estado do Rio Grande do Sul, é declarada cidade símbolo de integração entre os países membros do Mercado Comum do Sul - MERCOSUL -, pela sua marcante unicidade sócio-econômica, cultural e territorial com a cidade uruguaia de Rivera (RIO GRANDE DO SUL, 2005).

A cidade possui peculiaridades fronteiriças e é conhecida como “Fronteira da Paz”, por constituir basicamente uma só cidade com Rivera (Uruguai), sendo dividida apenas por linha imaginária. É uma típica cidade de fronteira, um pouco diferente das demais da fronteira Oeste, pois o movimento de estrangeiros é intenso em algumas ruas próximas à linha divisória. Em outros pontos, assemelha-se a uma cidade característica do interior do Estado do Rio Grande do Sul, com uma infraestrutura pequena, simples e poucos recursos (ALMEIDA, 2006).

Não é exigido nenhum documento de identificação para se cruzar a fronteira, onde existe a carteira de trabalhador fronteiriço, documento este proveniente do acordo existente entre Brasil e Uruguai, que dá direito aos trabalhadores, de ambas as cidades, de trabalharem na cidade estrangeira. Recentemente foi acordada também a abertura de contas em bancos de trabalhadores moradores dessas cidades. Há muitos uruguaios trabalhando no Brasil e brasileiros trabalhando no Uruguai. Ambas as nacionalidades residem no País estrangeiro, algumas dessas pessoas em situação ilegal (ALMEIDA, 2006).

²⁸ Dados do IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/>>. Acesso em: 23 jan. 2007.

5.4.1.2 Sua cidade gêmea no Uruguai: Rivera

Rivera é uma cidade do Uruguai, capital do Departamento de mesmo nome (cuja superfície total é de 9.370 km²). Localiza-se no norte do País, na linha de fronteira com a cidade de Santana do Livramento, situada no Estado do Rio Grande do Sul, no Brasil. A cidade foi fundada em 1862, com o nome de Pueblo Ceballos, e teve seu nome mudado, em 1867, para homenagear o general Fructuoso Rivera. Atualmente, tem uma população de 64.426 habitantes (URUGUAY TOTAL, 2006).

As principais atividades econômicas da cidade de Rivera são as lojas destinadas ao *free-shop*, voltadas ao público brasileiro, tornando Rivera um destino popular para a compra, em dólar, de produtos importados. Destaca-se também a existência de um cassino, situado justamente em uma das avenidas por onde corre a fronteira entre os dois países. No interior do Departamento, predomina a criação de gado.

5.4.2 A Cidade de Uruguaiana

A cidade de Uruguaiana, fundada em 24 de fevereiro de 1843, emancipou-se em 29 de maio de 1846. Situa-se na microregião da campanha ocidental, limitando-se ao norte com o município de Itaqui, ao sul, com a República Oriental do Uruguai, a leste, com Alegrete e Quaraí e a oeste com a República Argentina (URUGUAIANA, 2006).

Sua área é de 5.452 Km² com uma população de 134.928 habitantes (IBGE, 2007). Sua etnia foi originada por grupo nômades indígenas e posteriormente os elementos colonizadores foram os espanhóis, portugueses e africanos. As correntes migratórias modernas são representadas por italianos, alemães, espanhóis, franceses e árabes. Tem como principal atividade econômica a agropecuária, com sua extensa lavoura de arroz e gado de corte e reprodução. Uruguaiana é a maior porta de entrada de turistas do Estado, registrando mais de 100.000 turistas do Prata, chilenos, paraguaios e de demais países. Em 152 anos de existência, o Município figura como 4º maior do Estado, o maior porto-seco da América Latina, com 80% da exportação nacional, atravessando a Ponte Internacional (URUGUAIANA, 2006).

Atualmente, seus governantes almejam que a cidade se torne a “Capital do Mercosul”, tendo como símbolo a Ponte Internacional Agustin Justoque, que interliga as fronteiras de Brasil e Argentina, marco histórico, entre as cidades de Uruguiana e a vizinha *Paso de los Libres*. Em virtude disso, há um chamamento muito forte para o comércio próximo à fronteira, que também ocorre na cidade estrangeira.

Os habitantes de Uruguiana atravessam constantemente a fronteira, mediante apresentação de um documento de identidade, que é exigido para todos. Não há cobrança de pedágio nessa fronteira. Também é feito um controle de veículos. Não é realizado o processo de higienização nos calçados e nem nos veículos, como em outra parte da fronteira Brasil-Argentina. Há transporte público entre as cidades de fronteira, entretanto, este é muito antigo e precário. Ademais, o transporte público que circula em *Paso de Los Libres* também tem esta característica (ALMEIDA, 2006).

É comum Uruguiana receber argentinos como turistas, entretanto, no momento da pesquisa não era uma prática freqüente, visto que o Peso (moeda argentina) estava com cotação baixa em relação à moeda brasileira, o Real. A cidade também recebe, com freqüência brasileiros de outras localidades, com o intuito de fazer compras em *Paso de Los Libres*, cidade argentina; é freqüentada, continuamente, pelos moradores de Uruguiana, principalmente pelo público jovem, que vão em busca de mercadorias no comércio local, dos cassinos e dos estabelecimentos noturnos (bares, restaurantes, pizzarias, etc.).

A produção de arroz é uma das principais atividades econômicas de Uruguiana. A temperatura quente no período de inverno prejudicou o cultivo deste cereal. Depois, com a chegada do frio intenso e geadas, esta plantação estava morrendo. Quanto às atividades de trabalho empreendidas pelos moradores, afirma-se que existem muitos trabalhando informal e clandestinamente nos campos do lado argentino, principalmente nas lavouras de arroz. Alguns deles têm permissão de até 90 dias para permanecer na Argentina, devendo retornar para Uruguiana após este período, quando entram com um novo pedido de permanência (ALMEIDA, 2006).

Próximo ao posto de gasolina onde ficam estacionados os caminhões, que transportam mercadorias entre os países ou dentro dos Estados brasileiros, há um ponto de prostituição. O lugar é considerado, pelos moradores, perigoso à noite, pois há muita violência. No local, mulheres, crianças e homossexuais se prostituíam entre os vários caminhões estacionados que aguardavam o visto para a passagem para o

outro país, abasteciam-se de combustível ou descansavam para dar continuidade à viagem. Esta realidade passou a existir com mais constância com o surgimento do Mercosul, que aumentou o fluxo de caminhões. Além desse local, próximo à fronteira há um bairro muito humilde, onde também ocorre a prostituição (ALMEIDA, 2006).

Uruguaiana não tem muita oportunidade de trabalho, escondendo, no interior de cada ambiente, as condições precarizadas de trabalho, que transformam a cidade em uma “terra sem leis”, nas palavras dos moradores. Funcionários de um supermercado da cidade foram trancados na câmara fria como punição aos atos falhos ou roubos. Um dos roubos citados foi uma fatia de presunto, na hora do lanche.

Uma atividade de trabalho, muito característica da cidade, é o carregamento dos caminhões. Inúmeros acidentes de trabalho já ocorreram no exercício desta atividade, incapacitando os trabalhadores para uma vida ativa no trabalho, porque seguidamente perdem parcial ou totalmente os membros superiores. As pessoas com pouca escolaridade, principalmente os homens mais velhos são as principais vítimas dessa situação (ALMEIDA, 2006).

5.4.2.1 Sua cidade de Linha de Fronteira: Paso de los Libres

Paso de los Libres é uma cidade argentina, pertencente à província de Corrientes, capital do departamento de mesmo nome. Foi fundada em 12 de setembro de 1843, pelo general Joaquín Madariaga. Localiza-se junto à fronteira brasileira, onde faz limite com a cidade de Uruguaiana, por meio da Ponte Internacional *Paso de Los Libres* Getúlio Vargas-Augustín P. Justo (*PASO DE LOS LIBRES*, 2006).

Tabela 6 - Informações sobre as cidades onde se realizou a segunda parte do Estudo de Caso

CIDADE	POPULAÇÃO ESTIMADA EM 2006	ÁREA DA UNIDADE TERRITORIAL (KM ²)	SERVIÇOS DE SAÚDE EM 2005	ÓBITOS HOSPITALARES EM 2005
Santana do Livramento	98.681	6.950	34	259
Uruguaiiana	136.364	5.716	49	388

Fonte: Sistematizado pela autora, IBGE.

Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>.

Analisando os dados dos dois Municípios, pode-se dizer que na cidade de Uruguaiiana há uma maior concentração de pessoas por Km². As informações sobre as cidades permitem apontar que em Santana do Livramento, para cada 381hab, ocorre um óbito. Em Uruguaiiana, para cada 351hab, acontece um óbito, constatando-se que nesta cidade diminui o número de habitantes em relação ao número de óbitos hospitalares. No que se refere à variável Serviços de saúde pode-se afirmar que cada serviço deveria atender 2783 pessoas. Já os Serviços de saúde de Santana do Livramento devem atender 2902 pessoas. Isto se a distribuição fosse igual, o que não acontece, pois varia conforme a localização na cidade, as condições de acessibilidade pelos usuários e a diferença do tipo de serviço prestado.

5.5 ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DO SETOR DE SAÚDE

A entrevista com um profissional do Setor de Saúde de Santana do Livramento foi realizada no campus da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUC/RS em Porto Alegre/RS, em uma oportunidade da presença desse profissional a uma reunião na Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul - FAMURS na Capital gaúcha. Agendou-se a entrevista para o dia 29 de junho de 2006, ao final da tarde. Acredita-se que a estratégia de fazer a entrevista em outra cidade contribuiu para uma coleta dos dados mais rica, pois como se percebeu em outras entrevistas, os profissionais dispunham de pouco tempo no período de trabalho e, a referida entrevista durou cerca de duas horas. Em Santana do Livramento, ainda se entrevistou outro profissional do Setor de Saúde,

com a finalidade de complementar as informações sobre as demandas referentes à saúde do trabalhador. Em Uruguaiana se entrevistou uma pessoa atrelada ao setor de vigilância em saúde do trabalhador, que dispunha de informações mais pormenorizadas sobre as demandas nessa temática.

5.5.1 Eixos de Análise

5.5.1.1 O Perfil dos profissionais do Setor de Saúde entrevistados na segunda etapa da pesquisa empírica

A peculiaridade das características dos profissionais de saúde responde ao tipo da leitura de realidade feita por eles ao responderem às questões do formulário de pesquisa, por isso, são importantes para a reconstrução dos quadros concretos da realidade onde se movimentam os personagens da fronteira. Dois dos três participantes da pesquisa tinham curso de Graduação: em Economia e em Fisioterapia. Um possuía curso técnico (técnico em eletrônica) e era funcionário público.

As idades eram respectivamente: 43, 34 e 52 anos. O tempo de trabalho na Região de fronteira se definia assim: um ano e um mês; cinco anos e dois anos. Todos eram residentes nos respectivos Municípios de fronteira, sendo que um se transferiu para o Município após assumir o cargo exercido na Saúde. Todos nasceram em cidades do interior do Estado do Rio Grande do Sul.

5.5.1.2 Princípios norteadores da concepção de direito e de saúde do trabalhador desses profissionais

Quanto aos conceitos norteadores mobilizados para prática em saúde do trabalhador, o quadro a seguir sistematiza-os, evidenciando os cargos exercidos pelos sujeitos entrevistados.

Quadro 13 - Princípios norteadores da concepção de direito e de saúde do trabalhador dos profissionais do Setor de Saúde - 2ª Etapa

CARGO EXERCICIDO	CONCEPÇÃO DE DIREITO	CONCEPÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR
Secretário Municipal de Saúde	Direitos no trabalho. [...] na verdade a própria legislação já tem esse regramento, uma legislação. Mesmo tendo esta legislação muitas empresas não cumprem na verdade. O próprio trabalhador também muitas vezes não exige seus direitos, na verdade, que é o que os exames [...]. Tem que ter essas palestras, estas reuniões, em fim estas trocas de experiências, encontros, simpósios.	[...] fazer as avaliações, os exames dentro de um certo parâmetro, dentro certo tempo e também uma questão de palestras, de capacitação,[...]. Isso tudo envolve a questão de saúde do trabalhador. Até a questão dos acidentes do trabalho para evitar [...] a utilização dos equipamentos.
Chefe de Setor de Vigilância em Saúde do Trabalhador	Entender a questão do direito em referência a legislação que existe. O modelo teórico legal de direitos. Na prática são muito precárias.	A premissa de base é a mesma. Pensar dentro de um contingente do trabalho informal. Não tem um trabalho com o trabalhador informal. Quando muito chega ao formal. Os trabalhadores se sujeitam em questão das necessidades, do vínculo.
Coordenador dos Postos de Saúde	Eu acho que o que deixa muito a desejar para o próprio trabalhador é o salário. É um salário não condizente com o trabalho que eles efetuam. A própria questão de horário - as próprias firmas cobram muito o horário, e não têm entendimento que eles precisam ter um horário de descanso.	[...] é baseada nos cuidados que ele deverá ter de segurança da própria firma que ele trabalha, porque se a pessoa não tiver os devidos materiais de segurança são um problema para saúde do trabalhador, principalmente para os trabalhadores operários.

Fonte: Sistematização da autora, conforme relatos dos Profissionais do Setor de Saúde entrevistados

Em se tratando das concepções de direito e de saúde do trabalhador a premissa de base para a explanação permanece a mesma entre os profissionais do Setor de Saúde entrevistados na primeira etapa da pesquisa de campo: o direito é aquele que está contido na lei. Percebe-se um conhecimento da organização e das condições de trabalho precárias na região e da necessidade de ações educativas e formativas como contraponto a essa realidade. Além disso, já são apontadas condições de subemprego na Região, quando é destacada a sujeição do trabalhador a situações de risco.

5.5.1.3 Demandas do Setor de Saúde do Trabalhador

Antes de se discutir as demandas em saúde do trabalhador nos municípios de Santana do Livramento e Uruguaiana, é imperioso identificar os Serviços de saúde disponibilizados nessas cidades, que são pontos cruciais para o planejamento e realização de Serviços em saúde do trabalhador. Os quadros 14 e 15 apresentam essa questão:

Quadro 14 - Unidades de Saúde do SUS e particulares de Santana do Livramento

HOSPITAIS DO SUS	NÚMERO DE HOSPITAIS	NÚMERO DE LEITOS
Hospital público	0	0
Hospital contratado/conveniado	0	0
Hospital filantrópico	1	167
Hospital militar	0	0
HOSPITAL PARTICULAR	NÚMERO DE HOSPITAIS	NÚMERO DE LEITOS
Hospital Particular	1	30
ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL	NÚMERO	OBSERVAÇÕES
Unidade Básica de Saúde	9	-
Policlínica de especialidade	0	-
Pronto Socorro	1	-
Equipe de Saúde da Família (PSF)	0	-
INSTITUIÇÕES ESPECIALIZADAS	NÚMERO	OBSERVAÇÕES
Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador	0	-
Outra Instituição que trabalhe com a saúde do trabalhador (ex: núcleo/setor de assistência à saúde do trabalhador)	0	-

Fonte: Sistematizado, pela autora, conforme relatos dos Profissionais do Setor de Saúde entrevistados.

Quadro 15 - Unidades de Saúde do SUS e particulares de Uruguaiana

HOSPITAIS DO SUS	NÚMERO DE HOSPITAIS	NÚMERO DE LEITOS
Hospital público	0	0
Hospital contratado/conveniado	2	254 - Santa Casa 37 Hospital Maternidade Tarragô
Hospital filantrópico	0	0
Hospital militar	1	18
ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL	NÚMERO	OBSERVAÇÕES
Unidade Básica de Saúde	19	-
Policlínica de especialidade	1	-
Pronto Socorro	1	-
Equipe de Saúde da Família (PSF)	2	-
INSTITUIÇÕES ESPECIALIZADAS	NÚMERO	OBSERVAÇÕES
Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador	0	-
Outra Instituição que trabalhe com a saúde do trabalhador (ex: núcleo/setor de assistência à saúde do trabalhador)	0	-

Fonte: Sistematizado, pela autora, conforme relatos dos Profissionais do Setor de Saúde entrevistados.

Ao se observarem os quadros nota-se, imediatamente, a ausência de hospitais públicos e um número reduzidos de leitos disponibilizados nos hospitais, em comparação com o número de habitantes das cidades. Evidencia-se, também, o investimento de disponibilizar Serviços de atenção básica, conforme as diretrizes do Pacto pela Saúde. Entretanto, no que concerne às ações e Serviços especializados em saúde do trabalhador, pode-se dizer que são praticamente inexistentes, visto que os respondentes não souberam identificar a política dessa Área no planejamento dos Serviços de saúde das cidades.

Outro ponto que foi investigado com esses profissionais refere-se ao conhecimento das demandas do Setor de Saúde do Trabalhador. Por meio dos atendimentos dos respectivos profissionais, em Santana do Livramento e Uruguaiana, pôde-se constatar que os trabalhadores apresentavam as demandas a seguir para os Serviços de saúde locais.

Quadro 16 - Demandas do Setor de Saúde do trabalhador para os Serviços de saúde das cidades de fronteira

DEMANDAS	CIDADES DE FRONTEIRA	
	Santana do Livramento	Uruguaiana
Dores localizadas	X	X
Fraturas	X	X
Tendinite	X	X
Torção/Distensão	X	X
Visão	X	X
Bursite	X	X
Queimaduras	X	X
Choque elétrico	X	X
Lesões múltiplas	X	X
Contusão/esmagamento	X	X
Cortes/feridas	X	X
Dermatose	X	X
Pneumoconiose	X	X
Luxação	X	X
Outros		X Problemas nas vias respiratórias

Fonte: Entrevistas dos Profissionais do Setor de Saúde

Para conhecer melhor as demandas dos trabalhadores da cidade traz-se na figura 7 a frequência de casos, como dados necessários ao desvelamento e à proposição de estratégias de enfrentamento, como fundamento às políticas públicas.

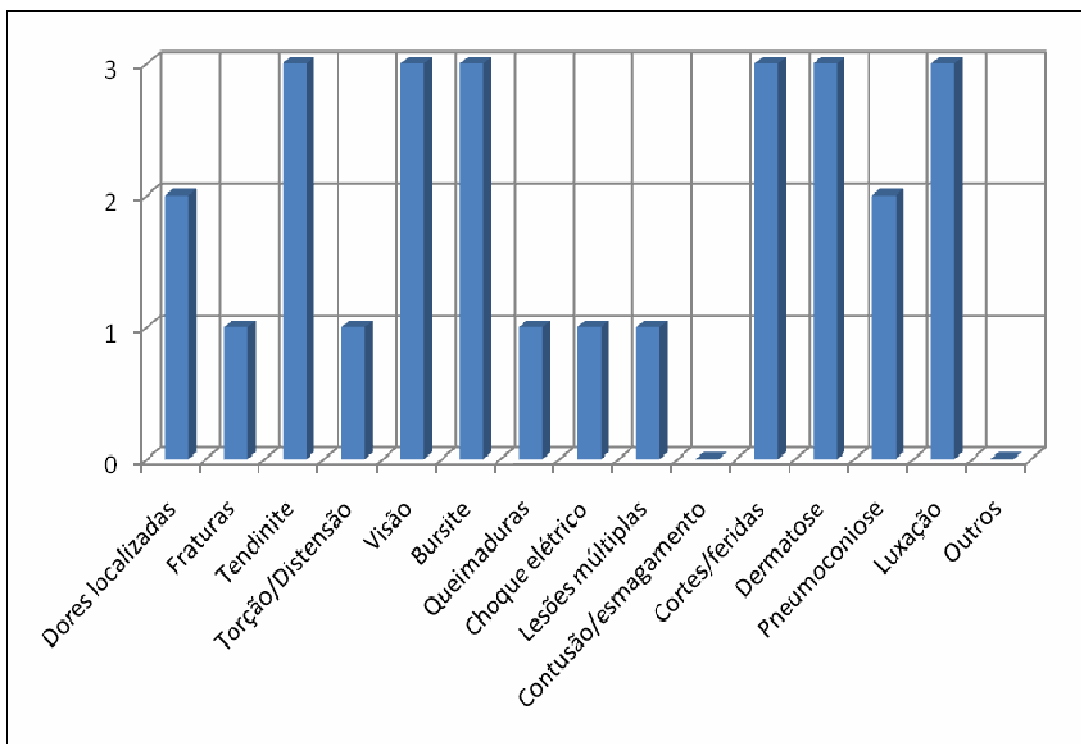


Figura 7 - Demandas do Setor de Saúde do trabalhador para os Serviços de saúde Santana do Livramento

Fonte: Entrevistas com os profissionais do Setor de Saúde

Legenda:

Nunca acontece	0
Pouco freqüente	1
Freqüente	2
Muito freqüente	3

Com o propósito de caracterizar a relação de adoecimento do trabalhador, em Santana do Livramento, evidencia-se nas figuras subseqüentes, a relação de trabalho e a nacionalidade dos trabalhadores que buscam atendimento nos Serviços de saúde locais.

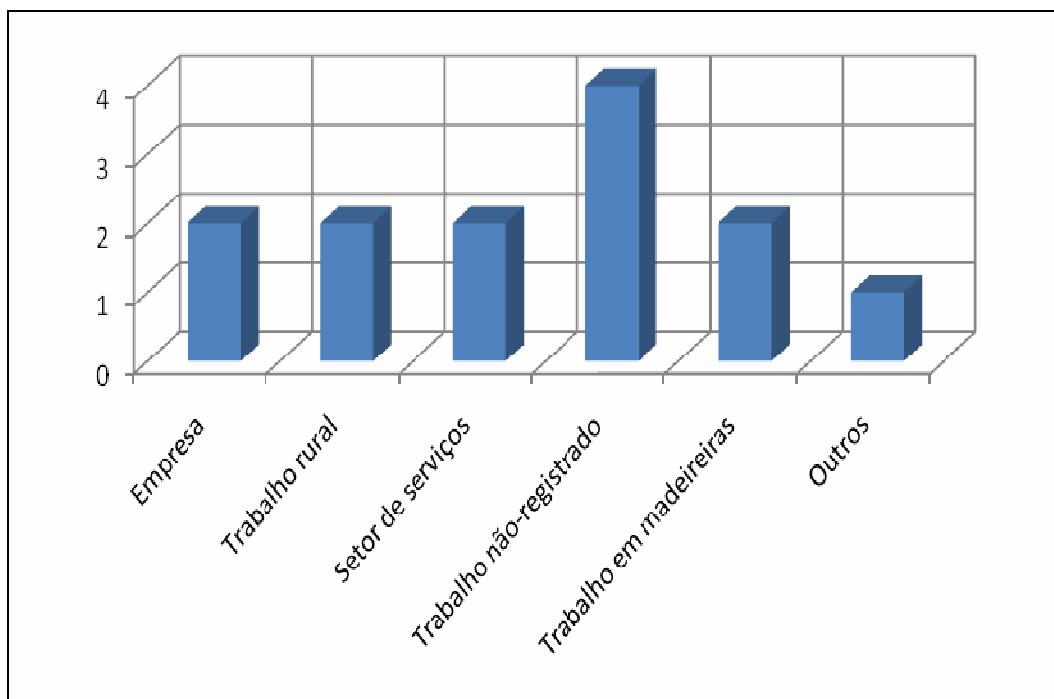


Figura 8 - Setores e/ou relação de trabalho dos trabalhadores que apresentaram as demandas do Setor de Saúde do trabalhador para os Serviços de saúde de Santana do Livramento

Fonte: Entrevistas com os profissionais do Setor de Saúde

Legenda:

Nunca acontece	0
Desconhece	1
Pouco freqüente	2
Freqüente	3
Muito freqüente	4

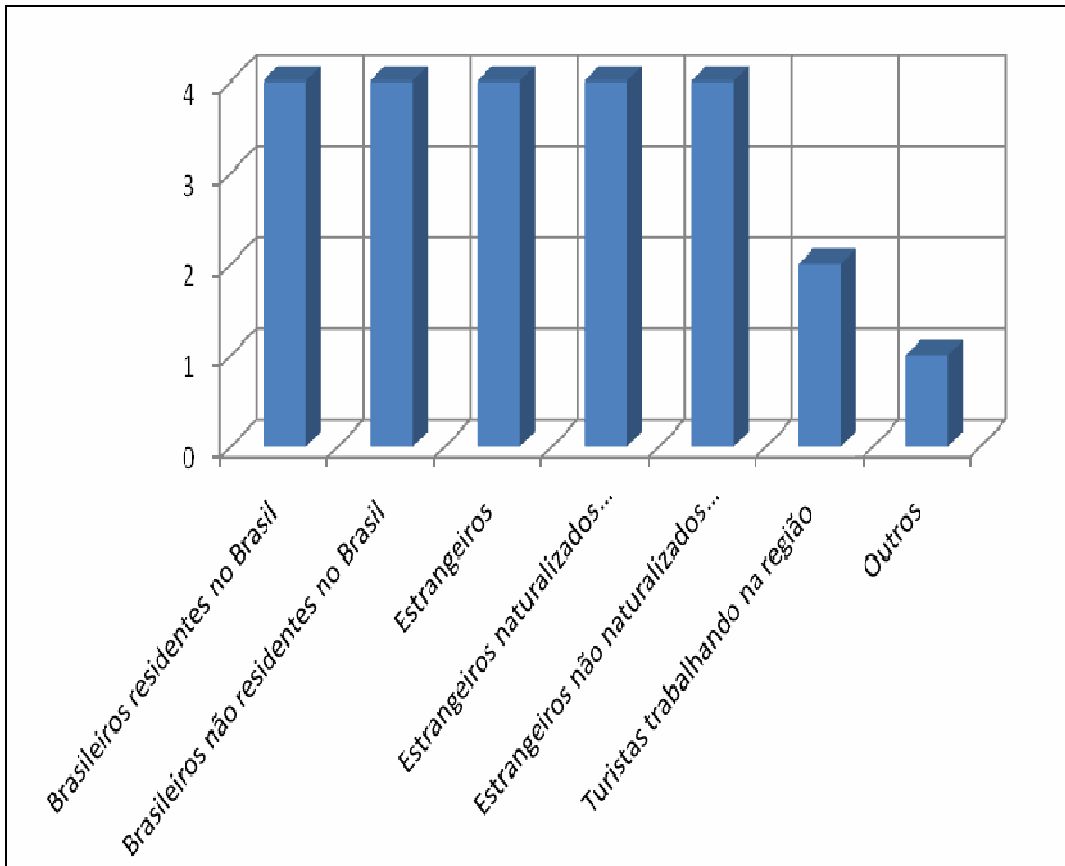


Figura 9 - Identificação da nacionalidade dos trabalhadores que procuram os Serviços de saúde de Santana do Livramento

Fonte: Entrevistas com os profissionais do Setor de Saúde

Legenda:

Nunca acontece	0
Desconhece	1
Pouco freqüente	2
Freqüente	3
Muito freqüente	4

Partindo da premissa de complementaridade e articulação dos dados, disponibiliza-se a mesma forma de representação das informações, para se verificar a situação de saúde-doença dos trabalhadores de Uruguaiana.

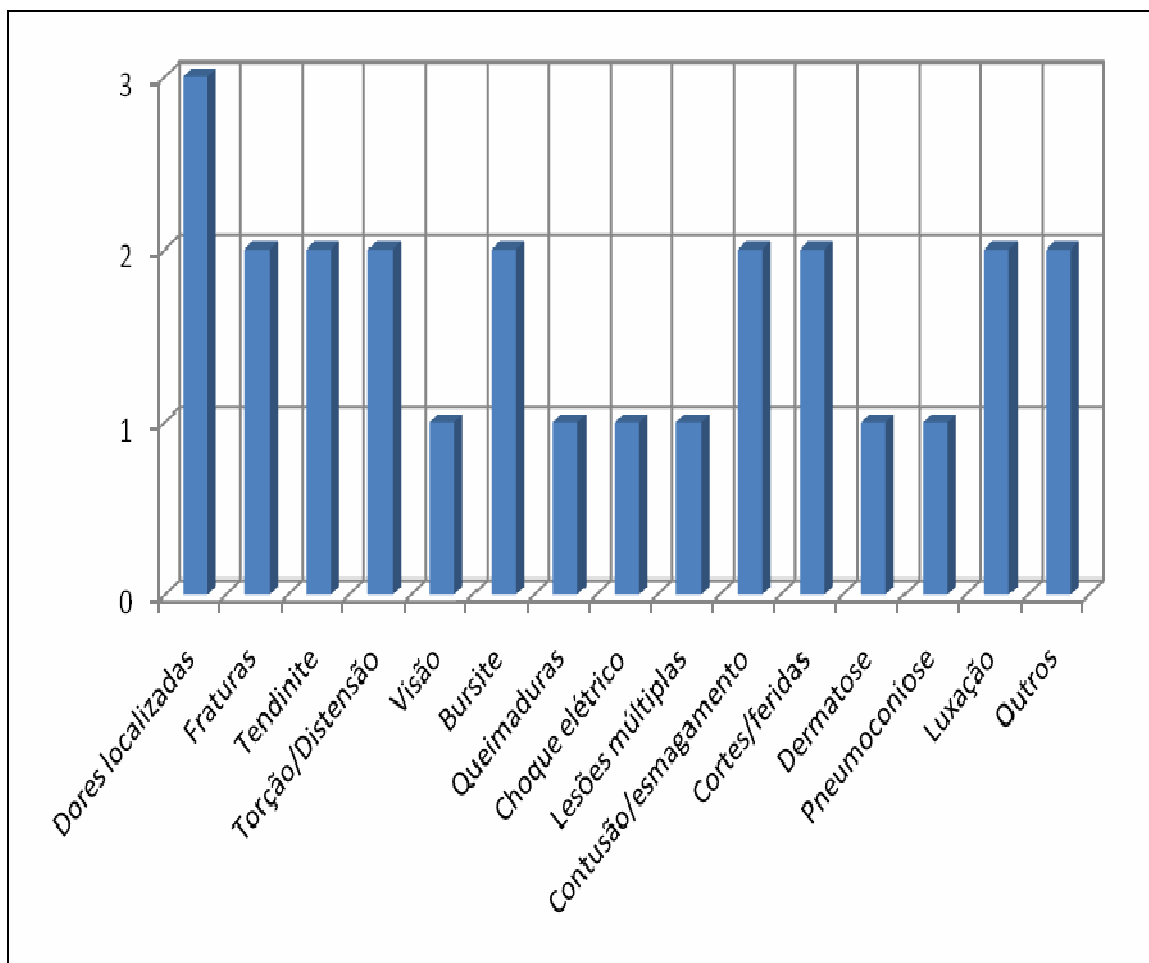


Figura 10 - Demandas do Setor de Saúde do trabalhador para os Serviços de saúde Uruguiana

Fonte: Entrevistas com os profissionais do Setor de Saúde

Legenda:

Nunca acontece	0
Pouco freqüente	1
Freqüente	2
Muito freqüente	3

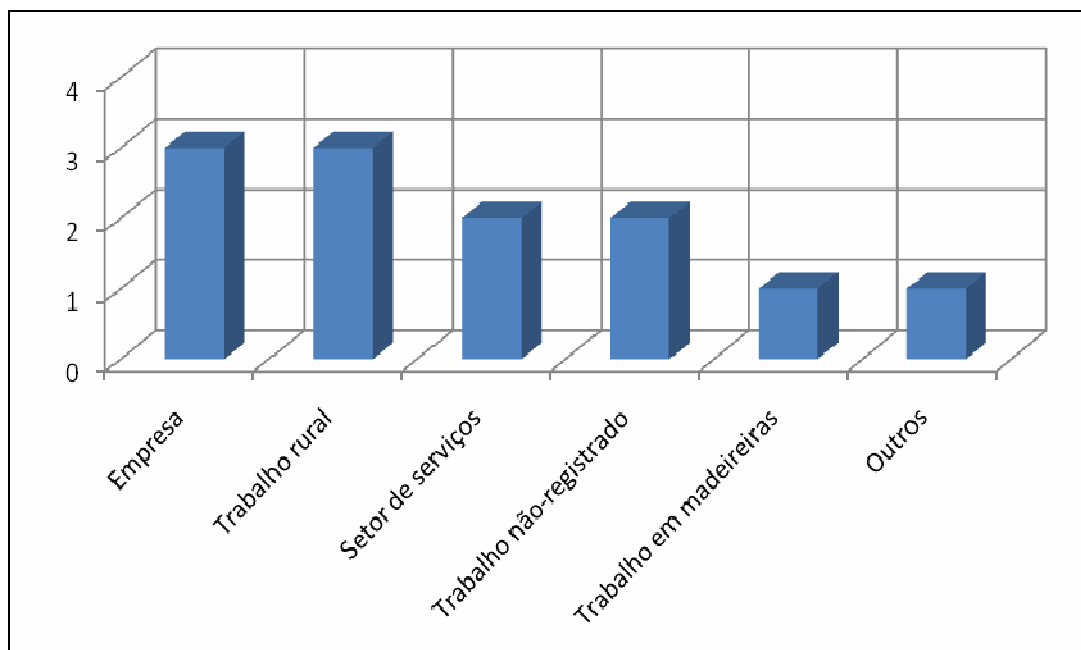


Figura 11 - Setores e/ou relação de trabalho dos trabalhadores que apresentaram as demandas do Setor de Saúde do trabalhador para os Serviços de saúde Uruguaiana

Fonte: Entrevistas com os profissionais do Setor de Saúde

Legenda:

Nunca acontece	0
Desconhece	1
Pouco freqüente	2
Freqüente	3
Muito freqüente	4

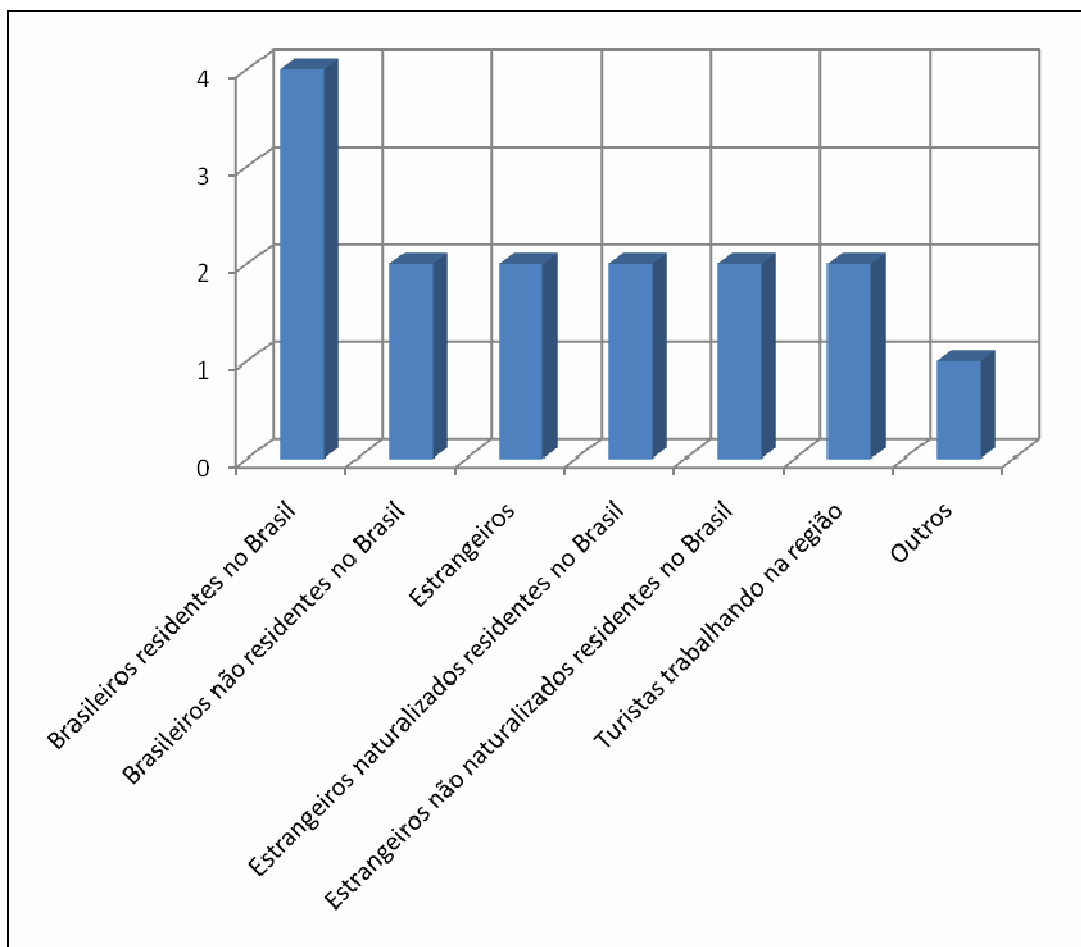


Figura 12 - Identificação da nacionalidade dos trabalhadores que procuram os Serviços de saúde Uruguaiana

Fonte: Entrevistas com os profissionais do Setor de Saúde

Legenda:

Nunca acontece	0
Desconhece	1
Pouco freqüente	2
Freqüente	3
Muito freqüente	4

Observando os dados apresentados sobre as cidades, percebe-se que Santana do Livramento apresenta uma circulação de trabalhadores entre fronteiras mais contínua do que em Uruguaiana. Isto se deve ao tipo de fronteira que delimita o território entre Santana do Livramento e Rivera, que é fronteira seca. Ademais, as duas cidades são divididas apenas por uma praça, o que facilita o deslocamento de pessoas entre elas. O diagnóstico do tipo de adoecimento e de acidente de trabalho

está intrinsecamente relacionado à designação das atividades de trabalho, que são frequentemente associadas a tarefas que sobrecarregam ou deixam expostos os membros superiores do corpo humano, definindo as partes do corpo atingidas, dentre essas as vinculadas ao trabalho informal (vendedores ambulantes, carregadores de caminhão, meeiros sem registro formal de trabalho), a economia agrícola (meeiro e arrendatário rural com carteira de trabalho assinada), a pecuária (peões de fazenda) e o setor de Serviços (empresas).

Percebe-se, assim, a importância de evidenciar as narrativas daqueles que vivenciaram as situações descritas anteriormente - os trabalhadores daquelas cidades, procurando romper com a escuridão da invisibilidade social da morte e do adoecimento no trabalho. “Buscamos romper com o silêncio existente, ouvindo-os, possibilitando que se revelassem para que pudessem trazer um pouco mais do que simples fatos isolados” (MENDES, 2003. p. 165).

5.5.1.4 O que acontece que os trabalhadores que adoecem e/ou se acidentam não chegam aos Serviços

Quanto ao motivo de os trabalhadores não buscarem atendimento ou não registrarem o adoecimento e o acidente de trabalho, os profissionais do Setor de Saúde entrevistados descreveram da seguinte forma: em Santana do Livramento foi grifada a falta de informação dos trabalhadores sobre seus direitos e sobre os Serviços disponíveis na Região. Em Uruguaiana foram destacados a ausência no Município de um órgão especializado em saúde do trabalhador, a dificuldade de transporte, principalmente para o trabalhador rural, e a carência de encaminhamento específico na rede.

5.5.1.5 Acordos: iniciativas na saúde relacionadas às questões de fronteira

Dos três profissionais do Setor de Saúde entrevistados nas cidades de Santana do Livramento e Uruguaiana, apenas o de Santana do Livramento destacou a existência de acordos integrados entre as cidades estrangeiras de fronteira,

resultantes da Conferência Binacional de Saúde, ocorrida na data de 11 e 12 de outubro de 2005, no Club Uruguai em Rivera. Essa conferência discutiu o Controle Social na Fronteira da Paz, cumprindo as atribuições constantes em seu Regulamento, que a constitui como fórum de debates sobre saúde, em torno das questões de fronteira. Aberta a todos os segmentos da comunidade, teve como tema central: compartilhar, integrar, legalizar e agir em saúde e como compromisso, o desafio de promover a integralidade da assistência à saúde da população em geral e, em especial, da residente em áreas fronteiriças. Como propostas dessa Conferência se podem listar:

- a) padronizar a legislação ambiental (sonora, por exemplo);
- b) organizar calendário de eventos;
- c) organizar a patrulha ambiental integrada;
- d) articular a Educação Ambiental Integrada;
- e) estabelecer Áreas ambientais binacionais protegidas;
- f) organizar o aterro sanitário binacional com capacidade para 150 milhões de pessoas, havendo também a troca de conhecimento com a formação de cooperativas de catadores;
- g) formar e integrar comissões binacionais, em todas as áreas de recursos naturais;
- h) conscientizar a população de que os recursos naturais não “respeitam” fronteiras humanas e todos devem trabalhar de forma integrada para sua conservação;
- i) dar continuidade às ações binacionais;
- j) criar uma agenda binacional;
- k) divulgar ações nos meios de comunicação de massa, visando a ampliar a valorização da vida, sobretudo enfatizando a prevenção ao uso de drogas.
- l) criar um Banco de Dados sobre as ocorrências relacionadas ao uso indevido de drogas, para utilização pela polícia, emergências e clínicas, também em nível binacional, o que facilitaria, ainda, a aplicação das ações de prevenção;
- m) acrescentar no currículo de Magistério, disciplinas de prevenção de drogas;
- n) solicitar a Junta Nacional de Drogas - JND o apoio para dar continuidade ao projeto binacional, lançado em 2002;

- o) ampliar os centros de atendimentos;
- p) estudar a viabilidade de atendimento por técnicos, por tratamento e tipo de instituições, também binacional;
- q) proposta de criação do Dia Binacional de Valorização da Vida, como sugestão dia 28 de outubro (1ª CIS, 2005).

5.6 ENTREVISTAS COM OS TRABALHADORES

5.6.1 O Processo de Seleção

Os trabalhadores foram selecionados por meio de dois meios: o primeiro: pessoas com registros de CATs emitidas pela empresa ao INSS/RS, disponibilizadas na Delegacia Regional do Trabalho e Emprego, em Porto Alegre (RS), e que se encontram registradas no Banco de Dados da DATAPREV, e o segundo: ter sofrido algum tipo de acidente ou adoecimento do trabalho e estar aguardando atendimento na sala de espera dos postos de saúde do SUS próximos da fronteira ou próximos aos bairros de maior permanência de trabalhadores em trânsito. Foram entrevistados um total de sete trabalhadores, sendo cinco da cidade de Uruguaiiana e dois de Santana do Livramento.

Na cidade de Uruguaiiana, que ocorreram registros de 701 casos de acidente de trabalho²⁹, sendo que nove trabalhadores moravam na Vila Nova Esperança, foi entrevistada uma pessoa identificada pelo Banco de Dados, pois se obteve informações de moradores da cidade que é onde se localizava um número significativo de trabalhadores que cruzavam a fronteira em função do trabalho.

As outras quatro pessoas foram abordadas na sala de espera do posto de saúde do Centro da cidade. Durante três dias consecutivos abordaram-se seis pessoas, que estavam à procura de atendimento devido a alguma conseqüência do trabalho; entretanto, duas não aceitaram participar da pesquisa. A identificação das pessoas era feita após a apresentação e explanação que se fazia sobre acidente e adoecimento do

²⁹ Fonte: Banco de Dados DATAPREV/RS.

trabalho (conceito de acidente de trabalho e CAT, onde procurar atendimento, denúncia de condições precarizadas de trabalho, etc.). Algumas fizeram perguntas, mas disseram não ter sofrido acidente de trabalho. Outras, após a explanação e convite para participar da pesquisa, prontamente concederam a entrevista.

As entrevistas no município de Santana do Livramento foram realizadas por uma aluna do curso de Graduação, no mês de outubro de 2006, após a capacitação da mesma. O treinamento da aluna foi feito durante a ida da pesquisadora à cidade de Uruguiana. O mesmo abarcou o estudo minucioso, a observação e aplicação dos formulários, bem como, um roteiro de informações sobre o adoecimento e o acidente de trabalho, elaborado pela pesquisadora.

Em Santana do Livramento ocorreram 165 acidentes de trabalho registrados no Banco de Dados da DATAPREV/RS. Valendo-se do critério de registro de CAT, foram selecionados os bairros Centro e Armour como característicos de maior circulação de trabalhadores e mais próximos da fronteira com Rivera, no Uruguai. De acordo com as informações do banco de dados estão registradas 52 Comunicações de Acidente de Trabalho (CATs) de pessoas moradoras do bairro Centro e 16 do bairro Armour. Para as entrevistas foram escolhidas as primeiras dez CATs de cada bairro. Não conseguindo contato por telefone com as mesmas, em virtude de erros no preenchimento ou a falta deste no Banco de Dados, decidiu-se procurar as pessoas em suas respectivas cidades, no sentido de validar o primeiro critério estabelecido. Foi entrevistada uma pessoa, segundo este critério.

As dificuldades de localização dos sujeitos abarcaram: endereços incorretos, ou seja, nomes de ruas inexistentes nos mapas das cidades, o endereço não era da pessoa selecionada no Banco de Dados, algumas vezes era de parentes, mas assim mesmo não se conseguia encontrar o sujeito, pois, devido a conflitos familiares, os mesmos haviam perdido o contato com a pessoa; mudança de endereços, inclusive de cidade - nos casos em que os vizinhos ou os novos moradores informaram que a pessoa permanecia na cidade de fronteira era procurada no novo endereço. Ocorreu, em alguns casos, que o endereço conferia com o registrado no Banco de Dados; entretanto, o sujeito, no período da pesquisa, estava viajando ou não se encontrava em sua residência, nem mesmo seus familiares. Além desses, houve um caso em que o endereço disposto no referido Banco era um local abandonado. De uma maneira geral, a distância entre os endereços e as informações erradas quanto

à localização das ruas, quando se acabava indo na direção contrária, foi algo que dificultou muito o encontro dos sujeitos.

5.6.2 Eixos de Análise

5.6.2.1 Perfil dos Trabalhadores

Para desenvolvimento deste subitem é pertinente expor algumas informações importantes sobre os trabalhadores. Das sete pessoas entrevistadas, cinco eram do sexo masculino e duas, do feminino. As entrevistas ocorreram entre os meses de julho e outubro de 2006, o que possibilitou entrevistar sujeitos, em diferentes momentos, na cidade de Santana do Livramento e Uruguaiana. No que tange aos eixos de análise das entrevistas, inicia-se com a distribuição da freqüência das idades dos trabalhadores, conforme se apresenta na tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição de freqüências das idades dos trabalhadores entrevistados

IDADES		FREQÜÊNCIA
20	— 30	4
30	— 40	1
40	— 50	2
TOTAL		7

O eixo das idades evidencia que a freqüência da faixa etária dos trabalhadores entrevistados se concentrava entre os 20 e 29 anos. Fazendo uma comparação com as informações fornecidas por uma pessoa do setor de vigilância em saúde do trabalhador de uma das fronteiras que destaca como característica da Região o adoecimento de uma população adulta, jovem, predominantemente do sexo masculino, entre os 20 e 30 anos, com escolaridade até a 4ª série do Ensino Fundamental, certifica-se que os trabalhadores entrevistados se enquadravam em todas as particularidades elucidadas, como se apresenta nas tabelas a seguir:

Tabela 8 - Distribuição de freqüências da escolaridade dos trabalhadores entrevistados

ESCOLARIDADE	FREQÜÊNCIA
Ensino Fundamental	1
Ensino Fundamental incompleto	3
Ensino Médio	2
Ensino Médio incompleto	1
TOTAL	7

Ao se observar a distribuição da freqüência da escolaridade, percebe-se uma predominância do Ensino Fundamental incompleto. Tal característica é um dos fatores que definem a inserção e permanência em ocupações precarizadas de trabalho (descritas posteriormente), quando não exigem do trabalhador um grau de estudo mais elevado, mas grande desgaste físico e exposição a condições degradantes.

Tabela 9 - Distribuição de freqüências da relação de trabalho dos trabalhadores entrevistados

RELAÇÃO DE TRABALHO	FREQÜÊNCIA
Formal	6
Informal	1
TOTAL	7

Embora, o trabalho informal seja característico da Região de fronteira, como se constatou na observação das cidades, a relação de trabalho estabelecida pelos sujeitos da pesquisa era, predominantemente, formal, como apresentou a tabela 9. Isso não quer dizer que a informalidade nas relações de trabalho não permaneça, pois a mesma ocorre em áreas afastadas dos Serviços de saúde, nas áreas rurais (tanto no lado brasileiro, como estrangeiro), no comércio próximo à fronteira, e no carregamento e transporte de mercadorias entre os países, ambos ilegalmente.

Ocorre que as pessoas que têm uma relação de trabalho informal, além da própria dificuldade de estabelecer o nexo entre o adoecimento ou acidente com seu trabalho, enfrentam a falta de informação e de reconhecimento, tanto legais, como profissionais, da situação que vivenciou no trabalho. Acresce-se a essa situação, o medo da perda do emprego, uma vez que a Região de fronteira se caracteriza pela escassez de trabalho.

Quanto ao tipo de ocupação exercida nos últimos cinco anos pelos sujeitos da pesquisa, podem-se enumerar: trabalho em obras, em oficina de carro, no comércio, no supermercado, em posto de gasolina como frentista, em restaurante (Serviços gerais), como Office boy e em Estâncias (fazendas). Analisando as atividades desenvolvidas, percebe-se um forte vínculo com profissões que se caracterizam por apresentar condições precarizadas de trabalho, quando exigem grande esforço físico, exposição a produtos químicos inflamáveis, hipersolicitação do trabalhador, acompanhadas de baixa remuneração. A ocupação de meeiro em fazendas, por exemplo, é característica do interior do Estado do Rio Grande do Sul e das cidades estrangeiras de fronteira deste Estado, devido às peculiaridades da Região que se destina à agricultura e à pecuária, onde ocorre muito o trabalho informal (temporário (em períodos de safra) ou efetivo). Tais características são indicadoras, acredita-se, do desencadeamento das principais doenças profissionais que atingem o trabalhador dessa Região, e que devem ser consideradas no planejamento de ações preventivas, sobretudo as do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS - Fronteiras).

No que se refere à renda atual dos trabalhadores entrevistados, percebe-se o baixo índice de referência, de 1 a 2 salários mínimos (tabela 10). Tal característica reforça a desigualdade na apropriação dos resultados da produção, que impacta diretamente no modo e na condição de vida desses trabalhadores, que aceitam o baixo salário e as condições inseguras de trabalho para evitar o desemprego.

Tabela 10 - Distribuição de freqüências da renda dos trabalhadores entrevistados

RENDA	FREQÜÊNCIA
1 a 2 salários mínimos	5
2 a 3 salários mínimos	2
TOTAL	7

Quanto às peculiaridades das condições de trabalho dos sujeitos entrevistados foram dispostas inicialmente no Quadro 17, quando, mais adiante, são particularizadas e fundamentadas nos conceitos de tarefa e atividade. De acordo com Guérin et al. (2001), tarefa não é trabalho, mas o que é prescrito e imposto pela empresa ao trabalhador, e atividade de trabalho é considerada como uma estratégia

de adaptação do trabalhador à situação real de trabalho, tornando-se objeto da prescrição.

5.6.2.2 Condições de execução do trabalho

As mudanças no modo de gestão e produção do trabalho têm causado profundo impacto no corpo e na mente dos trabalhadores, pontuando sinais de adoecimento. Como contraprova histórica dessa realidade, elucida-se o acidente de trabalho como um indicador social importante da precarização das condições³⁰ e das relações de trabalho³¹.

Mattoso (1996), ao fazer uma discussão sobre a terceira Revolução Industrial e o mundo do trabalho, destaca a expansão da insegurança do trabalho que se daria em diferentes níveis, ou seja, a insegurança no mercado de trabalho, no emprego, na renda, na contratação e na representação do trabalho.

A insegurança no mercado de trabalho é entendida como a própria insegurança em pertencer ou não ao mercado de trabalho. No âmbito do emprego diz respeito às formas estáveis e padronizadas de relações de trabalho e de segurança social. A fragmentação do trabalho, a contratação em condições de eventualidade e de precariedade e a deterioração do mercado de trabalho estariam gerando uma maior insegurança na renda, uma vez que os rendimentos do trabalho se tornaram instáveis e sem garantias (MATTOSO, 1996).

A insegurança na contratação do trabalho é considerada pelo movimento tendencial da negociação e regulação do trabalho em direção a formas mais individualistas, em contraposição às tendências coletivas e de proteção, e à descentralização das relações de trabalho. A insegurança na representação do trabalho se atrela ao enfraquecimento da organização dos trabalhadores em suas

³⁰ Precarização das condições de trabalho: aumento do caráter precário das condições de trabalho, com a ampliação do trabalho assalariado sem carteira e do trabalho independente (por conta própria). Esta precarização pode ser identificada pelo aumento do trabalho por tempo determinado, sem renda fixa, em tempo parcial, enfim, pelo que se costuma chamar de “bico”. Em geral, a precarização é identificada com a ausência de contribuição à Previdência Social, sem direito à aposentadoria (MATTOSO, 1999, p. 8).

³¹ Precarização das relações de trabalho: processo de deteriorização das relações de trabalho, com a ampliação da desregulamentação, dos contratos temporários, de falsas cooperativas de trabalho, etc.; (MATTOSO, 1999, p. 8).

práticas reivindicativas e de participação sindical (MATTOSO, 1996). A insegurança no trabalho caracteriza as condições de trabalho da Região de fronteira, conforme as características e relatos apresentados nos quadros e figuras subseqüentes.

Trata-se da proteção no trabalho como uma das práticas sociais que determinam as tendências da seguridade social no Brasil, pois ao assim concebê-la, admite-se a existência de ângulos diferenciados: o do processo e das relações de trabalho decretadas, e o das estratégias políticas adotadas pelos trabalhadores, sindicatos, no que se refere às condições objetivas de trabalho.

Quadro 17 - Características das condições de trabalho em que ocorreu o acidente

ATIVIDADE EXERCIDA	JORNADA DE TRABALHO	TIPO DE ACIDENTE DE TRABALHO	ANO DO ACIDENTE	LOCAL DO ACIDENTE	MUNICÍPIO DO ACIDENTE	AGENTE CAUSADOR DO ACIDENTE
Motorista	Quando viaja para transportar cargas fica 24hs de serviço	Típico	1996 Registrado em 2000	Via pública	Coronel Olviedo/Paraguai	Perda da carga seguida de derrapagem e queda do caminhão em um barranco
Serviços Gerais	8 horas com propensão de horas extras	Típico	2006	Dependências do supermercado	Uruguiana	Suspensão de engradado de refrigerante
Serviços Gerais	8 horas com propensão de horas extras	Típico	2006	Via pública	Uruguiana	Queda da camionete
Doméstica	7 horas com propensão de horas extras	Típico	2006	Dependências de uma casa	Uruguiana	Queda da escada
Serviços Gerais	Inicia às 8:00hs, pára ao meio dia e não tem hora para sair	Típico	2006	Empresa	Santana do Livramento	Queda da prateleira do depósito
Peão e Caseiro	Não é fixa porque mora no serviço	Típico	2006	Chácara	Uruguiana	Cortou-se com arame farpado
Cobrador Externo	9 horas, distribuidas nos três turnos do dia	Típico	2006	Via pública	Uruguiana	Colisão de sua moto com um carro

Fonte: Sistematização da autora, conforme relatos dos trabalhadores entrevistados

Ao se observar o quadro 17, salta aos olhos o predomínio da ocupação de Serviços gerais, que submete os trabalhadores a múltiplas atividades, não bem definidas e sujeitas a imprevistos. A propensão e realização de horas extras é outra característica comum entre as atividades realizadas pelos trabalhadores. Destaca-se, também, que os agentes causadores do acidente de trabalho faziam parte do ambiente laboral e das ações atribuídas aos trabalhadores, que careciam de medidas de proteção. Chama-se a atenção, ainda, para a evidente subnotificação de um acidente de trabalho, que por ter ocorrido em território paraguaio, só teve seu registro no ano de 2000, quatro anos após ter ocorrido e deixado seqüelas no trabalhador, que levaram-no à busca de seus direitos.

Como o acidente de trabalho foi escolhido como um indicador da existência de situações precarizadas no ambiente de trabalho da Região de fronteira, descrevem-se outros pontos que caracterizaram a situação do acidente. Dos sete trabalhadores entrevistados, seis precisaram se afastar do trabalho, visto que o acidente os impossibilitou que retornassem, de imediato, à função desempenhada. Cinco afirmaram ter ocorrido outros acidentes no desempenho da sua função. Seis relataram ficar com seqüelas do acidente. O fragmento da entrevista com uma trabalhadora revela que a seqüela repercutiu em seu filho:

Até quando eu fiquei grávida o médico [...] do meu gurizinho essa parte da minha costela, não sei bem o nome que o doutor falou que tinha que cuidar muito quando fiquei grávida, porque ficou tipo de uma ponta. [...] Teria que demorar mais tempo pra mim melhorar, como eu voltei em seguida, não fiquei muito tempo em casa, voltei (M. Trabalhadora).

Quanto ao tipo de serviço do SUS acionado pelos trabalhadores, logo após o acidente e no decorrer dessa situação, cinco apontaram o setor de emergência/urgência do hospital, seguido de consultas médicas no posto de saúde, quando a continuidade ao tratamento era encaminhada, pelos próprios médicos do SUS, a seus consultórios particulares, nos quais as consultas eram pagas diretamente pelos trabalhadores. Para complementar a análise, até aqui estabelecida, representa-se, didaticamente, por meio das figuras que se seguem, as condições de trabalho dos entrevistados.

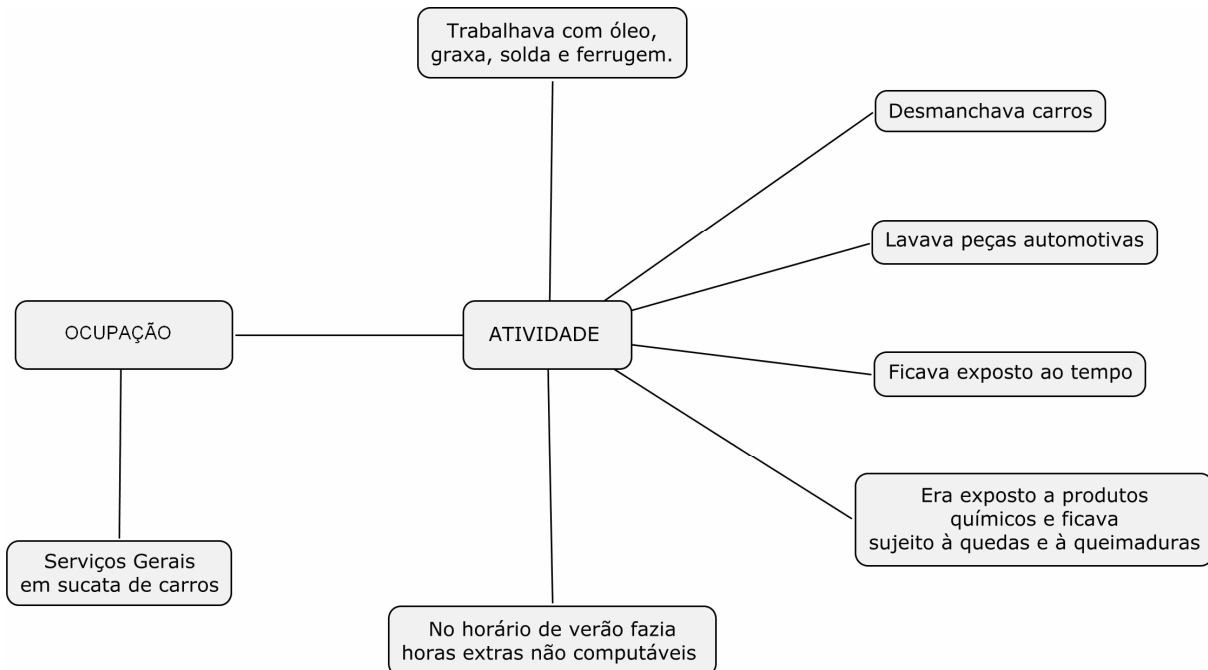


Figura 13 - Representação das condições de trabalho do trabalhador 1

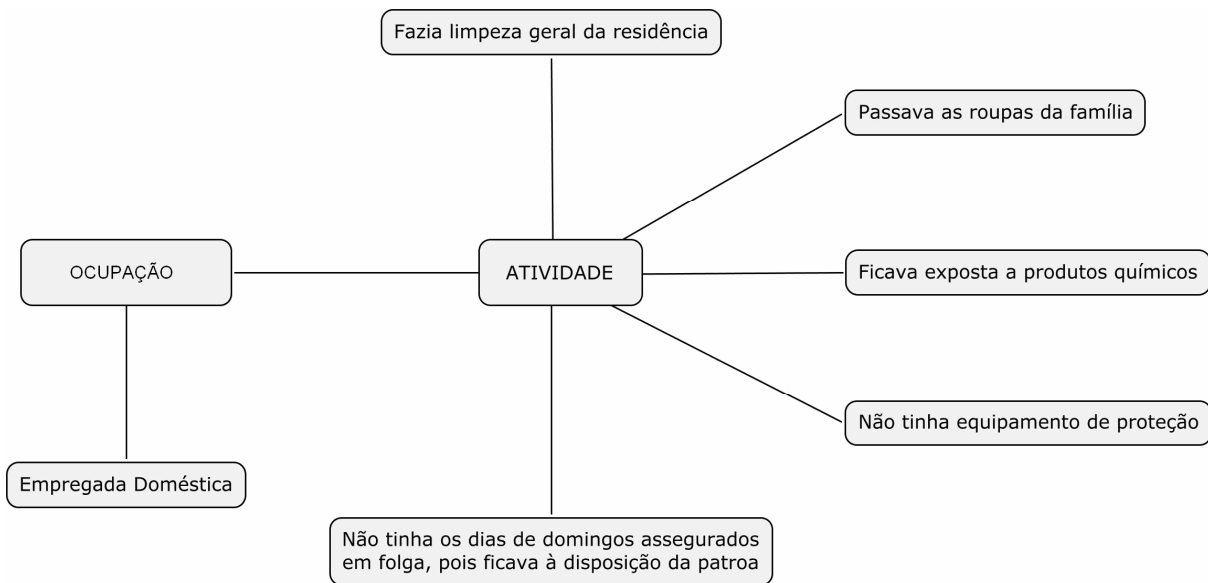


Figura 14 - Representação das condições de trabalho do trabalhador 2

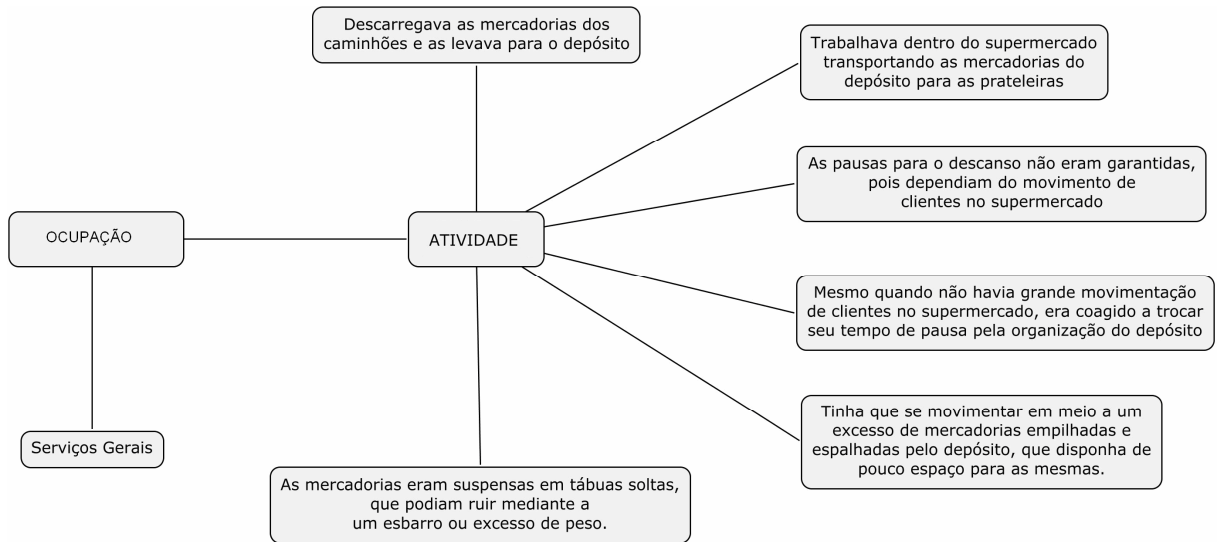


Figura 15 - Representação das condições de trabalho do trabalhador 3

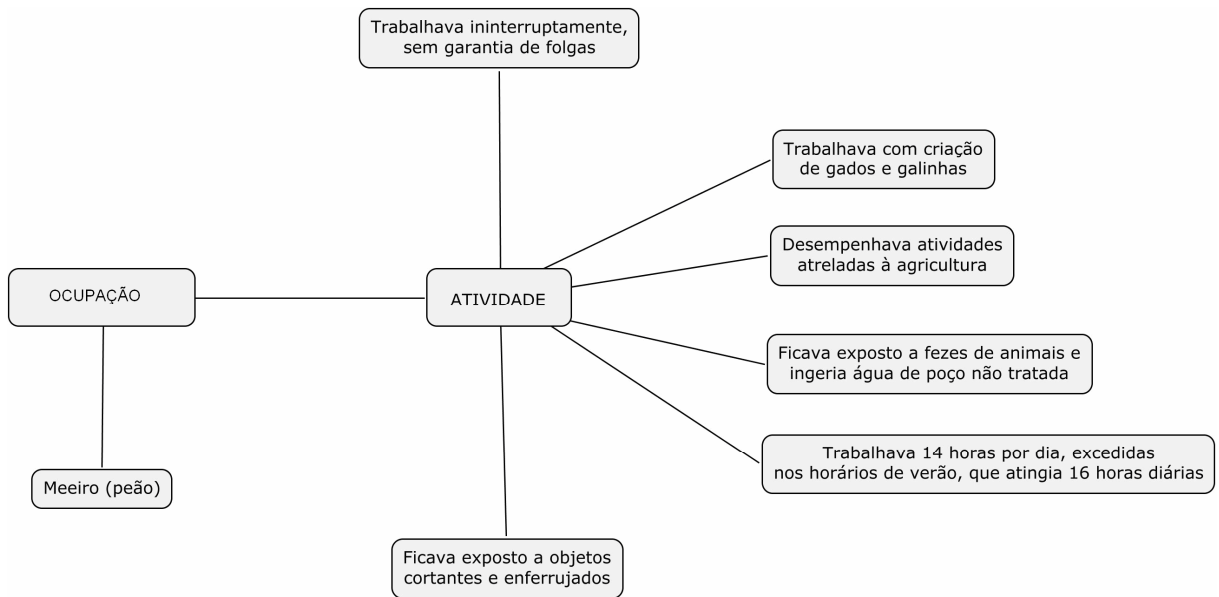


Figura 16 - Representação das condições de trabalho do trabalhador 4

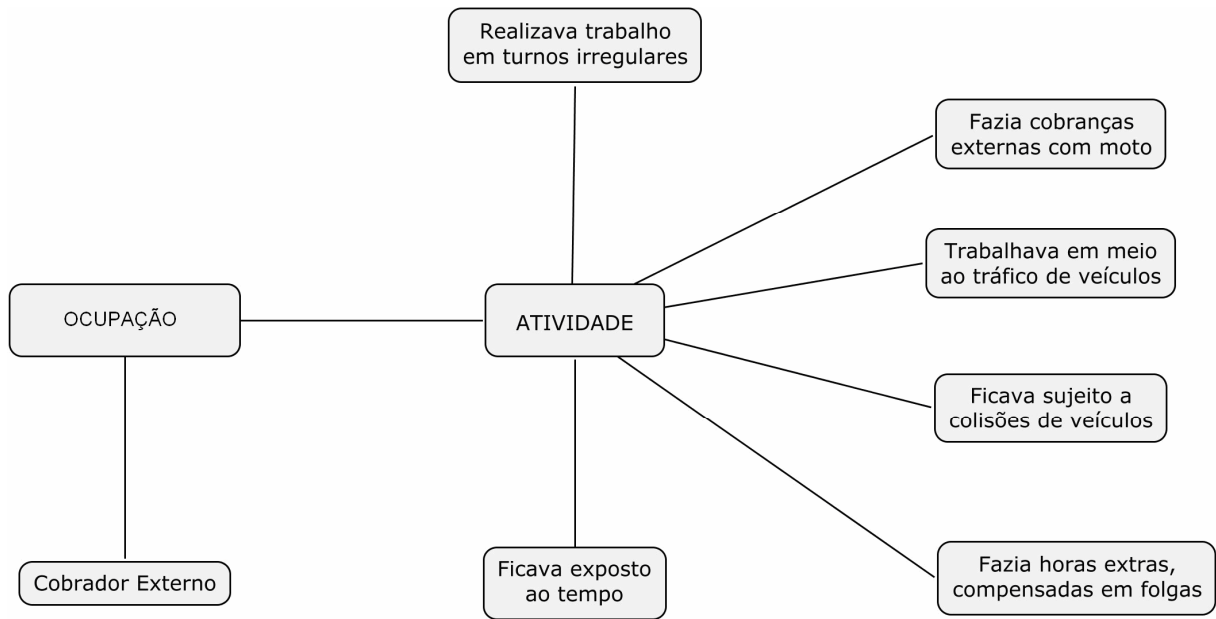


Figura 17 - Representação das condições de trabalho do trabalhador 5

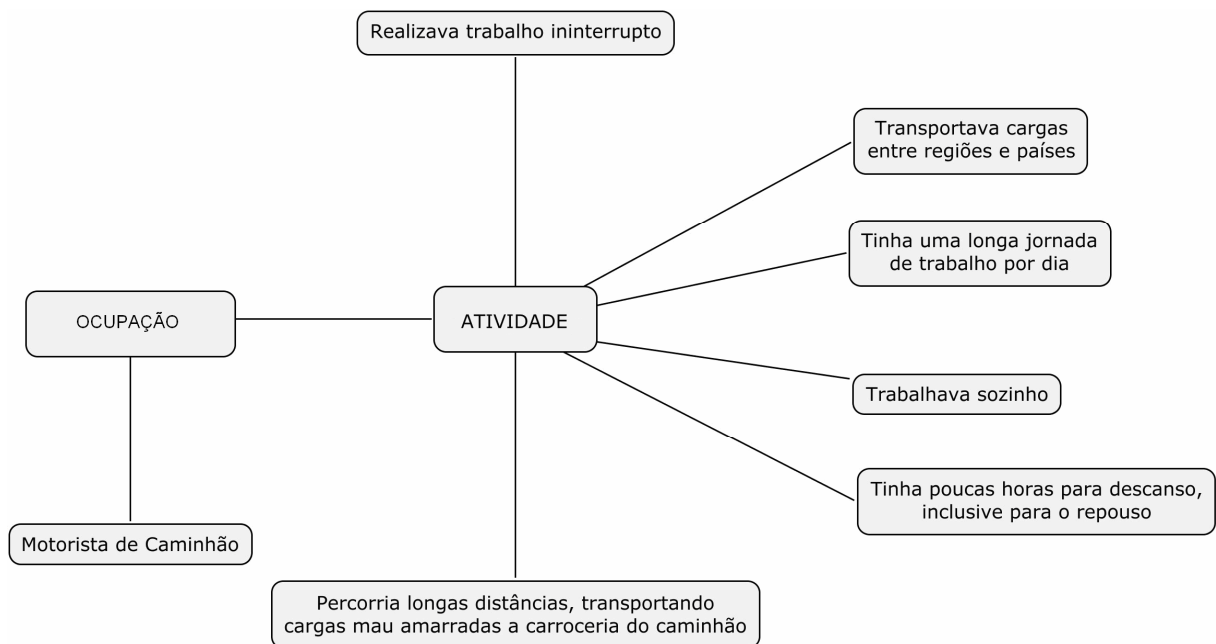


Figura 18 - Representação das condições de trabalho do trabalhador 6

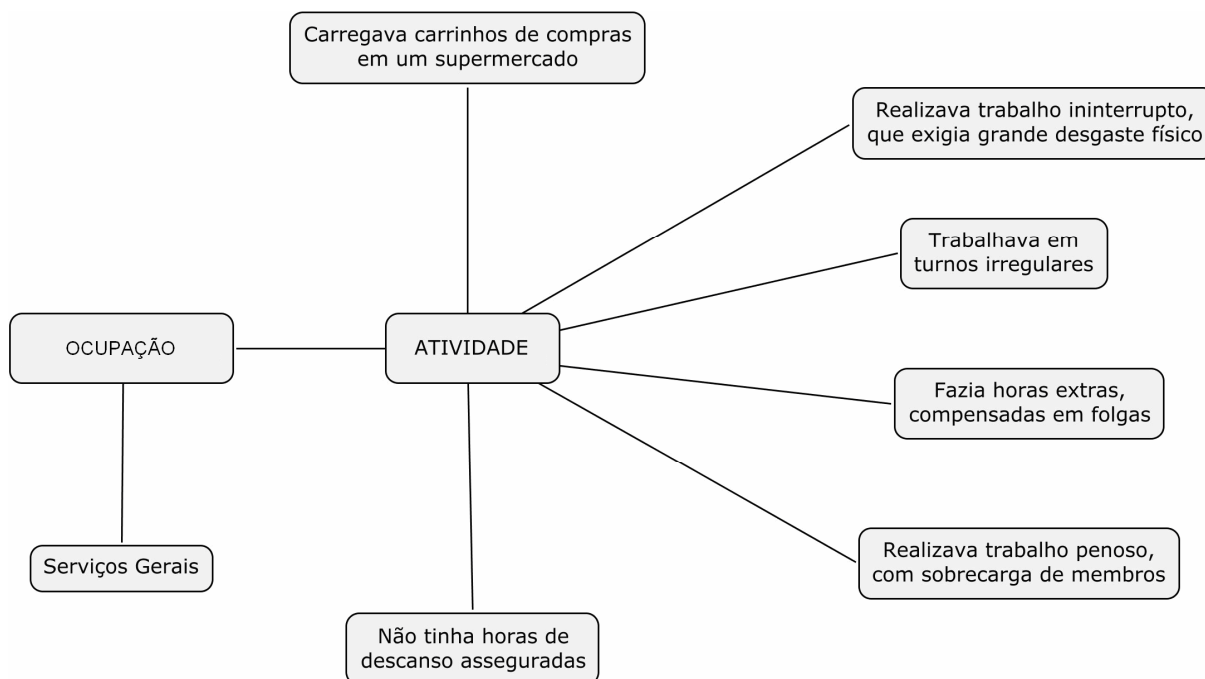


Figura 19 - Representação das condições de trabalho do trabalhador 7

Analisando as figuras representativas das situações laborais dos sujeitos da pesquisa, percebem-se características comuns. O trabalho ininterrupto e sem equipamento e medidas de proteção, a existência de trabalho insalubre e perigoso e de trabalho penoso são pontos peculiares do cotidiano de trabalho desses trabalhadores da Região de fronteira. O primeiro diz respeito àquelas condições que provocam doenças e intoxicações; o segundo vincula-se às condições de exercício das atividades que são passíveis de acidentes, e o trabalho penoso está presente naquelas atividades profissionais geradoras de incômodo e esforço, e desencadeadoras de sofrimento psíquico, cujo entendimento se obtém por meio do conhecimento prático dos trabalhadores, pela adjetivação de condições de trabalho, esforços e vivências “penosas” que pontuam, além de um desgaste físico, um sofrimento mental (LAURELL; NORIEGA, 1989; SATO, 1995), conforme relato da trabalhadora, quando fala das seqüelas, em seu filho, do trabalho forçado, no período que era gestante:

[...] ele teve que operar o pulmão. Ele tem um pulmãozinho e meio pelo motivo de eu forcejar. Eu tive que até pedir as contas. Eu forcejava. Eu tava grávida e mesmo assim eles não me colocavam em outro lugar [...] (M. Trabalhadora).

Acresce-se, a esses, situações permeadas pelo assédio moral no trabalho, que é a exposição dos trabalhadores a situações humilhantes e constrangedoras durante a jornada de trabalho e no exercício de suas funções, sendo mais comuns em relações hierárquicas autoritárias e assimétricas, em que predominam condutas negativas, relações desumanas e aéticas de longa duração, de um ou mais chefes, dirigidas a um ou mais subordinado(s), desestabilizando a relação da vítima com o ambiente de trabalho e a Organização, forçando-a a desistir do emprego ou se manter em silêncio (BARRETO, 2000). O segmento da fala de uma trabalhadora dá legitimidade a esta análise, quando relata que foi coagida, pela chefia, a trocar a data e o horário do acidente de trabalho que sofreu para que não fosse caracterizado o desgaste no trabalho e, por conseguinte, a ocorrência do acidente. A fala da trabalhadora destaca o menosprezo do empregador e a indignação por ter que omitir a real situação que desencadeou seu acidente de trabalho:

Eu tava trabalhando demais, até no caso eles não poderiam dizer [...] tu vai ter que arrumar [...] trocar os horários, vai ter que dizer que tu foi para casa. Uma coisa que eu não fui. Eles impuseram assim para mim. [...] eu era nova. Não entendia muito bem. [...] no fim com medo de perder o seguro e com medo de perder [...] o emprego. [...] não nós vamos te estabilizar depois de um ano, mais não deram. [...] Eles viram mais o lado deles: que tinha que mudar data, que tinha que mudar horário, que tinha que ter vindo em casa. Que certamente não foi. Eu estava lá direto (M. Trabalhadora).

A situação vista de outra forma, pode-se dizer:

É que para eles, pessoa humana são apenas eles. Os outros, estes são coisas. [...] instaurada uma situação de violência, de opressão, ela gera toda uma forma de ser e comportar-se nos que estão envolvidos nela. Nos opressores e nos oprimidos. Uns e outros, porque concretamente banhados nesta situação, refletem a opressão que os marca (FREIRE, 2004, p. 48).

5.6.3 Princípios Norteadores da Concepção de Direito no Trabalho dos Trabalhadores da Região de Fronteira

Neste subitem, apresentam-se trechos das falas dos trabalhadores, que orientaram seus entendimentos de direito no ambiente de trabalho (quadro 18). Em seguida, fazem-se algumas considerações sobre tais concepções.

Quadro 18 - Princípios norteadores da concepção de direito no trabalho dos trabalhadores

SEXO DO TRABALHADOR	CIDADE	ATIVIDADE EXERCIDA	CONCEPÇÃO DE DIREITO NO TRABALHO
Masculino	Santana do Livramento	Motorista	Eu acho que o primeiro lugar seria a saúde, um plano pago pela empresa, ou que tivesse, que o governo subsidiasse que pagasse a metade e a empresa a outra metade, pelo salário não tem condições do trabalhador pagar um plano bom de saúde para ter o atendimento que necessita.
Feminino	Uruguaiana	Serviços Gerais (balcão do caixa)	[...] atenção não davam muito bola pra nada [...] eles pensavam mais neles e o pessoal ali de baixo não tinha vez ali no mercado, não tinha nada.
Masculino	Uruguaiana	Serviços Gerais	Ter horário respeitado. Ter carteira de trabalho assinada e atendimento médico.
Feminino	Uruguaiana	Empregada Doméstica	Ter carteira assinada, atendimento médico e aposentadoria.
Masculino	Santana do Livramento	Serviços Gerais	Acho que todo mundo tinha que ter carteira assinada, sem carteira a gente não tem direito nenhum, eu não ganho aquele salário de férias, o décimo até o patrão dá, também quando o patrão assina na carteira um salário e depois paga um pouco mais por fora, tem muito disto. Acho que tinha que ter mais fiscal, uma vez uma prima minha me falou que tem fiscal que vai no lugar para ver se está tudo direito, mas lá no mercado nunca foi.

SEXO DO TRABALHADOR	CIDADE	ATIVIDADE EXERCIDA	CONCEPÇÃO DE DIREITO NO TRABALHO
Masculino	Uruguaiana	Peão (trabalhador rural), e Caseiro	Acho que tem que ter mais compromisso dos donos com os empregados, no meu caso é tranqüilo, mas tem gente que nem assina a carteira, daí a pessoa não tem direito, e também que tivesse mais tempo de descanso.
Masculino	Uruguaiana	Cobrador externo	Ter benefícios necessários. Ter convênio médico com o bom desempenho do funcionário. Assim ele se dedica.

Fonte: Sistematização da autora, conforme relatos dos trabalhadores entrevistados

Considerando a concepção de direito no trabalho apresentada pelos trabalhadores, ressalta-se a garantia do direito à saúde e à previdência frente ao descumprimento dos direitos trabalhistas. A formalização das relações de trabalho, que se efetiva por meio do contrato de trabalho, documento este, que na maioria das vezes, não garante que tudo que está contido nele será cumprido pelo empregador, incluindo a proteção à saúde, é dada pela assinatura da carteira de trabalho. Exigir um contrato de trabalho que pormenorize os riscos, as medidas de segurança e higiene e tudo que diz respeito à organização do trabalho, é fundamental, pois o referido contrato geralmente versa, o mínimo possível, sobre os riscos existentes, as patologias mais frequentes em determinadas ocupações e a prevenção à saúde. Apesar de esse contrato estipular uma série de obrigações patronais relativas a essas questões de proteção ao trabalhador, as evidências indicam que existem violações dessas obrigações (LAURELL e NORIEGA, 1989).

5.6.4 A inexistência de estratégias de resistência dos Trabalhadores

Inicia-se este subitem com o conto de Émile Zola em O Idílio, que retrata a situação de um homem trabalhador, desempregado, nas ruas de Paris, porque, essa obra, embora baseada no século XIX, permite representar a situação de insegurança do trabalho, antiga e ao mesmo tempo atual, de muitos trabalhadores. Este processo

se ampliou com a emergência de um novo padrão produtivo e tecnológico (já discutido no capítulo 2) que, por sua vez, apontou para uma maior desestruturação do trabalho:

O operário encontra-se fora de casa, na rua, no meio da enxurrada. Gastou as solas durante oito dias sem achar trabalho. Foi de porta em porta oferecendo os braços, as mãos, oferecendo-se a si próprio em corpo e alma para qualquer tarefa, incluindo a mais repugnante, a mais dura, a mais nociva.

Mas todas as portas se lhe fecharam.

Então ofereceu-se para trabalhar por metade da diária; mas as portas continuaram fechadas.

[...]

Ao cabo de oito dias, deu a volta toda. O operário, após tentativa suprema, regressava agora com o passo lento, as mãos vazias, acabrunhado pela miséria. Chove; inundada de lama, Paris, naquela tarde, tem aspecto fúnebre.

O homem vai andando, recebendo a chuvarada sem dar por isso, ouvindo, apenas, a voz da necessidade e retardando o passo para não chegar tão depressa. Inclina-se sobre o parapeito do Sena; o rio, cujo caudal aumentou, corre com um rumor prolongado; a espuma branca expande-se em salpicos de encontro a um dos tramos da ponte. Inclina-se mais. Embaixo a colossal massa d'água parece lançar-lhe um apelo furioso. Mas o homem reflete que seria uma covardia e afasta-se.

A chuva deixou de cair. [...] se exibem as horas da fome.

Como a mulher e a filha chorassem naquela manhã, prometera-lhes pão à tarde. Até o anoitecer, não se sentira com forças para lhes confessar que tinha mentido. Vai andando e pergunta a si próprio como é que vai entrar em casa e como é que lhes dirá que tenham paciência. Contudo, não podem continuar sem comer. Podê-lo-ia ele, mas não a mulher e a filha, que são muito fracas.

Por um momento, ocorre-lhe pedir esmola; mas ao passar junto de qualquer dama ou cavalheiro e quando vai estender a mão, o braço paralisa-se-lhe e sente um nó na garganta. Fica, então, imóvel no passeio, enquanto os transeuntes lhe voltam as costas, julgando-o bêbado, ao verem o seu semblante (ZOLA, 1966).

A redução de postos de trabalho, o desemprego, a mudança na matriz produtiva agudiza essa situação. Em realidade, a sociedade brasileira se divide entre aqueles que se encontram plenamente incluídos, numa ocupação regular e de boa qualidade, e os demais, os precariamente incluídos (subemprego, ocupações atípicas, parciais) e os excluídos (sem emprego, por longa duração) (POCHMANN, 2000).

Utilizando-se de estratégias, como expressão individual, os trabalhadores procuram administrar os imprevistos da produção, dar respostas às necessidades de quantidade e de qualidade, compensar a carência de pausas, reparar a falta de informações pertinentes, diminuir o tempo efetivo de desgaste, reduzir o estresse e a fadiga crônica, evitar condições patológicas de trabalho e, sobretudo, garantir a

estabilidade no emprego, a um custo acentuado para a saúde física e mental (OLIVEIRA e BOUAZIZ, 2000; ALMEIDA, 2004). A figura a seguir representa o tipo de estratégias no trabalho, utilizadas pelos trabalhadores entrevistados.

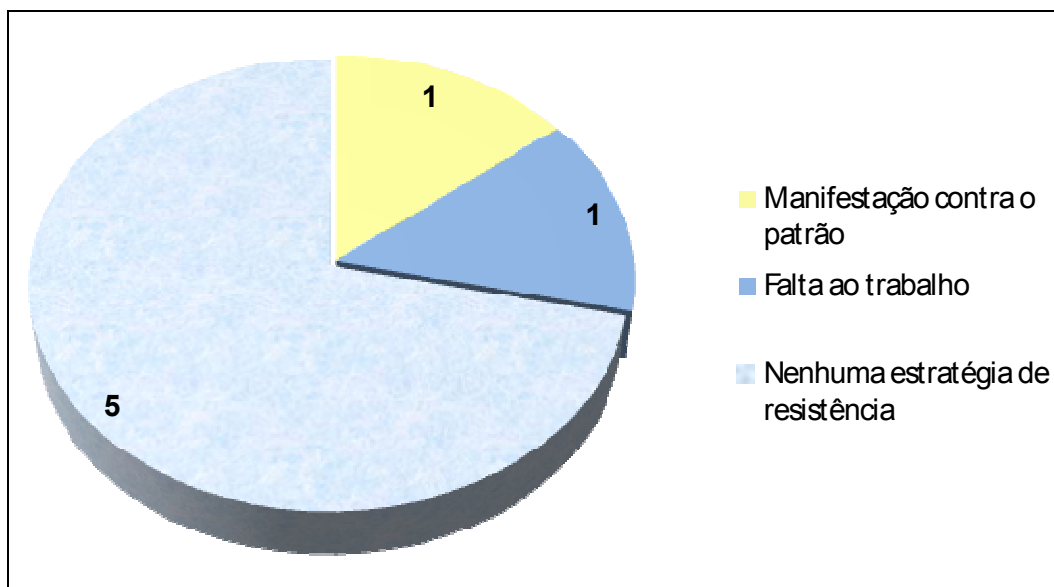


Figura 20 - Tipo de estratégias no trabalho, usadas pelos trabalhadores da região de fronteira

Fonte: Entrevistas dos trabalhadores

Se, por um lado, os trabalhadores evidenciaram, em suas declarações, as condições precarizadas e a desproteção no trabalho, por outro, não fizeram uso de estratégias contra-hegemônicas a essa realidade, como se ressalta na figura anterior. Essa atitude remete ao entendimento que eles estão fazendo uso, em sua maioria, de estratégias de consentimento e de sobrevivência no trabalho, cujas estratégias são artifícios laborais criados pelos empregados frente a dificuldades do trabalho. Elas buscam, em última instância, criar condições para a manutenção do emprego, mesmo que seja às custas de um adoecimento progressivo (HOEFEL, 2002).

Estreitamente vinculada a estas é apresentada a Síndrome do Sobrevivente como a expressão do desgaste físico e psíquico relacionado às novas formas de organização, gestão e flexibilização do trabalho. Esse desgaste pode ser entendido como uma situação intermediária entre a saúde e a enfermidade, em que a sobrecarga determinada pela intensificação e pela insegurança, ligada à flexibilização do trabalho, levam ao aumento das Lesões por Esforço Repetitivo

(LER), associado a quadros de ansiedade, depressão e desesperança entre os trabalhadores. Já estratégias de consentimento são criadas, tendo como principal elemento o discurso empresarial, que transforma em normais e/ou naturais as características do trabalho contemporâneo no que diz respeito a sua sobrecarga física e mental (HOEFEL, 2002).

Contra-pondo-se ao uso dessas estratégias, na esfera do trabalho se destacam as estratégias de resistência, que são expressões dos trabalhadores contra a opressão exercida pela organização do trabalho, à precarização das condições e das relações de trabalho. Estão intrinsecamente atreladas à concepção de hegemonia, vinculada à forma como as classes sociais se relacionam e exercem suas funções no interior do “bloco histórico” (SIMIONATTO, 2004).

Em realidade, nos anos 2000, percebe-se que o processo de dominação gera, por um lado, imobilidade, uma vez que as pessoas não se sentem mais capazes de lutar pelos seus direitos e, por outro, como aponta Prates (2003a), reconhece-se que os espaços institucionais, as políticas sociais, como os demais componentes do real, oferecem espaços de transformação, ao mesmo tempo em que conformam, possibilitam a construção de espaços contra-hegemônicos, de luta e de resistência.

Como formas de resistência se entende a recusa à expropriação dos trabalhadores quanto aos procedimentos, aos padrões, aos princípios autoritários estabelecidos no trabalho que procura subordiná-los, subjugar-los a condições precarizadas, bem como a resistência do indivíduo contra qualquer postura cerceadora no trabalho, mas não se limitam a isso, pois este conceito tem um caráter mais amplo. Fazem parte dessas formas os movimentos sociais³², e demais práticas associativas, em especial, o movimento de luta pelos direitos no trabalho e pela preservação da qualidade de vida no trabalho, a organização dos trabalhadores nas Instituições, os debates profícuos em comissões internas de prevenção de acidentes - CIPAs, as políticas públicas, as práticas conselhistas, a ação sindical, as greves, a operação-padrão, fóruns, congressos, conferências, práticas de pesquisa, etc..

³² Constituem tentativas, fundadas num conjunto de valores comuns, destinadas a definir as formas de ação social e a influir nos seus resultados (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 2004, p. 787). São formas de enfrentamento das contradições sociais que se expressam em reações coletivas a algo que se apresenta como bloqueio ou afronta aos interesses e necessidades coletivas de determinado grupo social (SOUZA, 2004).

Em outros termos, se atrelam à constituição de contra-poderes, que são ações e movimentos sociais organizados em torno de uma causa específica, constituídos criticamente contra o sistema de dominação estabelecido. Estes servem como ferramenta na luta, por exemplo, contra os riscos no trabalho e as decorrências do mesmo e as doenças adquiridas nesse local, cujos objetivos ultrapassam o apoio aos doentes, mas visam ao banimento de tais condições. Esses movimentos contra-hegemônicos têm capacidade reivindicatória e desenvolvem ferramentas políticas que contribuem para dar visibilidade à sociedade brasileira dos problemas de saúde no trabalho (GIANNASI, 2000; WEINSTEIN, 2000).

Sob esse aspecto, pode-se inferir que está previsto, na mesma Constituição, o direito de protesto, sobretudo contra os malefícios à sua saúde. É o que preceitua o art. 9º: “É assegurado o direito de greve, competindo aos trabalhadores decidir sobre a oportunidade de exercê-lo e sobre os interesses que devam por meio dele defender” (BRASIL, 2002, p. 25). Concorde-se com essa legislação, mas é importante lembrar que não foram criados mecanismos eficazes para garanti-la na prática cotidiana, pois, no processo de trabalho, as decisões se encontram amparadas no poder do Capital. Em verdade, há uma defasagem entre o direito positivo (previsto na legislação) e a proteção desses direitos no cotidiano de trabalho.

Esses enfrentamentos não podem se dar de maneira passiva como uma resistência individual ou coletiva a um trabalho agressivo, mas, como no caso dos trabalhadores da Informática no Brasil, como manifestações ativas nas quais, além da resistência, surjam propostas de supressão dos fatores nocivos à saúde nos ambientes de trabalho (MERLO, 1999). Dessa forma, a idéia de resistência vem como uma ampla estratégia de luta política dos trabalhadores³³ contra a precarização no trabalho, que é uma nova forma de subordinação do trabalho ao capital³⁴.

A falta de trabalho também contribui para a imobilização dos trabalhadores e “naturalização” dos riscos, e, diante disso, há uma involução na forma de organização coletiva desses. A postura dos trabalhadores da Fronteira, é como destaca Gramsci (2004), quando discute a função dos intelectuais urbanos, pode ser

³³ No sentido dado por Gramsci (1987), quando discute a hegemonia do proletariado, trazendo o trabalhador como protagonista social da luta política.

³⁴ De acordo com as constatações de BOURDIEU (1998).

comparada à dos oficiais subalternos no exército: não possuem nenhuma iniciativa na elaboração dos planos de construção, colocando-se como massa instrumental do empresariado. Por isso, a um projeto de estratégias de resistência, insere-se a reflexão crítica, que deve percorrer o plano da viabilização da proteção social no trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Mercosul tem despertado maior interesse nos empresários do Rio Grande do Sul do que nos das demais Regiões. Isto porque a fronteira deste Estado com os países vizinhos abrange o dobro da extensão que o separa do restante do Brasil. Com o objetivo de analisar como ocorre a proteção social à saúde do trabalhador nos Municípios brasileiros do Estado do Rio Grande do Sul que fazem fronteira com o Uruguai e a Argentina, países integrantes do Mercosul, como movimento necessário à ampliação e à consolidação da cidadania, realizou-se este estudo de caso, contando com diferentes fontes, sendo as principais a pesquisa documental e o Diagnóstico Situacional dessa localidade.

Debater o processo de integração regional no Cone Sul e, neste contexto, a saúde do trabalhador, requereu falar de globalização, de cidadania e de proteção social. O diagnóstico situacional dos Municípios do Estado do RS/BR que fazem fronteira com a Província de Corrientes, na Argentina e, com os Departamentos de Artigas, Cerro Largo e Rivera, no Uruguai, possibilitou obter algumas constatações:

- a) constatou-se uma mescla de culturas e nacionalidades, muito imbricada a relações comerciais, característica da Região e mais evidente nas cidades de fronteira seca. Em contrapartida, quando se tratava de acessar os Serviços locais e de trabalhar legalmente nessas cidades isso não ocorria. Cada gestor de Saúde brasileiro agia de acordo com seus preceitos, estabelecendo ou não acordos (não oficiais) com a cidade estrangeira de fronteira, buscando superar a falta de integração entre os sistemas;
- b) o limite territorial, entendido como sinônimo de cidadania pelos governantes de ambas as nacionalidades, inviabilizava o conhecimento profícuo do outro lado da fronteira. Dessa forma, as relações entre as cidades fronteiriças eram, predominantemente, comerciais, embora houvesse práticas pontuais de articulação de ações sanitárias entre fronteiras, mas que não resultavam em uma integração social;
- c) as assimetrias na concepção e nas legislações dos países sobre saúde e trabalho, também podem ser identificadas como outro fator a fomentar as dificuldades e entraves para este processo de articulação que incidem diretamente na proteção social dos trabalhadores que vivem na Região.

Para o Brasil, o conceito de determinação social da saúde e do adoecimento é que embasa as discussões e dá fundamento para elaboração de legislações na Área da saúde do trabalhador, enquanto que, para Argentina e o Uruguai é o de risco profissional. Isto dificulta o planejamento e a execução de um sistema integrado em saúde do trabalhador, que tenha por referência um plano de saúde para a Região, articulado entre os diferentes segmentos sociais envolvidos neste processo e que conte com a participação efetiva dos trabalhadores em sua construção. Considerando esta necessidade, elucida-se que a lei 8.080/1990, a Portaria nº 800/2005 e a proposta do Pacto pela Saúde, instituídos no Brasil, podem ser um dos parâmetros iniciais para se pensar um sistema integrado em saúde do trabalhador;

- d) no lado brasileiro, o SUS se limita a tratar as conseqüências do adoecimento ou do acidente de trabalho, em uma orientação que não atende a necessária perspectiva preventiva;
- e) o desconhecimento das competências do Sistema de Saúde, no que se refere aos procedimentos em Saúde do Trabalhador repercute nas práticas na Área, permanecendo, assim, a desarticulação da atuação em conjunto, contrapondo-se à perspectiva de universalidade e integralidade, conservando-se à margem das estruturas e políticas intermunicipais e internacionais. A situação se agrava com a desinformação, por parte de trabalhadores e gestores do Setor de Saúde sobre a política de saúde do trabalhador, e pelo desconhecimento do número de casos de acidentes e de doenças do trabalho pela maioria dos profissionais e gestores do Setor de Saúde. Além disso, a desinformação e a dificuldade de acesso aos CERESTs contribuem para a baixa cobertura das ações, que não alcançam um número expressivo de trabalhadores;
- f) o aumento do número de comerciantes ambulantes nas Regiões de fronteira; a subcontratação de meeiros nas atividades agrícolas e pecuárias para dar conta da matéria-prima a ser exportada, a intensificação do trabalho informal e a prostituição em torno dos caminhões de transporte de mercadorias e nos bairros próximos à Fronteira do Estado do Rio Grande do Sul com a Argentina e o Uruguai,

- são formas de trabalho subumanas, que caracterizam de forma negativa essa Região, e que foram exacerbadas com a constituição do Mercosul;
- g) a falta de trabalho na Região de fronteira aliada ao medo da perda do emprego, de quem o tem, reforça a adoção, por parte dos trabalhadores, de posturas de consensos às formas precarizadas de trabalho que são ofertadas, como alternativa de sobrevivência possível;
 - h) as demandas identificadas da saúde do trabalhador nos serviços de Saúde locais, com prevalência de dores localizadas, tendinite, bursite, cortes e feridas, fraturas, problemas de visão, dermatose e luxação, e o destaque do tipo de ocupação atrelado ao trabalho rural e não registrado de brasileiros, caracterizam as formas de adoecimento e acidente de trabalho do Interior do Estado do Rio Grande do Sul, que somadas a escassez de serviços em saúde do trabalhador, constituem-se em terreno fértil para a instalação de formas de trabalho precarizado, intrínsecas a manutenção do “bloco econômico” do Mercosul.

Desse modo, tem-se como tese: A constituição do Mercosul, entre países dependentes, com objetivo estritamente comercial e com precária estrutura de competição, que inclui formas de trabalho precarizado, contribuiu significativamente para a exacerbção da desproteção social dos trabalhadores da Região de fronteira do Estado do Rio Grande do Sul com Argentina e Uruguai, uma vez que naturaliza a violação de direitos dos trabalhadores, dentre esses da saúde no trabalho. E, contra essas formas de trabalho, sob o ponto de vista dos trabalhadores entrevistados, não estão sendo construídas estratégias de resistência, uma vez que os trabalhadores ficam, praticamente, imobilizados ante a perda do emprego, que é escasso na Região.

Assim, constata-se, por meio desses inúmeros fatores, que de fato ocorre a continuidade da construção social da desproteção social da saúde do trabalhador nos Municípios do Estado do RS/BR que fazem fronteira com a Província de Corrientes, na Argentina, e com os Departamentos de Artigas, Cerro Largo e Rivera, no Uruguai, que exige uma tomada de decisão imediata de seus governantes. Haja vista, os objetivos de unificação de políticas em saúde do trabalhador e de uma cidadania supranacional se mostram ambiciosos, mas necessários, ante essa situação, que se consubstancia em um contexto de frágil integração regional de base, prioritariamente econômica.

REFERÊNCIAS

1ª CONFERÊNCIA DE INTEGRAÇÃO EM SAÚDE - 1ª CIS. **Relatório Final**. Rivera, out/2005. [Mimeo].

ALMEIDA, Rosângela da Silva. **Histórias de trabalho**: relatos de acidentes e a expressão do processo de trabalho em uma empresa pública. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: PUCRS, 2004.

_____. **Diário de campo da pesquisa**. Mimeo, 2006.

ALMEIDA, Rosângela da Silva; MENDES, Jussara Maria Rosa. Determinismo X Autonomia: A difícil consolidação dos direitos em Saúde do Trabalhador. In: **XI Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**; III Encontro Nacional de Serviço Social e Seguridade. Fortaleza/CE, ABEPSS/CFESS/ENESSO/CRESS 3ª Região, 2004. CD-ROM.

ALVES, José Augusto Lindgren. Cidadania, direitos humanos e globalização. In: PIOVESAN, Flávia (Coord.). **Direitos Humanos, Globalização Econômica e Integração Regional**: desafios do Direito Constitucional Internacional. São Paulo: Max Limonad, 2002.

AMARAL JÚNIOR, Alberto do. Direitos Humanos, Globalização econômica e integração. In: PIOVESAN, Flávia (Coord.). **Direitos Humanos, Globalização Econômica e Integração Regional**: desafios do Direito Constitucional Internacional. São Paulo: Max Limonad, 2002.

ANDERSON, Perry. Balanço do Neoliberalismo. In: SADER, E. (Org.) **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. 5. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

ANTUNES, Ricardo. Crise capitalista contemporânea e as transformações no mundo do trabalho. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**: Módulo 1: crise contemporânea, questão social e serviço social. Brasília: CEAD, 1999.

_____. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses do trabalho. São Paulo: Cortez, 2005a.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 5. ed. São Paulo: Bomtempo, 2005b.

APPY, Beátrice; THÉBAUD-MONY, Annie. **Precarisation sociale, travail et santé**. Paris: IRESCO-CNRRS, 1997.

ARGENTINA. Constitución de la Nación Argentina. In: **Constituições dos países do Mercosul - 1996-2000**: textos constitucionais Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de publicações, 2001, p. 75-102.

ARGENTINA. Ministerio de Salud de la Nación (MSAL). **Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007**. Presidencia de la Nación; Ministerio de Salud de la Nación; Consejo Federal de Salud. Mayo de 2004. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/html/site/institucional_planfederal.asp>. Acesso em 14 de setembro de 2006.

BAILADOR, Juan B. Educar para prevenir. In: **Banco de seguros del Estado**. Almanaque del Banco de Seguros del Estado, 2001. Disponível em: <<http://www.bse.gub.uy>>. Acesso em: 18 out. 2006.

BANCO DE SEGUROS DEL ESTADO (BSE). **Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales**. Disponible em: <<http://www.bse.com.uy/productos/accidentes/>>. Acesso em: 15 set. 2006.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARRETO, Margarida Maria Silveira. **Violência, saúde e trabalho**: uma jornada de humilhações. São Paulo: Educ, 2000.

BARRIOS, Ernesto A. Hay que instalar en el país el debate de la prevención. In: **Boletín periódico de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo**. Edición n. 53, 26 out. 2006. Disponible em: <<http://www.srt.gov.ar/nvaweb/publicaciones/noticiasrt/129/bole129.htm>>. Acesso em: 26 out. 2006.

BATISTA, Paulo Nogueira. O Consenso de Washington: a visão neoliberal dos problemas Latino-americanos. In: **Em defesa do Interesse Nacional: desinformação e alienação do patrimônio público**. São Paulo: Paz e Terra, 1994.

BAUMECKER, Ivone Corgosinho. Saúde ocupacional, Eqüidade e Desenvolvimento na América Latina. In: HANDAR, Zuher; MENDES, René; FACCI, Ruddy (Orgs). **O desafio da eqüidade em saúde e segurança no trabalho: temas de saúde ocupacional nos países da América Latina**. São Paulo: VK, 2004.

BEHRING, Elaine Rossetti. O Serviço Social e o Mercosul. In: **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 79, ano XXV, p. 173-196, 2004.

BOBBIO, Norberto; MATEUCCI, Nicola; PASQUINO, Giafranco. Trad. Carmem C. Varialle. **Movimentos sociais**. 5ª ed. Brasília: Editora da Universidade de Brasília: São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2000.

BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BOURDIEU, Pierre. **Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal**. Trad. Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. 151p.

BOUDON, Raymond; BOURRICAUD, François. **Dicionário crítico de sociologia**. São Paulo: Ática, 1993.

BRASIL. Lei 8.213, de 24 de junho de 1991. In: **Juris Síntese Millennium: Legislação, Jurisprudência, Doutrina e Prática Processual**. Brasília: Síntese, 2000a, 20 CD-ROM.

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. In: **Juris Síntese Millennium: Legislação, Jurisprudência, Doutrina e Prática Processual**. Brasília: Síntese, 2000b, 20 CD-ROM.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. (Org). Nylson Paim de Abreu Filho. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2002.

BRASIL. **Diário Oficial de Porto Alegre**, ano IX - Edição 2.351 - Segunda-feira, 23 de agosto de 2004. Disponível em: <<http://www.portoalegre.rs.gov.br>>. Acesso em: 24 ago. 2004.

BRASIL. **Portaria nº 1.122/GM** de 6 de julho de 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port2005/gm/gm-1122.htm>>. Acesso em: 22 ago. 2005.

BRASIL. **Portaria nº 399/GM** de 22 de fevereiro de 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>. Acesso em: 03 mar.2006 a.

BRASIL. **Portaria nº 699/GM** de 30 de março de 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-699.htm>. Acesso em: 1º abril. 2006 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. Série Pactos pela Saúde 2006. v. 5.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24419&janela=1>. Acesso em: 1º jul. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador - RENAST**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=25085&janela=1>. Acesso em: 1º jul. 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24703&janela=1. Acesso em: 28 dez. 2007c.

BUENOS AIRES. **Resolucion SRT. nº 490** de 07 de agosto de 2003. Disponível em: <<http://www.srt.gov.ar/nvaweb/normativa/resol/2003/49003.htm>>. Acesso em: 10 set. 2006.

BUSSINGER, Vanda Valadão. Fundamentos dos Direitos Humanos. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 53, ano XVIII, mar. 1997.

CAMPOS. Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 220 p.

CARMO, José Carlos do; et al. Acidentes do trabalho. In: MENDES, René.

Patologia do trabalho. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p. 431-455.

CARVALHO, José Murilo. **Cidadania no Brasil.** O longo caminho. 5. ed. Rio de Janeiro: civilização Brasileira, 2004.

CASTEL, Robert; et al. **Desigualdade e a questão social.** 2. ed. ver. ampl. São Paulo: Educ, 2000.

CASTELLO, Iára Regina; et al. **Práticas de integração nas fronteiras:** temas para o Mercosul. Porto Alegre: UFRGS, Instituto Goethe/ICBA, 1995.

CASTILLO, Pérez Del Santiago. **Manual práctico de normas laborales.** 7. ed. Montevideo: Fundación de Cultura Universitaria, 1992.

CASTRO, Maria Silvia Portela de. Integración, libre comercio y la acción sindical en América Latina y Caribe. **Brasil:** Organización Regional Interamericana de Trabajadores de la Confederación Internacional de las Organizaciones Sindicales Libres (ORIT/CIOSL), 2006.

CATTANI, Antônio David. Taylorismo. In: CATTANI, Antônio David (Org.). **Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia.** 4. ed. rev. ampl. Porto Alegre: Vozes; UFRGS, 2002. p. 309-311.

CHAVES, Helena Lúcia Augusto. **Globalização e ideologia:** considerações sobre a dimensão ideológica do processo de globalização, no âmbito do Estado, dos direitos e da democracia. In: XI Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais; III Encontro Nacional de Serviço Social e Seguridade. Fortaleza/CE, ABEPSS/CFESS/ENESSO/CRESS 3ª Região, 2004. CD-ROM.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

CONFERENCIA Internacional del Trabajo **Actas Provisionales** 20B. Nonagésima quinta reunión, Ginebra, 2006. Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/spanish/index.htm-36k>>. Acesso em: 24 ago. 2006.

CÓRDOBA. **30ª Reunião do Conselho do Mercado Comum.** Córdoba jul. 2006. Disponível em: <<http://www.mercosul.gov.br/discurso>>. Acesso em 24 ago. 2006.

CORRÊA, Maria Juliana Moura; et al. Política de atenção integral à saúde do trabalhador: a experiência do Estado do Rio Grande do Sul. In: MERLO, Álvaro Roberto Crespo. **Saúde e trabalho no RS:** realidade, pesquisa e intervenção. Porto

Alegre: UFRGS, 2004. p. 289-316.

CORRIENTES, Provincia de. Disponível em: <<http://www.corrientes.com.ar/>>.

Acesso em: 1º jul. 2007.

COUTINHO, Mauricio Chalfin. **Marx**: notas sobre a teoria do capital. São Paulo: Hucitec, 1997.

DAL PRA, Keli Regina. As reformas na Argentina. In: SIMIONATO, Ivete; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro (Orgs). **Dilemas do Mercosul**: Reforma do estado, direito à saúde e perspectiva da agenda social. Florianópolis: Lagoa, 2004.

_____. **Transpondo Fronteiras**: os desafios do Assistente Social na garantia do acesso à saúde no Mercosul. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre, PUCRS - Faculdade de Serviço Social, 2006.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 1, fev, 1988.

_____. O papel do município no desenvolvimento de políticas de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, out. 1991.

DALLARI. Dalmo de Abreu. **Constituição e Constituinte**. São Paulo: Saraiva, 1982.

DECLARAÇÃO Universal dos Direitos Humanos. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/inedex.htm>>. Acesso em: 05 nov. 2005.

DEDECCA, Cláudio. As mudanças no sistema das relações de trabalho. **Cadernos de Debates do Le Monde Diplomatique**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 04-06, set. 2000.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. Trad. de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 5. ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992. ampliada.

DIAS Elisabeth Costa; HOEFEL, Maria da Graça. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 817-828, out./dez. 2005.

DIAS, Elisabeth Costa. O manejo dos agravos à saúde relacionados com o trabalho. In: MENDES, René (Org.). **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

DIAS, Míriam Thais Guterres. **A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental**: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico Morada São Pedro. Porto Alegre, 2007. 292 f. Tese de doutorado – PUCRS.

DINIZ, Tânia Maria Ramos Godói. O estudo de caso: suas implicações metodológicas na pesquisa em Serviço Social. In: MARTINELLI, M. L. **Pesquisa qualitativa**: um instigante desafio. São Paulo: Veras, 1999. p. 41-58.
DRAIBE, Sônia Miriam. Coesão Social e Integração Regional: a agenda social do Mercosul e os grandes desafios da política social em prol da integração. In: **Fórum Mercosul sobre integração regional e sistemas de saúde**. Red de Investigación en Sistema y Servicios de Salud en el Cono Sur - Red Salud; Escola nacional de Saúde Pública Sérgio Arouça - ENSP/FIOCRUZ: Rio de Janeiro, mar. 2006.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O trabalho da política**: saúde e segurança dos trabalhadores. São Paulo: Cortez, 1992.

FERREIRA JÚNIOR, M. **Saúde no trabalho**: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores. São Paulo: Roca, 2000.

FIER, Florisvaldo. Saúde no Mercosul: o desafio do novo. In: GALLO, Edmundo; COSTA, Laís (Orgs). **SIS - MERCOSUL**: uma agenda para a integração. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2004.

FIGUEIRAS, Marcos Simão. **Mercosul no Contexto Latino-Americano**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1996.

FIORI, José L. Globalização, Hegemonia e Império. In: TAVARES, Maria da C.; _____. (Orgs.). **Poder e dinheiro**: uma economia política da globalização. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

FLEURY, Sônia. **Estado sem cidadãos**: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

FONSECA, Ana Maria Medeiros da; ROQUETE, Claudio. Proteção Social e Programas de Transferência de Renda: o Bolsa-Família. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; ELIAS, Paulo Eduardo M; IBAÑEZ, Nelson (Orgs.). **Proteção Social**: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 123-149.

Freire, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 39. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **Educação e a crise do capitalismo real**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In: FAZENDA, Ivani. **Metodologia da pesquisa educacional**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

GALLO, Edmundo; et. al. Cooperação em saúde e integração regional: políticas para promover a dinamização do complexo da saúde no Mercosul. In: GALLO, Edmundo; COSTA, Laís (Orgs). **SIS - MERCOSUL: uma agenda para a integração**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2004.

GALLO, Edmundo; COSTA Laís; MORAES, Adnei. A integração dos sistemas de saúde que atendem a população fronteiriça dos países do MERCOSUL - SIS - MERCOSUL. In: GALLO, Edmundo; COSTA, Laís (Orgs). **SIS - MERCOSUL: uma agenda para a integração**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2004.

GAZETA MERCANTIL. Presidente lamenta a rejeição da CPMF. Disponível em: <http://www.gazetamercantil.com.br/integraNoticia.aspx?Param=3%2C0%2C+%2C1284486%2CUIOU>. Acesso em: 28 dez.2007.

GIANNASI, Fernanda. **A construção de contra-poderes no Brasil na luta contra o amianto: a globalização por baixo**. [Mimeo], 2000.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOMEZ, Carlos Minayo; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 10, n. 4, out./dez. 2005. p. 797-807.

GRAMSCI, Antônio. **A questão meridional**. Trad. Carlos Nelson Coutinho e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 165p.

_____. **Cadernos do cárcere**. Os intelectuais: o princípio educativo - jornalismo. Vol. 2. Trad. Carlos Nelson Coutinho; co-edição, Luiz Sérgio Henriques e marco Aurélio Nogueira. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004. 334p.

GUÉRIN, F. et al. A. **Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia**. Tradução: Giliane M. J Ingratta; Marcos Maffei. São Paulo: Universidade

de São Paulo - Escola Politécnica, Depto de Engenharia de Produção; Fundação Vanzolini. Ed. Edgard Blücher, 2001.

HERNÁNDEZ, José. **La Vuelta de Martín Fierro**. Disponível em: <<http://www.biblioteca.org.ar>>. Acesso em: 22 jan. 2006.

HOBBSAWM, Eric. **Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991**. Trad. por Marcos Santarrita. Revisão técnica: Maria Célia Paoli. 2. ed. 27. reimpr. São Paulo: Companhia das Letras; Schwarcz, 2003.

HOEFEL, Maria da Graça. **Saúde-enfermidade-trabalho: síndrome do sobrevivente**. Tese de Doutorado. Porto Alegre: UFRGS, 2002.

HOLANDA, Enir Guerra Macêdo de. A saúde no Mercosul: integração em benefício da saúde. In: GALLO, Edmundo; COSTA, Laís (Orgs). **SIS - MERCOSUL: uma agenda para a integração**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2004.

HOLANDA, Francisco Urubam Xavier de. **Do Liberalismo ao neo-liberalismo: o itinerário de uma cosmovisão impenitente**. Porto Alegre: Edipucrs, 1998. 82p. (Coleção Filosofia; n. 75).

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

IANNI, Octavio. **A sociedade global**. 10. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 30 mar. 2007.

INSTITUTO Nacional de Estadística del Uruguay. Disponível em: <<http://www.ine.gub.uy>>. Acesso em: 30 mar. 2007.

INSTITUTO Nacional de Estadísticas y censos de la Argentina. Disponível em: <<http://www.indec.gov.ar>>. Acesso em: 30 mar. 2007.

INSTITUTO Nacional de Saúde no Trabalho. Brasil. Disponível em: <http://www.instcut.org.br/inst/mer_diretrizes_saude.htm>. Acesso em: 20 abr. 2006.

ISTÚRIZ, Oscar Feo. Reflexiones sobre la globalización e su impacto sobre la salud de los trabajadores e el ambiente. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 887-896, 2003.

JAEGER JÚNIOR. Augusto. MERCOSUL e o desafio da livre circulação de trabalhadores: dificuldades e perspectivas. In: DAL RI JÚNIOR, Arno; OLIVEIRA, Odete Maria de (Orgs). **Cidadania e nacionalidade**: efeitos e perspectivas - nacionais-regionais-globais. Ijuí: Unijuí, 2002.

KOGA, Dirce. **Medidas de cidades**: entre territórios de vida e territórios vividos. São Paulo: Cortez, 2003.

KOHEN, Jorge. A Saúde do Trabalhador na Argentina. In: RIO GRANDE DO SUL. Pontifícia Universidade Católica. Faculdade de Serviço Social. Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho. **A Saúde do Trabalhador no Mercosul**: impactos e desafios frente à globalização. Relatório. Porto Alegre: NEST, 2007.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

LACAZ, Francisco A. **Saúde do Trabalhador no Brasil**: 20 anos de história. Palestra proferida em 28 de abril: dia internacional em memória às vítimas de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Porto Alegre: PUCRS, 2005.

LARANJEIRA, Sônia M. G. Fordismo e Pós-fordismo. In: CATTANI, Antônio David (Org.). **Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia**. 4. ed. rev. ampl. Porto Alegre: Vozes; UFRGS, 2002, p. 123-127.

LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, Mariano. **Processo de produção e saúde**: trabalho e desgaste operário. Trad. Cohn, A.; Pitta-Hoisel, A.; Paraguay A. I; Barbosa, L. H. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEFEBVRE, Henri. **Lógica formal, lógica dialética**. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

LIMA JUNIOR. Jayme Benvenuto. O caráter expansivo dos direitos humanos na afirmação de sua indivisibilidade e exibilidade. In: PIOVESAN, Flávia (Coord.). **Direitos humanos, globalização econômica e integração regional**: desafios do Direito Constitucional Internacional. São Paulo: Max Limonad, 2002.

MACHADO, Felipe Rangel S.; PINHEIRO, Roseni; GUIZARD Francini Lube. Direito à saúde e integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o papel do ministério público. In: **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Roseni Pinheiro; Rubem Araújo de Mattos (Orgs). Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet; GOMEZ, Carlos Minayo. Acidentes de trabalho: concepções e dados. In: MINAYO, Maria de Souza. **Os muitos brasis**: saúde e população na década de 80. 2. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999, p. 117-142.

MAGNOLI, Demétrio; ARAÚJO, Regina. **Para entender o Mercosul**. 11 ed. São Paulo: Moderna, 1996.

MARCHI, Daniela. **Relatório da pesquisa “direitos à saúde**: discurso, prática e valor. Uma análise nos países do Mercosul. Florianópolis: UFSC, 2002.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

_____. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARQUES, Rosa Maria. **A proteção social e o mundo do trabalho**. São Paulo: BIENAL, 1997.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffone. O projeto de pesquisa em Serviço Social. In: **Capacitação em Serviço Social**. Mod. 5. Brasília: CFESS-ABEPSS-CEAD-UnB, 1999, p. 17-45.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Pesquisa qualitativa**: um instigante desafio. São Paulo: Veras, 1999.

MARX, Karl. **Manuscritos Econômicos-Filosóficos**. Trad. Alex Martins. Texto Integral. São Paulo: Martin Claret, 2002.

_____. **Miséria da Filosofia**: resposta à filosofia da miséria do senhor Proudhon (1847). São Paulo: Centauro, 2001.

_____. **O capital**: crítica da economia política. 22. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004. v. 1. Tradução de Reginaldo Sant'Ana.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto do partido comunista**. Trad. Marco Aurélio Nogueira; Lendro Konder. 9 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

MATTOS, Rubem Araújo. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Roseni Pinheiro; Rubem Araújo de Mattos (Orgs.). Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

MATTOSO, Jorge Eduardo Levi. **A desordem do trabalho**. 1ª reimp. São Paulo: Scritta, 1996.

_____. **O Brasil desempregado**: como foram destruídos mais de 3 milhões de empregos nos anos 90. 2. ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1999. 47p.

MENDES, Jussara Maria Rosa Mendes. **O verso e o averso de uma história**: o acidente e a morte no trabalho. Porto Alegre: Edipucrs, 2003.

MENDES, Jussara Maria Rosa Mendes; et. al. Conhecendo a Realidade do Distrito Leste. In: MORETTO, Alexandre; et al. **Diagnóstico de Saúde do Distrito Leste de Porto Alegre**. Porto Alegre: Edipucrs, 2005, p. 55-80.

MENDES, Jussara Maria Rosa Mendes; OLIVEIRA, Paulo Antônio B; ALMEIDA, Rosângela da Silva Almeida; SANTOS, Fabiane K. Política de Saúde do Trabalhador e as Transformações no Mundo do Trabalho. In: **II Jornada Internacional de Políticas Públicas**, São Luís, 2005.

MENDES, Jussara Maria Rosa; WÜNCH, Dolores S; COUTO, Berenice R. Proteção Social. In: CATTANI, Antonio David; HOLZMANN, Lorena (Orgs.). **Dicionário de trabalho e tecnologia**. Porto Alegre: UFRGS, 2006, p. 212-215.

MENDES, Jussara Maria. Rosa; OLIVEIRA, Paulo Antônio Barros. Acidentes de trabalho: uma exploração arqueológica nas informações oficiais da DRT/RS. In: Ser Social - **Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social**. Brasília: Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social. Brasília, UnD: n. 10. jan./jun. 2002.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo. **A informática no Brasil**: prazer e sofrimento no trabalho. Porto Alegre: Universidade/UFRGS, 1999.

MICHEL, Oswaldo. Rocha. **Acidentes do trabalho e doenças ocupacionais**. São Paulo: LTr, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 20. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.

_____. Saúde e doença como expressão cultural. In: AMÂNCIO FILHO, Antenor MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MINISTÉRIO da Previdência Social. **Benefícios Previdenciários**. Disponível em: <http://www.mpas.gov.br/pg_secundarias/beneficios.asp>. Acesso em: 13 out. 2006.

MIOTO. Regina Célia Tamaso. Cuidados sociais dirigidos à família e segmentos sociais vulneráveis. In: **Capacitação em Serviço Social**. Mod. 4. Brasília: CEAD, 1999, p. 217-224.

MORAIS, José Luis Bolzan de. Direitos humanos “globais (universais)” de todos, em todos os lugares! In: PIOVESAN, Flávia (Coord.). **Direitos humanos, globalização econômica e integração regional**: desafios do Direito Constitucional Internacional. São Paulo: Max Limonad, 2002.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social**. São Paulo: Cortez, 1995.

NOBRE, Marcos. Participação e deliberação da teoria democrática: uma introdução. In: COELHO, Vera Schattan P; NOBRE, Marcos (Orgs.). **Participação e deliberação**: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: Editora 34, 2004.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Direitos à saúde na sociedade contemporânea. In:

Ser Social - **Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social**. Brasília: Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social. Brasília, UnB: n. 10, p. 09-32, jan./jun. 2002.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; PIRES, Denise Elvira Pires de. Direito à saúde: um convite à reflexão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, maio/jun. 2004.

OLIVEIRA, Carlos Roberto. **História do trabalho**. Série Princípios. São Paulo: Ática, 1987.

OLIVEIRA, Paulo Antônio Barros; MENDES, Jussara, M. R. As novas perspectivas da saúde do trabalhador. In. **Tendências do trabalho**. São Paulo, n. 265, set. 1996.

_____; BOUAZIZ, Philippe. A organização do espaço e do tempo em uma cozinha hospitalar: a construção de estratégias individuais e coletivas pelos trabalhadores. In: **Ação Ergonômica**, Gente/Coppe, v. 1, n. 1, 2000, p. 79-92.

ORGANIZACIÓN Internacional del Trabajo. **Panorama Laboral 2002**. América Latina y el Caribe (Avance primer semestre). Lima: OIT, 2002. 112p.

_____. **Panorama Laboral 2005**. América Latina y el Caribe (Avance primer semestre). Lima: OIT, 2005. 118p.

_____. **Panorama Laboral 2006**. América Latina y el Caribe (Avance primer semestre). Lima: OIT, 2006. 84p.

ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. **Perfil de los Sistemas y Servicios de Salud de Argentina**. 2da edición, noviembre de 1998. Disponible en: <<http://www.ensp.fiocruz.br/parcerias/redsaud>>. Acesso em: 21 jul. 2007.

ORGANIZACIÓN Panamericana. **Perfil del sistema de servicios de salud de Uruguay**. Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud división de desarrollo de sistemas y servicios de salud. 2da. edición, mayo de 2002. Disponible en: <<http://www.ops.org.uy/>>. Acesso em: 12 set. 2006.

PACTO Internacional dos Direitos Civis e Políticos. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/legislacao/vol1_3.htm>. Acesso em: 10 out. 2005.

PACTO internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/legislacao/vol1_3.htm>. Acesso em: 10 out. 2005.

PÁDUA, Elisabete Matallo Marchesini. **Metodologia da pesquisa**: abordagem teórico-prática. 9 ed. Campinas, SP: Papyrus, 2003.

PASO de los Libres. Disponível em: <<http://www.pasodeloslibres.gov.ar/>>. Acesso em: 14 jun. 2006.

PAULA, João Antônio de. O marxismo e seus rebatimentos no Serviço Social. In: **Cadernos ABESS**. n. 4. Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social. São Paulo: Cortez, maio 1991.

PEDROSO, Karina. **Fronteira Mercosul**: regulações e normatizações na área do direito à saúde. Trabalho de Conclusão de Curso. Florianópolis: UFSC - Faculdade de Serviço Social, 2004.

PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

PINHEIRO, Roseni et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo de. (Orgs). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

PINTABONA, Adriana. **Fortalecimiento del MERCOSUR por avances significativos en la elaboración de un Código Aduanero común**. Disponible em: <<http://rebanadasderealidad.com.ar/adriana-06-14.htm>>. Acesso em: 14 jun. 2006.

PIOVESAN, Flávia. A pobreza como violação dos direitos humanos. In: PIOVESAN, Flávia (Coord.). **Direitos Humanos, Globalização Econômica e Integração Regional**: desafios do Direito Constitucional Internacional. São Paulo: Max Limonad, 2002.

_____. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional**. 6. ed. São Paulo: Max Limonad, 2004.

POCHMANN, Márcio. As trajetórias do trabalho no final do século XX. In: CARRION, Raul. K. M. **A crise do capitalismo globalizado**. Porto Alegre: UFRGS, 2000.

POLANYI, Karl. **A grande transformação**: as origens de nossa época. 8. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

PRATES, Jane Cruz. **Possibilidades de mediação entre a teoria marxiana e o trabalho do assistente social**. Tese de Doutorado, Porto Alegre: PUCRS, 2003a.

_____. Planejamento da pesquisa social. In: **Revista Temporalis**, Brasília, n. 7, ano IV, ABEPSS, p. 123-143, jan./jun. 2003b.

PRAXEDES, Walter; PILETTI, Nelson. **O Mercosul e a Sociedade Global**. 12. ed. Ática, 2003.

RIBEIRO, Fátima Sueli Neto; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel. A saúde do trabalhador no contexto da globalização econômica do Cone Sul. **Documento preparado para a oficina de trabalho**: integração regional em saúde do trabalhador no Contexto do Mercosul. Programa de Saúde do Trabalhador. Secretaria do Estado de Saúde do Rio de Janeiro, ago. 1996. Mimeo.

RIBEIRO, Herval Pina; LACAZ, Francisco Antônio de Castro. **De que adoecem e morrem os trabalhadores**. São Paulo: DIESAT, 1984.

RIBEIRO, Lair. **O sucesso não ocorre por acaso**. Belo Horizonte: Leitura, 2002.

RIO DE JANEIRO. DIS e NEDH: fusão fortalece e amplia direitos humanos e saúde. In: **Informe Ensp**, Rio de Janeiro, n. 78. 06 set. 2006. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/informe/materia.cfm?matid=1216>>. Acesso em: 08 set. 2006.

RIO GRANDE DO SUL. **Constituição do Estado Rio Grande do Sul**. 7. ed. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

RIO GRANDE DO SUL. Lei Estadual nº 12.231, de 06 de Janeiro de 2005. In: **Juris Síntese Millennium**: Legislação, Jurisprudência, Doutrina e Prática Processual. Síntese, 2005. 20 CD-ROM.

RIO GRANDE DO SUL. Pontifícia Universidade Católica. Faculdade de Serviço Social. Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho. **A Saúde do**

Trabalhador no Mercosul: impactos e desafios frente à globalização. Relatório. Porto Alegre: NEST, 2007.

RODRÍGUEZ, Carlos Aníbal. Desarrollo de los sistemas de seguridad social em salud y seguridad em el trabajo em América Latina. In: HANDAR, Zuher; MEDES, René; FACCI, Ruddy. **O desafio da equidade em saúde e segurança no trabalho:** temas de saúde ocupacional nos países da América Latina. São Paulo: VK, 2004.

ROSANVALLON, Pierre. **A nova questão social:** repensando o Estado Providência. Brasília: Instituto Teotônio Vilela, 1998.

SADER, Emir. **Século XX uma bibliografia não-autorizada:** o século do imperialismo. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.

SÁNCHEZ, Delia M. Algunas Reflexiones sobre Procesos de Integración e Integración em Salud: historia y desafios del Mercosul Salud: version preliminar. In: **Fórum Mercosul sobre integração regional e sistemas de saúde.** Red de Investigación em Sistema y Servicios de Salud em el Cono Sur - Red Salud; Escola nacional de Saúde Pública Sérgio Arouça - ENSP/FIOCRUZ: Rio de Janeiro, mar. 2006.

SANTANA DO LIVRAMENTO. Disponível em:
<<http://www.santanadolivramento.rs.gov.br/>>. Acesso em: 14 jun. 2006.

SANTOS, Milton. **O espaço do cidadão.** 5. ed. São Paulo: Studio Nobel, 2000.

_____. **O país distorcido:** o Brasil, a globalização e a cidadania. São Paulo: Publifolha, 2002.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil:** território e sociedade no início do século XXI. 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SÃO PAULO. RENAST e resoluções da 3ª Conferência Nacional serão temas de encontros em São Paulo. In: **Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo (CEREST/SP).** Informativo n. 15, ano 1, 04 set 2006. maria.maeno@fundacentro.gov.br; cerestsp@saude.sp.gov.br.

SATO, Leny. **A representação do trabalho penoso**. In: SPINK, Mary Jane P (org.). O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995.

SCHWARTZ, Germano. **O tratamento Jurídico do Risco no Direito à Saúde**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

SECRETARÍA DEL MERCOSUR. **Primer Informe Sobre Aplicación del Derecho del Mercosur por los Tribunales Nacionales**. Fundación Konrad Adenauer; Foro Permanente de Cortes Supremas del MERCOSUR y Asociados, Uruguay, 2003.

SECRETARIA da Saúde do Rio Grande do Sul; Escola de Saúde Pública. **Boletim da Saúde**, v. 18, n. 2, Porto Alegre: SES/ESP-RS, jul./dez. 2004.

SENNETT, Richard. **A cultura do novo capitalismo**. Tradução de Clóvis Marques. Rio de Janeiro; São Paulo: Record, 2006.

SIMIONATTO, Ivete et. al. **Relatório da pesquisa Direitos à Saúde**: discurso, prática e valor. Uma análise nos países do Mercosul. Florianópolis: UFSC, 2002.

_____. **Gramsci**: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social. 3. ed. Florianópolis: UFSC/São Paulo: Cortez, 2004.

SINGER, Paul. **Globalização e desemprego**: diagnóstico e alternativas. São Paulo: Contexto, 1998.

_____. **O capitalismo**: sua evolução, sua lógica e sua dinâmica. São Paulo: Moderna, 2001.

SOUZA, Herbert José de. **Como se faz análise de conjuntura**. 25. ed. Petrópolis, R.J.: Vozes, 2004.

SPOSATI, Aldaíza de Oliveira et al. **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras**: uma questão em análise. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, Serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STIGLITZ, Joseph E. **A globalização e seus malefícios**: a promessa não cumprida de benefícios globais. São Paulo: Futura, 2003.

STOLKINER, Alicia. Enfrentando La Heterogeneidad y Segmentación: la APS como Sendero de la organización del sistema de salud em Argentina? In: **Abordajes de La Atención Primaria y el Derecho a La Salud en los países del Cono Sur**. X Congresso Latinoamericano de Medicina Social, IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, XIV Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde. Salvador/Brasil: ALAMES/ABRASCO, 2007.

STORTZ, Eduardo Navarro. Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. In: **Revista São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 1, jan./mar. 2003.

SUPERINTENDENCIA DEL RIESGOS DEL TRABAJO (SRT). Disponible em: <<http://www.srt.gov.ar/nvaweb/super/conozca/conozca1.htm>>. Acesso em: 10 set. 2006.

SYMONIDES, Janusz. **direitos humanos**: novas dimensões e desafios. Brasília: UNESCO Brasil, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

TACUY. Guia de Servivios del Uruguay. Disponible em: <<http://www.tacuy.com.uy/>>. Acesso em: 1º jul. 2007.

THÈBAUD-MONY, Annie. Prefácio. In: MERLO, Álvaro Roberto Crespo (Org). **Saúde e Trabalho no Rio Grande do Sul**: realidade, pesquisa e intervenção. Porto Alegre: UFRGS, 2004

TOLEDO, Enrique de La Garza. Neoliberalismo e Estado. In: LAURELL, Asa Cristina. **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

TOMASINA, Fernando. A Saúde do Trabalhador no Uruguai. In: RIO GRANDE DO SUL. Pontificia Universidade Católica. Faculdade de Serviço Social. Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho. **A Saúde do Trabalhador no Mercosul**: impactos e desafios frente à globalização. Relatório. Porto Alegre: NEST, 2007.

TOURAINÉ, Alain. **Um novo paradigma**: para compreender o mundo hoje. Tradução de Gentil Avelino Tilton. 2. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

TRATADO DE ASSUNÇÃO (1991). Disponível em <<http://www.mercosul.gov.br/textos/default.asp?Key=45>>. Acesso em: 12 abr. 2006.

TRINDADE. Antônio Augusto Cançado. A Proteção Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais: evolução, estado atual e perspectivas. In: **Tratado de Direito Internacional dos Direitos Humanos**. Porto Alegre: Fabris, 1997. p. 395.

TRIVIÑOS, Augusto. Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.
URUGUAIANA. Disponível em: <<http://www.uruguaiana.rs.gov.br/>>. Acesso em: 14 jun. 2006.

URUGUAY TOTAL. Portal del Uruguay. Disponível em: <<http://www.uruguaytotal.com>>. Acesso em: 04 jun. 2006.

URUGUAY. Constitución de la República Oriental del Uruguay. In: **Constituições dos países do Mercosul: 1996-2000: textos constitucionais Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai**. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de publicações, 2001. p. 497-551.

URUGUAY. **Ley nº 16.074** de 23 de outubro de 1989. Seguro de accidentes de trabajo e enfermedades profesionales. Disponível em: <<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ley16074.htm>>. Acesso em: 19 out. 2006.

WEINSTEIN, Bárbara. **(Re) formação da classe trabalhadora no Brasil, 1920-1964**. Trad. por Luciano Vieira Machado. São Paulo: Cortez: CDAPH-IFAN - Universidade São Francisco, 2000.

VIANA, Maria Lúcia T. Werneck; LEVCOVITZ, Eduardo. Seguridad Social e Combate à Pobreza no Brasil: o papel dos benefícios não contributivos. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; ELIAS, Paulo Eduardo M.; IBÁÑEZ, Nelson (Orgs.). **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo, Hucitec, 2005. p. 89-122.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Trad. Daniel Grassi. Porto Alegre: Bookman, 2003.

ZOLA, Émile. O Idílio. São Paulo: Clube do Livro, 1966.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Estrutura da sistematização da análise temática

UNIDADE DE REGISTRO (TEMA)	FREQÜÊNCIA DE OCORRÊNCIA	UNIDADE DE CONTEXTO	PROCESSO DE CATEGORIZAÇÃO

Fonte: Elaborado pela autora, visando a amparar o tratamento dos dados da pesquisa.

APÊNDICE B - Instrumento de Investigação para as entrevistas
com os profissionais do setor de Saúde

**PROTEÇÃO SOCIAL NO MERCOSUL: A SAÚDE DOS
TRABALHADORES DE MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS DO
RIO GRANDE DO SUL**

PESQUISADORA:
ROSÂNGELA DA SILVA ALMEIDA

INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO

**SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE
PROFISSIONAIS DO SETOR DE SAÚDE**

Data da entrevista: ____/____/____

Registro n.º

Entrevistador:

1. IDENTIFICAÇÃO DO (A) PROFISSIONAL DA SAÚDE

Nome: _____

Idade: ____/____/____ (em anos completos)

Data de Nascimento: _____

Município: _____

Telefones de contato: () _____

Telefone da Secretaria Municipal de Saúde: () _____

E-mail: _____

Profissão: _____

Cargo exercido: _____

Tempo de trabalho na região de fronteira: _____

Município fronteiro com: _____

Reside no município: () Sim _____ Há quanto tempo? _____

() Não

2. DADOS GERAIS DA FRONTEIRA

1. Com qual cidade estrangeira de fronteira seu município mantém uma maior relação?

2. Que meios de transporte coletivo e/ou individual existem entre seu município e a cidade estrangeira de fronteira?

() Ônibus () Bicicleta

() Carro () Moto

Outros: _____

Observações:

3. QUESTÃO DE SAÚDE

3. Em seu município são atendidas no SUS pessoas estrangeiras?

() Sim () Não

Por quê?

4. QUESTÕES DE TRABALHO E TRABALHADORES

4. Identifique a frequência de trabalhadores que moram de um lado da fronteira e trabalha em outro.

1. () Não tem conhecimento () nunca acontece () 2. pouco freqüente

3. () freqüente 4. () muito freqüente

4.1. Em seu município vigora a carteira de trabalhador fronteiriço?

() Sim () Não

Por quê?

5. Qual o gênero dos trabalhadores que predomina na região de fronteira? Explique esse dado.

6. Quais os tipos de ocupações se sobressaem na região de fronteira?

7. Estas ocupações já existiam antes da criação do MERCOSUL? Especifique.

5. QUESTÕES DE SAÚDE E TRABALHO

8. De acordo com sua percepção, qual (is) motivo (s) levam os trabalhadores da linha de fronteira a não buscarem atendimento ou não registrarem o adoecimento e o acidente de trabalho?

OBS: Marque quantas opções forem necessárias.

1. desconhece
2. ausência no município de um órgão especializado em saúde do trabalhador
3. Demora no encaminhamento ao INSS
4. Não ter direito ao registro porque não é trabalhador formal (de carteira
5. assinada)
6. Por estar longe de outros centros

- 7. () Dificuldade de transporte para seu município
- 8. () Medo da perda do emprego
- 9. () Medo de represálias
- 10. () Em função de sua ilegalidade no país
- 11. () Outro - Especifique: _____

9. Qual seu entendimento de saúde?

10. Qual seu entendimento de saúde do trabalhador?

11. Quais as instituições, existentes no respectivo município, que trabalham com saúde do trabalhador?

12. Há alguma recomendação (normas, procedimentos, regras) no seu cotidiano diário de como proceder na atenção à saúde do trabalhador?

13. Existe, em seu município, alguma proposta de elaboração de projeto sobre o modelo de atenção à saúde do trabalhador?
() sim () não () desconhece

14. Qual (is)? e que instâncias estão envolvidas?

15. O que significa ter “Direitos” no trabalho para você? (investigar que normas que ele/ela acredita que deveriam ser cumpridas no trabalho na perspectiva de um trabalho justo).

16. O que caracteriza a saúde do trabalhador na região de fronteira? (Investigar as peculiaridades da região. O que acontece com os trabalhadores dali).

17. Qual (is) a (s) lei (s), políticas, programas ou acordos que são acionados para o atendimento de um trabalhador que sofreu acidente ou adoecimento no trabalho?

18. O que garante e o que impede que seja assegurada a saúde no trabalho na região de fronteira?

19. Conhece as demandas da área de saúde do trabalhador para os Serviços de saúde locais? Identifique a frequência de ocorrência.

() Sim () Não

OBS: Se sim, responda todos os itens, identificando a frequência ao lado. A frequência foi uma estratégia da pesquisadora na segunda etapa da pesquisa empírica, uma vez que os respondentes não souberam identificar o número de casos ocorridos.

Dores localizadas	() nunca acontece () pouco freqüente () freqüente () muito freqüente
Fraturas (punho, mão, perna, tornozelo, antebraço, costela, coluna, ombro e braço)	() nunca acontece () pouco freqüente () freqüente () muito freqüente
Tendinite	() nunca acontece () pouco freqüente () freqüente () muito freqüente
Torção/Distensão	() nunca acontece () pouco freqüente () freqüente () muito freqüente
Problemas relacionados a visão	() nunca acontece () pouco freqüente () freqüente () muito freqüente
Bursite	() nunca acontece () pouco freqüente () freqüente () muito freqüente
Queimaduras (produtos químicos)	() nunca acontece () pouco freqüente () freqüente () muito freqüente
Choque elétrico	() nunca acontece () pouco freqüente () freqüente () muito freqüente
Lesões múltiplas (ombro, joelho, tornozelo)	() nunca acontece () pouco freqüente () freqüente () muito freqüente

Contusão/esmagamento	<input type="checkbox"/> nunca acontece	<input type="checkbox"/> pouco freqüente
	<input type="checkbox"/> freqüente	<input type="checkbox"/> muito freqüente
Cortes/feridas	<input type="checkbox"/> nunca acontece	<input type="checkbox"/> pouco freqüente
	<input type="checkbox"/> freqüente	<input type="checkbox"/> muito freqüente
Dermatose	<input type="checkbox"/> nunca acontece	<input type="checkbox"/> pouco freqüente
	<input type="checkbox"/> freqüente	<input type="checkbox"/> muito freqüente
Pneumoconiose (silicose, asbestose)	<input type="checkbox"/> nunca acontece	<input type="checkbox"/> pouco freqüente
	<input type="checkbox"/> freqüente	<input type="checkbox"/> muito freqüente
Luxação	<input type="checkbox"/> nunca acontece	<input type="checkbox"/> pouco freqüente
	<input type="checkbox"/> freqüente	<input type="checkbox"/> muito freqüente
Outros (Especifique): _____	<input type="checkbox"/> nunca acontece	<input type="checkbox"/> pouco freqüente
	<input type="checkbox"/> freqüente	<input type="checkbox"/> muito freqüente

20. Com base no que sabe e/ou percebe, a demanda em saúde do trabalhador é oriunda de que setores? Identifique a freqüência de ocorrência.

OBS: Responda os itens necessários, identificando a freqüência ao lado.

<input type="checkbox"/> Empresa	<input type="checkbox"/> desconhece	<input type="checkbox"/> nunca acontece
	<input type="checkbox"/> pouco freqüente	<input type="checkbox"/> freqüente
	<input type="checkbox"/> muito freqüente	
<input type="checkbox"/> Trabalho Rural	<input type="checkbox"/> desconhece	<input type="checkbox"/> nunca acontece
	<input type="checkbox"/> pouco freqüente	<input type="checkbox"/> freqüente
	<input type="checkbox"/> muito freqüente	
<input type="checkbox"/> Setor de Serviços (indústria, comércio)	<input type="checkbox"/> desconhece	<input type="checkbox"/> nunca acontece
	<input type="checkbox"/> pouco freqüente	<input type="checkbox"/> freqüente
	<input type="checkbox"/> muito freqüente	
<input type="checkbox"/> Trabalho não registrado (ambulantes, outros tipos de trabalho informal)	<input type="checkbox"/> desconhece	<input type="checkbox"/> nunca acontece
	<input type="checkbox"/> pouco freqüente	<input type="checkbox"/> freqüente
	<input type="checkbox"/> muito freqüente	
<input type="checkbox"/> Trabalho em Madeiras	<input type="checkbox"/> nunca acontece	<input type="checkbox"/> pouco freqüente
	<input type="checkbox"/> freqüente	<input type="checkbox"/> muito freqüente
<input type="checkbox"/> Outros (Especifique): _____	<input type="checkbox"/> nunca acontece	<input type="checkbox"/> pouco freqüente
	<input type="checkbox"/> freqüente	<input type="checkbox"/> muito freqüente

21. Como chegam ao atendimento no SUS?

- () de forma espontânea
 () levados pela empresa
 () encaminhados pelo sindicato
 () encaminhados por médicos do setor privado
 () encaminhados por outros Serviços. Qual? _____

22. Estes trabalhadores são identificados como? Identifique a freqüência de ocorrência.

OBS: Responda os itens necessários, identificando a freqüência ao lado.

() Brasileiros residentes no Brasil	() desconhece () nunca acontece () pouco freqüente () freqüente () muito freqüente
() Brasileiros não residentes no país	() desconhece () nunca acontece () pouco freqüente () freqüente () muito freqüente
() Estrangeiros	() desconhece () nunca acontece () pouco freqüente () freqüente () muito freqüente
() Estrangeiros naturalizados, residente no Brasil	() desconhece () nunca acontece () pouco freqüente () freqüente () muito freqüente
() Estrangeiros não naturalizados, residente no Brasil	() desconhece () nunca acontece () pouco freqüente () freqüente () muito freqüente
() Turistas trabalhando na Região	() desconhece () nunca acontece () pouco freqüente () freqüente () muito freqüente
() Outros (Especifique): _____	() desconhece () nunca acontece () pouco freqüente () freqüente () muito freqüente

23. Identifique as Unidades de Saúde do SUS no Município (questão acrescida na segunda etapa da pesquisa empírica)

HOSPITAIS DO SUS	NÚMERO DE HOSPITAIS	NÚMERO DE LEITOS
Hospital público		
Hospital contratado/conveniado		
Hospital Filantrópico		
Hospital Militar		
ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL	NÚMERO	OBSERVAÇÕES
Unidade Básica de Saúde		
Policlínica de especialidade		
Pronto Socorro		
Equipe de Saúde da Família (PSF)		
INSTITUIÇÕES ESPECIALIZADAS	NÚMERO	OBSERVAÇÕES
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador		
Outra Instituição que trabalhe com a saúde do trabalhador (ex: núcleo/setor de assistência à saúde do trabalhador)		

APÊNDICE C - Instrumento de Investigação para as entrevistas
com os Trabalhadores da fronteira

**PROTEÇÃO SOCIAL NO MERCOSUL: A SAÚDE DOS
TRABALHADORES DE MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS DO
RIO GRANDE DO SUL**

PESQUISADORA:
ROSÂNGELA DA SILVA ALMEIDA

INST RUMENTO DE INVESTIGAÇÃO

TRABALHADORES DA REGIÃO DE FRONTEIRA

Data da entrevista: ____/____/____	Registro n.º
Entrevistador: _____	

1. INFORMAÇÕES GERAIS DO TRABALHADOR

Nome: _____

Endereço:

Rua: _____

Num: _____ Ap: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Telefone: () _____

Inf. Adicional:

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Nacionalidade: _____

Município de nascimento: _____

Município de residência do trabalhador: _____

Município fronteiro com: _____

Escolaridade: _____

Estado civil:

() Casado () Solteiro () Sep. Judicialmente () Viúvo () Outro

Sexo: () Feminino () Masculino

Município de trabalho do trabalhador: _____

Profissão: _____

Qual sua renda mensal? (em salários mínimos)? R\$: _____,00

- (a) 1 salário mínimo
- (b) 2 salários mínimos
- (c) 3 salários mínimos
- (d) 4 salários mínimos
- (e) Mais de 4 salários mínimos

Tipo de empresa que trabalha: _____

Tempo de trabalho na região de fronteira: _____

Atividade exercida: _____

Local de trabalho: _____

Tem carteira assinada? () Sim () Não

Por quê?

1 - Em que o Sr. (a) trabalhou nos último 5 (cinco) anos?

2 - Fale um pouco sobre esses empregos? (Investigar como eram esses empregos. Que atividades realizavam? Sob que condições de trabalho?).

3. Conte como é realizado seu trabalho. (Investigar tudo que ele/ela fazia, desde a hora que entrava na empresa. Início, meio e fim do trabalho. Ver se tinha imprevistos, se ocorreu acidente de trabalho, etc.).

4. Como é sua jornada de trabalho? Faz horas extras? (ver hora de entrada e hora de saída, horas extras, períodos de descanso, hora para o almoço, etc.).

5. Identifica em seu trabalho, alguma atividade, como prejudicial a sua saúde? Qual? (investigar se tinha algo que poderia lesionar, contaminar o trabalhador, fazer mal à saúde. Ex: poeira, falta de ventilação, ambiente muito frio ou muito quente, sobrecarga de trabalho, etc.).

6. Como chegou até o SUS para o atendimento? Explícite o motivo da procura.

7. Em que local consultou a última vez?

8. Para dar seguimento ao tratamento o que é feito? Busca atendimento no SUS novamente? Como?

9. Conte como ocorreu o acidente de trabalho que teve? (Questionar como aconteceu o acidente. Por que aconteceu? Em que condições? Se estava sozinho? Se as ferramentas, equipamentos, automóveis estavam em boas condições?).

10. No que diz respeito a sua saúde, identifica alguma repercussão proveniente deste acidente? (são as seqüelas do acidente).

11. Tem conhecimento de algum acidente de trabalho ou adoecimento na ocupação que exerce? Fale um pouco sobre isso.

12 - Em sua opinião, o que faz uma pessoa ter saúde enquanto trabalha?

13. Como considera que esteja sua saúde no momento?

14. Já foi atendido por alguma instituição na cidade ou em regiões próximas, que trabalha com saúde do trabalhador?

15. Em sua opinião, como é a saúde dos trabalhadores na região de fronteira?

16. O que garante e o que impede que seja assegurada a saúde no trabalho na região de fronteira?

17. O que significa ter “direitos” no trabalho para você? (investigar que normas que ele/ela acredita que deveriam ser cumpridas no trabalho na perspectiva de um trabalho justo).

18. O (a) Sr. (a) já fez alguma coisa para exercitar/lutar pelo direito à saúde no seu trabalho? () Sim () Não

1. () Manifestação contra o patrão
2. () Participação em movimentos sociais
3. () Participação no Conselho de Saúde
4. () Participação em eventos que tratem da temática da saúde
5. () Participação da Associação de Moradores
6. () Recusa a executar certas atividades
7. () Falta ao trabalho
8. () Paradas ou greves
9. () Outros. Especifique a natureza: _____

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa:

**PROTEÇÃO SOCIAL NO MERCOSUL: A SAÚDE DOS TRABALHADORES DE
MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS DO RIO GRANDE DO SUL**

Você é convidado a participar desta pesquisa, que tem como finalidade investigar como ocorre a proteção social à saúde do trabalho nos municípios do Estado do Rio Grande do Sul fronteiriços com o Uruguai e Argentina. A entrevista será realizada pela doutoranda Rosângela da Silva Almeida, integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NEST) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), sob a orientação da Profa. Dra. Jussara Maria Rosa Mendes.

Sua contribuição se dará através da participação nas entrevistas individuais. Tal(is) entrevista(s) tem a intenção de conhecer sua opinião sobre o tema que será apresentado pelo pesquisador responsável.

Sua participação é voluntária. Você tem a liberdade de recusar a participar ou ainda, em qualquer fase da pesquisa, pode se recusar a continuar participando, sem qualquer prejuízo para você. As entrevistas serão gravadas e os dados serão utilizados para fins de análise e posterior tese de doutorado, bem como poderão ser usados para fins de publicação científica, ensino e encontros científicos.

Todas as informações coletadas nesta pesquisa são estritamente confidenciais, de forma que a sua identidade será preservada. Os relatos da entrevista serão identificados por código ou nomes fictícios, de forma que você não possa ser identificado/a.

Sempre que quiser você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa. Poderá entrar em contato com a pesquisadora através do e-mail: ro.almeida@terra.com.br ou pelos telefones (51) 3320-3500 R. 4115 NEST.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu interesse em participar da pesquisa.

Nome por extenso do entrevistado

Assinatura

Local e Data

Rosângela da Silva Almeida

ANEXOS

ANEXO A - Portaria nº 777/GM, de 28 de abril de 2004.

Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e considerando que a gravidade do quadro de saúde dos trabalhadores brasileiros está expressa, entre outros indicadores, pelos acidentes do trabalho e doenças relacionadas ao trabalho; Considerando que o art. 200, inciso II, da Constituição Federal, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, em seu art. 6º, atribui ao SUS a competência da atenção integral à Saúde do Trabalhador, envolvendo as ações de promoção, vigilância e assistência à saúde;

Considerando que a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), disposta na Portaria nº 1.679/GM, de 19 de setembro de 2002, é estratégia prioritária da Política Nacional de Saúde do Trabalhador no SUS;

Considerando a valorização da articulação intra-setorial na saúde, baseada na transversalidade das ações de atenção à Saúde do Trabalhador, nos distintos níveis de complexidade do SUS, com destaque para as interfaces com as Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária e Ambiental.

Considerando a necessidade da disponibilidade de informação consistente e ágil sobre a situação da produção, perfil dos trabalhadores e ocorrência de agravos relacionados ao trabalho para orientar as ações de saúde, a intervenção nos ambientes e condições de trabalho, subsidiando o controle social; e

Considerando a constatação de que essas informações estão dispersas, fragmentadas e pouco acessíveis, no âmbito do SUS,

R E S O L V E:

Art. 1º - Regulamentar a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador - acidentes e doenças relacionados ao trabalho – em rede de serviços sentinela específica.

§ 1º - São agravos de notificação compulsória, para efeitos desta portaria:

I - Acidente de Trabalho Fatal;

- II - Acidentes de Trabalho com Mutilações;
- III - Acidente com Exposição a Material Biológico;
- IV - Acidentes do Trabalho em Crianças e Adolescentes;
- V - Dermatoses Ocupacionais;
- VI - Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);
- VII - Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT);
- VIII - Pneumoconioses;
- IX - Perda Auditiva Induzida por Ruído – PAIR;
- X - Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho; e
- XI - Câncer Relacionado ao Trabalho.

§ 2º - O Instrumento de Notificação Compulsória é a Ficha de Notificação, a ser padronizada pelo Ministério da Saúde, segundo o fluxo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Art. 2º - Criar a Rede Sentinela de Notificação Compulsória de Acidentes e Doenças Relacionados ao Trabalho, enumerados no § 1º do artigo 1º, desta Portaria, constituída por:

- I - centros de Referência em Saúde do Trabalhador;
- II - hospitais de referência para o atendimento de urgência e emergência e ou atenção de média e alta complexidade, credenciados como sentinela; e
- III - serviços de atenção básica e de média complexidade credenciados como sentinelas, por critérios a serem definidos em instrumento próprio.

Art. 3º - Estabelecer que a rede sentinela será organizada a partir da porta de entrada no sistema de saúde, estruturada com base nas ações de acolhimento, notificação, atenção integral, envolvendo assistência e vigilância da saúde.

Parágrafo único. Os procedimentos técnicos de Vigilância em Saúde do Trabalhador deverão estar articulados com aqueles da vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica.

Art. 4º - Definir que a formação e qualificação dos trabalhadores do SUS, para a notificação dos agravos relacionados ao trabalho, na rede de cuidados progressivos do Sistema deverá estar em consonância com as diretrizes estabelecidas na Política de Educação Permanente para o SUS, prioritariamente, pactuada nos Pólos de Educação Permanente.

Art. 5º - Estabelecer que caberá à Secretaria de Atenção à Saúde e à Secretária de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, a definição dos mecanismos de operacionalização do disposto nesta Portaria.

Parágrafo único. A definição dessas diretrizes deverá ocorrer no prazo de até 60 (sessenta) dias, a contar da publicação desta Portaria.

Art. 6º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

ANEXO B - Portaria Interministerial nº 800, de 3 de maio de 2005

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 800, DE 3 DE MAIO DE 2005 - Publica o texto base da Minuta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho, laborada pelo Grupo de Trabalho instituída pela Portaria Interministerial nº 153, de 13 de fevereiro de 2004, prorrogada pela Portaria Interministerial nº 1009, de 17 de setembro de 2004, para consulta pública e estabelece o prazo de duzentos e dez dias para recebimento de contribuições ao texto base.

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 800, DE 3 DE MAIO DE 2005

OS MINISTROS DE ESTADO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, DA SAÚDE E DO TRABALHO E EMPREGO, no uso de suas atribuições, resolvem:

Art. 1º - Publicar o texto base da Minuta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho, laborada pelo Grupo de Trabalho instituída pela Portaria Interministerial nº 153, de 13 de fevereiro de 2004, prorrogada pela Portaria Interministerial nº 1009, de 17 de setembro de 2004, para consulta pública.

Art. 2º - Estabelecer o prazo de duzentos e dez dias para recebimento de contribuições ao texto base.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ROMERO JUCÁ

Ministro de Estado da Previdência Social

HUMBERTO COSTA

Ministro de Estado da Saúde

RICARDO BERZOINI

Ministro de Estado do Trabalho e Emprego

Sumário

I - APRESENTAÇÃO

II - INTRODUÇÃO

III - BASES LEGAIS

IV - PROPÓSITO

V - DIRETRIZES

VI - GESTÃO E ACOMPANHAMENTO

VII - FINANCIAMENTO

I - APRESENTAÇÃO

O presente documento apresenta os fundamentos de uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, a ser desenvolvida de modo articulado e cooperativo pelos Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde, com vistas a garantir que o trabalho, base da organização social e direito humano fundamental, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores e sem prejuízo para sua saúde, integridade física e mental. Para que o Estado cumpra seu papel na garantia dos direitos básicos de cidadania é necessário que a formulação e implementação das políticas e ações de governo sejam norteadas por abordagens transversais e intersetoriais. Nessa perspectiva, as ações de segurança e saúde do trabalhador exigem uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial capaz de contemplar a complexidade das relações produção-consumo-ambiente e saúde. Considerando os preceitos constitucionais do direito à saúde, à previdência social e ao trabalho e a necessidade de se estruturar a articulação intragovernamental em relação às questões de segurança e saúde do trabalhador, foi constituído o Grupo de Trabalho Interministerial MPS/MS/TEM, pela Portaria Interministerial No. 153, de 13 de fevereiro de 2004, com a atribuição de: a) reavaliar o papel, a composição e a duração do Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador - GEISAT (instituído pela Portaria Interministerial MT/MS/MPAS nº 7, de 25 de julho de 1997); b) analisar medidas e propor ações integradas e sinérgicas que contribuam para aprimorar as ações voltadas para a segurança e saúde do trabalhador; c) elaborar proposta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, observando as interfaces existentes e ações comuns entre os diversos

setores do Governo; d) analisar e propor ações de caráter intersetorial referentes ao exercício da garantia do direito à segurança e à saúde do trabalhador, assim como ações específicas da área que necessitem de implementação imediata pelos respectivos Ministérios, individual ou conjuntamente e; e) compartilhar os sistemas de informações referentes à segurança e saúde dos trabalhadores existentes em cada Ministério. De acordo com a metodologia de trabalho estabelecida, cada um dos Ministérios preparou um documento inicial contemplando os pontos básicos de sua proposta política para a área, como um subsídio ao GT, no processo de preparação da PNSST. Esta versão submetida para exame e discussão no Encontro Preparatório da III Conferência Nacional de Segurança e saúde do Trabalhador e colocada em consulta pública visando seu aperfeiçoamento, reflete o esforço de superação da fragmentação e superposição das ações desenvolvidas por essas áreas de governo.

II - INTRODUÇÃO

2. A abordagem integrada das inter-relações entre as questões de segurança e saúde do trabalhador, meio ambiente e o modelo de desenvolvimento adotado no país, traduzido pelo perfil de produção-consumo, representa na atualidade, um grande desafio para o Estado Brasileiro.
3. Tradicionalmente, no Brasil, as políticas de desenvolvimento têm se restringido aos aspectos econômicos e vêm sendo traçadas de maneira paralela ou pouco articuladas com as políticas sociais, cabendo a estas últimas arcarem com os ônus dos possíveis danos gerados sobre a saúde da população, dos trabalhadores em particular e a degradação ambiental. Para que o Estado cumpra seu papel para a garantia desses direitos, é mister a formulação e implementação de políticas e ações de governo transversais e intersetoriais.
4. Este documento propõe uma Política Nacional de Segurança e saúde do Trabalhador - PNSST buscando a superação da fragmentação, desarticulação e superposição, das ações implementadas pelos setores Trabalho, Previdência Social, Saúde e Meio Ambiente.
5. A PNSST define as diretrizes, responsabilidades institucionais e mecanismos de financiamento, gestão, acompanhamento e controle social, que deverão orientar os planos de trabalho e ações intra e intersetoriais.

6. A PNSST, além de estar diretamente relacionada com as políticas dos setores Trabalho, Previdência Social, Meio Ambiente e Saúde, apresenta interfaces com as políticas econômicas, de Indústria e Comércio, Agricultura, Ciência e Tecnologia, Educação e Justiça, em uma perspectiva intersetorial e de transversalidade.
7. Para fins desta Política são considerados trabalhadores todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia. Estão incluídos nesse grupo todos os indivíduos que trabalharam ou trabalham como: empregados assalariados; trabalhadores domésticos; avulsos; rurais; autônomos; temporários; servidores públicos; trabalhadores em cooperativas e empregadores, particularmente os proprietários de micro e pequenas unidades de produção e Serviços, entre outros. Também são considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas, participando de atividades econômicas na unidade domiciliar; o aprendiz ou estagiário e aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego.
8. Contexto atual.
9. No Brasil, a População Economicamente Ativa (PEA), segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (PNAD 2002), era de 82.902.480 pessoas, das quais 75.471.556 consideradas ocupadas. Destes, 41.755.449 eram empregados (22.903.311 com carteira assinada; 4.991.101 militares e estatutários e 13.861.037 sem carteira assinada ou sem declaração); 5.833.448 eram empregados domésticos (1.556.369 sem carteira assinada; 4.275.881 sem carteira assinada e 1.198 sem declaração); 17.224.328 eram trabalhadores por conta-própria; 3.317.084 eram empregadores; 3.006.860 eram trabalhadores na produção para próprio consumo e construção para próprio uso; e 4.334.387 eram trabalhadores não remunerados. Portanto, entre os 75.471.556 trabalhadores ocupados em 2002, apenas 22.903.311 (com carteira assinada) possuíam cobertura da legislação trabalhista e do Seguro de Acidentes do Trabalho - SAT.
10. Quadro 1 - Distribuição dos trabalhadores e situação no mercado de trabalho, Brasil, 2002

Dados populacionais e de mercado de trabalho

População Residente	171.667.536
Homens	83.720.199
Mulheres	87.947.337
População Economicamente Ativa*	82.902.480
Ocupados	75.471.556
Desocupados	7.430.924
População Ocupada*	75.471.556
Empregados	41.755.449
Com carteira	22.903.311
Militares e Estatutários	4.991.101
Outros (inclui sem declaração)	13.861.037
Trabalhadores domésticos	5.833.448
Com carteira	1.556.369
Sem carteira	4.275.881
Sem declaração	1.198
Conta-própria	17.224.328
Empregadores	3.317.084
Não remunerados	4.334.387
Trabalho na produção para próprio consumo e construção para próprio uso	3.006.860

Fonte PNAD 2002

* Com 16 anos ou mais

11. Observa-se grande diversidade da natureza dos vínculos e relações de trabalho e o crescimento do setor informal e do trabalho precário, acarretando baixa cobertura dos direitos previdenciários e trabalhistas para aos trabalhadores.
12. A distribuição dos trabalhadores, segundo o setor produtivo revela que das 75.471.556 pessoas consideradas ocupadas (PNAD-2002), 19,53% estão no setor Agrícola e Extrativista; 13,72 % no setor da Indústria de Transformação e 17,15% no setor de Comércio e Reparação.
13. No parque produtivo brasileiro observa-se a coexistência de processos de produção modernos, com adoção de tecnologias e métodos gerenciais sofisticados, ao lado e complementares a formas arcaicas, artesanais que utilizam técnicas obsoletas.
14. Essa diversidade e complexidade das condições e ambientes de trabalho dificultam o estabelecimento de prioridades e o desenvolvimento de alternativas de eliminação e controle dos riscos, incluindo a definição da forma de intervenção do Estado nos ambientes de trabalho w para atenção à saúde.

15. Perfil de morte e adoecimento relacionado ao trabalho 16. A saúde dos trabalhadores é condicionada por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos presentes nos processos de trabalho particulares.
17. De modo esquemático, pode-se dizer que o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores no Brasil, na atualidade, caracteriza-se pela coexistência de:
- agravos que têm relação com condições de trabalho específicas, como os acidentes de trabalho típicos e as “doenças profissionais”;
 - doenças que têm sua freqüência, surgimento ou gravidade modificados pelo trabalho, denominadas “doenças relacionados ao trabalho” e;
 - doenças comuns ao conjunto da população, que não guardam relação de causa com o trabalho, mas condicionam a saúde dos trabalhadores.
18. A escassez e inconsistência das informações sobre a real situação de saúde dos trabalhadores dificultam a definição de prioridades para as políticas públicas, o planejamento e implementação das ações de saúde do trabalhador, além de privar a sociedade de instrumentos importantes para a melhoria das condições de vida e trabalho.
19. As informações disponíveis referem-se, de modo geral, apenas aos trabalhadores empregados e cobertos pelo Seguro de Acidentes do Trabalho (SAT) da Previdência Social, que representam cerca de um terço da PEA.
20. No período de 1999 a 2003, a Previdência Social registrou 1.875.190 acidentes de trabalho, sendo 15.293 com óbitos e 72.020 com incapacidade permanente, média de 3.059 óbitos/ano, entre os trabalhadores formais (média de 22,9 milhões em 2002). O coeficiente médio de mortalidade, no período considerado, foi de 14,84 por 100.000 trabalhadores (MPS, 2003). A comparação deste coeficiente com o de outros países, tais como Finlândia 2,1 (2001); França de 4,4 (2000); Canadá 7,2 (2002) e Espanha 8,3 (2003) (Takala, 1999), demonstra que o risco de morrer por acidente de trabalho no Brasil é cerca de duas a cinco vezes maior.
21. No mesmo período mencionado, o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS concedeu 854.147 benefícios por incapacidade temporária ou permanente devido a acidentes do trabalho, ou seja, a média de 3.235 auxílios-doença e

aposentadorias por invalidez por dia útil. No mesmo período, foram registrados 105.514 casos de doenças relacionadas ao trabalho.

22. Apesar de elevados, estes números não refletem a realidade. Estudo epidemiológico de amostragem domiciliar realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista, na cidade de Botucatu - SP, com padrão de vida e índice de desenvolvimento humano - IDH superiores à média nacional, demonstrou a ocorrência de 4,1% de acidentes de trabalho na população, dos quais apenas 22,4% tiveram registro previdenciário, indicando que de cada 4 pessoas acidentadas no trabalho naquele município, 0,9 tiveram registro previdenciário. Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde - OMS, na América Latina, apenas 1% a 4% das doenças do trabalho são notificadas.
23. Cabe ressaltar que acidentes e doenças relacionados ao trabalho são agravos previsíveis e, portanto, evitáveis. Em 2003, segundo o Anuário Estatístico da Previdência Social, as lesões de punho e da mão representaram 34,20 % dos acidentes. O trabalho em máquinas e equipamentos obsoletos e inseguros são responsáveis por cerca de 25% dos acidentes do trabalho graves e incapacitantes registrados no país (Mendes, et al. 2003).
24. A adoção das novas tecnologias e métodos gerenciais nos processos de trabalho contribuem para modificar o perfil de saúde, adoecimento e sofrimento dos trabalhadores. Entre as doenças relacionadas ao trabalho mais frequentes estão as Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Ósteo-Musculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT); formas de adoecimento mal caracterizadas e sofrimento mental que convivem com as doenças profissionais clássicas, como a silicose, intoxicações por metais pesados e por agrotóxicos.
25. A elaboração e adoção da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (Lista A e Lista B) pelo Ministério da Saúde (Portaria MS N.º 1.339 de 18 de novembro de 1999), em cumprimento do Art. 6º, §3º, inciso VII, da Lei 8.080/90, representa um subsídio valioso para o diagnóstico, tratamento, vigilância e o estabelecimento da relação da doença com o trabalho e outras providências decorrentes. Na Lista, destinada a uso clínico e epidemiológico, estão relacionadas 198 entidades nosológicas (lista B) e agentes e situações de exposição ocupacional (lista A) codificados segundo a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). (Brasil/Ministério da Saúde, 2001).

26. A mesma Lista foi adotada pela Previdência Social para fins da caracterização dos acidentes do trabalho e procedimentos decorrentes, para fins do SAT, nos termos do Decreto N.º 3.048, de maio de 1999.
27. Entre os problemas de saúde relacionados ao trabalho deve ser ressaltado o aumento das agressões e episódios de violência contra o trabalhador no seu local de trabalho, traduzida pelos acidentes e doenças do trabalho; violência decorrente de relações de trabalho deterioradas, como no trabalho escravo e envolvendo crianças; a violência ligada às relações de gênero e o assédio moral, caracterizada pelas agressões entre pares, chefias e subordinados.
28. A degradação ambiental, originada nos processos de produção, armazenagem, expedição, distribuição e comercialização é responsável pela poluição do ar, do solo, das águas superficiais e subterrâneas e produz riscos e danos à saúde dos trabalhadores, da população do entorno e para o equilíbrio ecológico.
29. O atual sistema de segurança e saúde do trabalhador carece de mecanismos que incentivem medidas de prevenção, responsabilizem os empregadores, propiciem o efetivo reconhecimento dos direitos do segurado, diminuam a existência de conflitos institucionais, tarifem de maneira mais adequada as empresas e possibilite um melhor gerenciamento dos fatores de riscos ocupacionais.
30. Em 2003, os gastos da Previdência Social com pagamento de benefícios acidentários e aposentadoria especial (concedida em face de exposição a agentes prejudiciais à saúde ou integridade física, com redução no tempo de contribuição) totalizaram cerca de 8,2 bilhões de reais. Entretanto, os valores são estimados e se referem apenas ao setor formal de trabalho.
31. Segundo Pastore (1998), para cada real gasto com o pagamento de benefícios previdenciários, a sociedade paga quatro reais, incluindo gastos com saúde, horas de trabalho perdidas, reabilitação profissional, custos administrativos etc. Esse cálculo eleva a um custo total para o país de aproximadamente 33 bilhões de reais por ano.
32. Apesar do SUS ser responsável por grande parte da assistência médica, hospitalar e ambulatorial às vítimas de agravos relacionados ao trabalho, na rede pública de saúde, não estão disponíveis informações sobre os custos. A ausência de dados consistentes dificulta a identificação e o dimensionamento de fontes de custeio socialmente justas para as ações em SST.

33. O número de dias de trabalho perdidos em razão dos acidentes aumenta o custo da mão de obra no Brasil, encarecendo a produção e reduzindo a competitividade do país no mercado externo. Estima-se que o tempo de trabalho perdido anualmente devido aos acidentes de trabalho seja de 106 milhões de dias, apenas no mercado formal, considerando-se os períodos de afastamento de cada trabalhador.

34. III - BASES LEGAIS

35. A Constituição Federal (CF) de 1988 estabelece a competência da União para cuidar da segurança e da saúde do trabalhador por meio das ações desenvolvidas pelos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e da Saúde, atribuições regulamentadas na Consolidação das Leis do Trabalho (Capítulo V, do Título II, Lei n. 6.229/75), na Lei n. 8.212/91 e 8.213/91, que dispõe sobre a organização da seguridade social e institui planos de custeio e planos de benefícios da previdência social e na lei Orgânica da Saúde, Lei No. 8080/90.

36. O texto constitucional define os poderes da União, estabelecendo, também, os poderes remanescentes dos Estados e dos Municípios. A União organiza, mantém e executa a inspeção do trabalho, com exclusividade (artigo 21, XXIV) e legisla, privativamente, sobre direito do trabalho (art. 22, I). A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios cuidam da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência (art. 23, II). A União, os Estados e o Distrito Federal legislam concorrentemente sobre previdência social, proteção e defesa da saúde (art. 24, XII).

37. Os artigos 196 ao 200 da CF atribuem ao Sistema Único de Saúde as ações de Saúde do Trabalhador, por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, além de Serviços e ações que possam promover, proteger e recuperar a saúde.

38 - A Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8080/90) regulamenta os dispositivos constitucionais sobre a Saúde do Trabalhador. O artigo 6º, parágrafo 3º estabelece: “entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos

trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos Serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores”.

39. O direito dos trabalhadores à redução dos riscos para a saúde presentes no trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança está inscrito no artigo 7º - da CF.
40. A CF define a prerrogativa exclusiva da União para legislar sobre o Direito do Trabalho e a obrigação de organizar, manter e executar a inspeção do trabalho.

41. Estão incluídas no campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS (art 200), nos distintos níveis: a) - a execução de ações de saúde do trabalhador; b) a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.
42. A competência privativa da União para legislar sobre Direito do Trabalho não se sobrepõe nem entra em conflito com a competência dos Estados e dos Municípios em editar, de forma suplementar, normas de proteção e defesa da saúde, em especial do trabalhador, por se situarem em campos distintos, autônomos, ainda que conexos pelo bem jurídico que se pretende proteger.
43. Os trabalhadores têm o direito ao trabalho em condições seguras e saudáveis não condicionado à existência de vínculo trabalhista, ao caráter e natureza do trabalho.
44. É nesse sentido que se insere o esforço de definição de uma política de governo, que articule as competências e normas no âmbito do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde, às quais se juntaram, mais recentemente, as ações do Ministério de Meio Ambiente, devendo ser ampliada para todos setores e esferas de Governo.
45. IV - PROPÓSITO
46. A presente Política tem por finalidade a promoção da melhoria da qualidade de vida e da saúde do trabalhador, mediante a articulação e integração, de forma contínua, das ações de Governo no campo das relações de produção-consumo, ambiente e saúde.
47. V - DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS
48. As diretrizes aqui definidas expressam um conjunto de objetivos comuns priorizados e explicitam as respectivas estratégias fundamentais para sua operacionalização. As diretrizes e estratégias implicarão o desencadeamento das ações que, consubstanciadas em um Plano de Trabalho, serão instrumentos de execução da Política.
49. I - Ampliação das ações de SST, visando a inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema de promoção e proteção da saúde.

50. Estratégia

51. Elaboração e aprovação de dispositivos legais que garantam a extensão dos direitos à segurança e saúde do trabalhador para aqueles segmentos atualmente excluídos.
52. II - Harmonização das normas e articulação das ações de promoção, proteção e reparação da saúde do trabalhador.

53. Estratégias

54. Instituir um Plano Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, pactuado entre os diversos órgãos de Governo e da sociedade civil, atualizado periodicamente.
55. Normatizar, de forma interministerial, os assuntos referentes à Segurança e Saúde do Trabalhador, em matérias que requeiram ações integradas ou apresentem interfaces entre os diversos órgãos de governo;
56. Adotar regras comuns de Segurança e saúde do Trabalhador para todos os trabalhadores, observando o princípio da equidade;
57. Articular e integrar as ações de interdição nos locais de trabalho.
58. III - Precedência das ações de prevenção sobre as de reparação

59. Estratégias

60. Eliminar as políticas de monetização dos riscos;
61. Adequar os critérios de financiamento e concessão da aposentadoria especial;
62. Estabelecer política tributária que privilegie as empresas com menores índices de doenças e acidentes de trabalho e que invistam na melhoria das condições de trabalho
63. Criar de linhas de financiamento subsidiado para a melhoria das condições e ambientes de trabalho, incluindo máquinas, equipamentos e processos seguros, em especial para as pequenas e médias empresas;
64. Incluir requisitos de SST para outorga de financiamentos públicos e privados;

65. Incluir requisitos de SST nos processos de licitação dos órgãos da administração pública direta e indireta;
66. Instituir a obrigatoriedade de publicação de balanço de SST para as empresas, a exemplo do que já ocorre com os dados contábeis.
67. IV - Estruturação de Rede Integrada de Informações em Saúde do Trabalhador
68. Estratégias
69. Padronizar os conceitos e critérios quanto à concepção e caracterização de riscos e agravos à segurança e saúde dos trabalhadores relacionados aos processos de trabalho;
70. Compatibilizar os Sistemas e Bases de Dados, a serem compartilhados pelos Ministérios do Trabalho, Previdência Social, Meio Ambiente e Saúde;
71. Compatibilizar os instrumentos de coleta de dados e fluxos de informações.
72. Instituir a concepção do nexó epidemiológico presumido para acidentes e doenças relacionadas ao trabalho;
73. Atribuir ao SUS a competência de estabelecer o nexó etiológico dos acidentes e doenças relacionados ao trabalho e analisar possíveis questionamentos relacionados com o nexó epidemiológico presumido;
74. Incluir nos Sistemas e Bancos de Dados as informações contidas nos relatórios de intervenções e análises dos ambientes de trabalho, elaborados pelos órgãos de governo envolvidos nesta Política.
75. V - Reestruturação da Formação em Saúde do Trabalhador e em Segurança no Trabalho e incentivo a capacitação e educação continuada dos trabalhadores responsáveis pela operacionalização da PNSST
76. Estratégias
77. Estabelecer referências curriculares para a formação de profissionais em SST, de nível técnico e superior;

78. Incluir conhecimentos básicos em SST no currículo do ensino fundamental e médio da rede pública e privada, em especial nos cursos de formação profissional, assim como cursos para empreendedores;
79. Incluir disciplinas em SST, obedecendo aos interesses desta Política, no currículo de ensino superior, em especial nas carreiras de profissionais de saúde, engenharia e administração.
80. Desenvolver um amplo programa de capacitação dos profissionais, para o desenvolvimento das ações em segurança e saúde do trabalhador, abrangendo a promoção e vigilância da saúde, prevenção da doença, assistência e reabilitação, nos diversos espaços sociais onde essas ações ocorrem.
81. Os trabalhadores e representantes dos movimentos sociais responsáveis pelo controle dessas ações também devem estar incluídos nos processos de educação continuada.
82. VI - Promoção de Agenda Integrada de Estudos e Pesquisas em Segurança e saúde do Trabalhador
83. Estratégias
84. Estimular a produção de estudos e pesquisas na área de interesse desta Política;
85. Articular instituições de pesquisa e universidades para a execução de estudos e pesquisas em SST, integrando uma rede de colaboradores para o desenvolvimento técnico - científico na área;
86. Garantir recursos públicos para linhas de financiamento de pesquisa em segurança e saúde do trabalhador.
87. VI - GESTÃO E ACOMPANHAMENTO
88. A gestão da PNSST será conduzida pelo Grupo Executivo Interministerial de Segurança e Saúde do Trabalhador - GEISAT, integrado, no mínimo, por representantes do MTE, MS e MPS.
89. Caberá ao GEISAT elaborar o Plano de Ação de Segurança e Saúde do Trabalhador, assim como coordenar a implementação de suas ações.

90. A partir das deliberações do GEISAT, serão constituídos Grupos Executivos Intersetoriais Regionais de Segurança e Saúde do Trabalhador, com a atribuição de coordenar as ações de Segurança e Saúde do Trabalhador, em suas respectivas áreas de abrangência.
91. Os integrantes do GEISAT serão designados por portaria interministerial, dentre os ocupantes de cargos em comissão na esfera federal.
92. O funcionamento do GEISAT será estabelecido em Regimento Interno, estabelecendo,entre outros aspectos:
 - coordenação rotativa, com mandato de um ano;
 - definição de periodicidade das reuniões;
 - estrutura de apoio a cargo do órgão em exercício da coordenação.
93. A formulação de Normas e Regulamentos, na área de SST, seguirá as metodologias próprias de cada unidade, e serão levadas ao GEISAT, para a informação e discussão de possíveis conflitos de interesses ou superposição de áreas, antes de sua publicação;
94. Caberá ao GEISAT propor a revisão periódica desta Política e estabelecer os mecanismos de validação e controle social.
95. Responsabilidades Institucionais
96. Os setores de governo envolvidos na implementação e execução desta Política, respeitados os respectivos âmbitos de competências, serão responsáveis pelo desenvolvimento das atribuições abaixo discriminadas.
97. Ministério do Trabalho e Emprego
98. a) formular e implementar as diretrizes e normas de atuação da área de segurança e saúde no trabalho;
99. d) planejar, coordenar e orientar a execução do Programa de Alimentação do Trabalhador e da Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho;
100. c) planejar, supervisionar, orientar, coordenar e controlar as ações e atividades de inspeção do trabalho na área de segurança e saúde;
101. d) orientar e controlar a execução das atividades relacionadas com a inspeção do trabalho, no âmbito das Delegacias Regionais do Trabalho, incluindo as ações de mediação e arbitragem e fiscalização dos Acordos e Convenções Coletivas;
102. e) garantir e coordenar as atividades da Comissão Tripartite Paritária Permanente - CTPP;

103. f) elaborar e revisar as Normas Regulamentadoras.
104. Fundacentro/MTE
105. a) desenvolver pesquisas relacionadas com a promoção das melhorias das condições de trabalho;
106. c) produzir e difundir conhecimentos técnicos científicos, em SST;
107. d) desenvolver atividades de educação e treinamento em SST;
108. e) subsidiar a elaboração e revisão das Normas Regulamentadoras;
109. f) avaliar as atividades de modo a dimensionar o impacto das ações desenvolvidas, permitindo sua re-orientação.
110. Ministério da Previdência Social
111. a) fiscalizar e inspecionar os ambientes do trabalho, com vistas à concessão e manutenção de benefícios por incapacidade; à fidedignidade das informações declaradas aos bancos de dados da Previdência Social; e à arrecadação e cobrança das contribuições sociais decorrentes dos riscos ambientais presentes no ambiente de trabalho;
112. b) avaliar a incapacidade laborativa para fins de concessão de benefícios previdenciários;
113. c) avaliar, em conjunto com o SUS, a relação entre as condições de trabalho e os agravos à saúde dos trabalhadores;
114. d) Implementar uma política tributária que privilegie as empresas com menores índices de doenças e acidentes de trabalho;
115. e) Implementar a adoção do nexo epidemiológico presumido para a caracterização dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.
116. Ministério da Saúde, enquanto gestor nacional do SUS
117. a) Coordenar, no âmbito do SUS, as ações decorrentes desta Política e assessorar as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na sua execução.
118. b) Apoiar o funcionamento da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador do Conselho Nacional de Saúde (CIST).
119. c) Definir mecanismos de financiamento das ações em saúde do trabalhador no âmbito do SUS.

120. d) Implantar e acompanhar a implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST, como estratégia privilegiada para as ações previstas nesta Política.
121. e) definir, em conjunto com estados e municípios, normas, parâmetros e indicadores para o acompanhamento das ações de saúde do trabalhador a serem desenvolvidas no SUS, segundo os respectivos níveis de complexidade destas ações.
122. f) prestar cooperação técnica aos estados e municípios na implementação das ações decorrentes desta Política.
123. g) facilitar a incorporação das ações e procedimentos de saúde do trabalhador nos procedimentos de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental.
124. h) promover a incorporação das ações de atenção à saúde do trabalhador na rede de Serviços de saúde, organizada por níveis de complexidade crescente, na atenção básica, Serviços de urgência e emergência, na média e alta complexidade.
125. i) organizar e apoiar a operacionalização da rede de informações em saúde do trabalhador no âmbito do SUS.
126. j) promover a revisão periódica da listagem oficial de doenças relacionadas ao trabalho no território nacional.
127. l) fomentar a notificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho considerados como de notificação de interesse da Saúde Pública.
128. m) definir e promover a implementação de estratégias voltadas à formação e à capacitação de recursos humanos do SUS nesta área.
129. n) implementar a rede de laboratórios de toxicologia e avaliação ambiental.
130. Papel da sociedade civil organizada
131. A sociedade civil organizada deverá exercer o papel de controle social, participando de todas as etapas e espaços consultivos e deliberativos relativos a implementação desta Política.
132. VII - FINANCIAMENTO
133. A área da segurança e saúde do trabalhador deve ser contemplada, de modo adequado e permanente no orçamento da União, mediante programa específico do PPA.

134. Aos recursos da União serão adicionados recursos originários de tributação específica, respeitado o princípio: “quem gera o risco deve ser responsável pelo seu controle e pela reparação dos danos causados”.
135. Deverá ser criado um fundo de controle público, específico para o financiamento do desenvolvimento de tecnologias seguras e de ações de melhoria das condições dos ambientes de trabalho.
136. Será estabelecido um programa específico, no âmbito do PPA, para o gerenciamento das ações intersetoriais.

5 - VII Bibliografia

ATLAS - Brasil - Ministério do Trabalho/Portaria 3214 de 08 de junho de 1978). Aprova as Normas Regulamentadoras -NR - do Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. in: ATLAS Manual de Legislação. 44 ed. São Paulo, 2004. Augusto, L.G.S; Augusto, G.S.A & Freitas, C. M. O Princípio da Precaução no uso de indicadores de riscos químicos ambientais em Saúde do Trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3(2):85-95, 1998. Binder, MCP e Cordeiro. R. Sub-registro de Acidentes do Trabalho em Botucatu, SO, 1997. *Rev.. Saúde Pública* 2003; 37 (4): 409-16. Braga Jr. D. Elementos para implementação de uma Política Nacional de Saúde para os Trabalhadores. Brasília. 2003. (mimeo) Brasil/Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988. DOU no. 191-A de 5 de outubro de 1988. Brasil/Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador (CIMST). Relatório Final, Brasília, CIMST, 1993, 88 p. Brasil/Ministério da Previdência Social. Relatório Final do Grupo de Trabalho Interministerial sobre Acidente do Trabalho e Saúde do Trabalhador. Brasília, MPS-GTIAT, 1993, 56 p. (mimeo). Brasil/Ministério da Saúde. Portaria GM/MS No. 3.908 de 30 de outubro de 1998 - dispõe sobre a Norma Operacional em Saúde do Trabalhador (NOST). Brasil/Ministério da Saúde. Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (Portaria No. 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999). [Série F Comunicação e Educação em Saúde, no. 19] Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2001. 138 p. Brasil/Ministério da Saúde. Portaria GM/MS No. 1.679 de 20 de setembro de 2002. Institui a Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST). Brasil/Ministério da Saúde. Portaria GM/MS No. 777 de 28 de Abril de 2004 - dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de

agravos à saúde do trabalhador em rede de Serviços sentinela específica do Sistema Único de Saúde - SUS . Brasil/Portaria Interministerial - Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério da Previdência Social No. 777 de 28 de Abril de 2004 - convoca a 3a. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Dias, E. C. & Melo, E.M. Políticas Públicas em Saúde e Segurança no Trabalho. in: ILO. Encyclopaedia of Occupational Health and Safety. 4th ed. Genève. ILO, 1998. ILO. Marco de Promoción en el ámbito de la seguridad y la salud en el trabajo. Doc. Conferencia Internacional del Trabajo, 93a. Reunión, 2005. [Informe IV]. extraído do site: www.oit.org. em agosto de 2004. Mendes, R. et al. Máquinas e Acidentes de Trabalho. Brasília: MTE/SIT;MPAS, 2001. 86 p. [Coleção Previdência Social;v. 13] Organização Internacional do Trabalho (OIT) Diretrizes sobre Sistemas de Gestão de Segurança e Saúde no Trabalho - Programa de Saúde no Trabalho. Genebra-Brasília, 2002. Organização Pan Americana de Saúde- OPS/OMS. Relatoría Taller Estrategia de Promoción de la Salud en los lugares de trabajo de America Latina y El Caribe. San José, Costa Rica. OPS/OMS. Marzo 2000 Pérez, M.A G. Acidentes de Trabalho graves e mutilantes em adolescentes atendidos nos Serviços de saúde em Campinas, SP. Comunicação pessoal. 2004. Santos, L. Saúde do Trabalhador: Conflito de competência, União, Estados e Municípios. Interface Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social. Brasília, MS/OPAS. 2001. Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, Serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 72

ANEXO C - Portaria nº 325, de 21 de fevereiro de 2008

Diário Oficial da União - Seção

**Nº 36, sexta-feira, 22 de fevereiro de 2008 1 ISSN 1677-7042 37****PORTARIA Nº 325, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2008**

Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições previstas no inciso II, do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e Considerando que as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, instituídas na Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, estabelecem nova orientação para o processo de gestão do SUS; Considerando o item II, do art. 14, da Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que institui que o monitoramento do Pacto pela Saúde deve ser orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o Termo de Compromisso de Gestão; Considerando a Portaria nº 91/GM, de 10 de janeiro de 2007, que regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por Municípios, Estados e Distrito Federal; Considerando a revisão das prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida e os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde. Considerando a necessidade de estabelecer os fluxos e rotinas do processo unificado de pactuação dos indicadores do Pacto pela Saúde para o ano de 2008;

R E S O L V E:

Art. 1º Estabelecer as seguintes prioridades do Pacto pela Vida para o ano de 2008:

- I - atenção à saúde do idoso;
- II - controle do câncer de colo de útero e de mama;
- III - redução da mortalidade infantil e materna;
- IV - fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e aids;

- V - promoção da saúde;
- VI - fortalecimento da atenção básica;
- VII - saúde do trabalhador;
- VIII - saúde mental;
- IX - fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;
- X - atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e
- XI - saúde do homem.

Art. 2º Publicar o Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, constante no Anexo a esta Portaria.

Art. 3º Estabelecer as seguintes orientações e, excepcionalmente para o ano de 2008, prazos para pactuação unificada das metas dos indicadores do Pacto pela Saúde entre União, Distrito Federal e Estados:

I - a formalização do processo de negociação e pactuação das metas será realizada no aplicativo SISPACTO, cujas orientações de uso estão disponíveis em manual operativo no endereço eletrônico: www.saude.gov.br/sispacto;

II - o Ministério da Saúde proporá, a partir da publicação desta Portaria, metas dos indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, para cada Estado;

III - as Secretarias Estaduais de Saúde, mediante pactuação bipartite, devem manifestar-se formalmente ao Ministério da Saúde sobre as metas propostas e este deve se posicionar formalmente frente às manifestações até 21 março de 2008; e

IV - as metas estaduais e do Distrito Federal serão encaminhadas à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para homologação na reunião ordinária de abril de 2008.

Art. 4º Estabelecer o prazo de 30 de maio de 2008 para pactuação unificada das metas dos indicadores do Pacto pela Saúde entre Estados e Municípios no ano de 2008.

Art. 5º As metas estaduais e municipais devem ser pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Art. 6º As metas pactuadas pelos Municípios, Estados, Distrito Federal e União deverão ser aprovadas nos respectivos Conselhos de Saúde.

Art. 7º O processo de pactuação unificada dos indicadores deve ser orientado pelas seguintes diretrizes:

- I - ser articulado com o Plano de Saúde e sua Programação Anual, promovendo a participação das várias áreas técnicas envolvidas no Pacto pela Saúde;
- II - guardar coerência com os pactos firmados nos Termos de Compromisso de Gestão;
- III - ser precedido da análise do Relatório de Gestão do ano anterior, identificando as atividades desenvolvidas e as dificuldades relacionadas à sua implantação;
- IV - ser fundamentado pela análise da situação de saúde, com a identificação de prioridades de importância sanitária loco-regional e a avaliação dos indicadores e metas pactuados em 2007; e
- V - desenvolver ações de apoio e cooperação técnica entre os entes para qualificação do processo de gestão.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

[...]

VII. Saúde do Trabalhador

i. Ampliar a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST, articulada entre o Ministério e os 50 novos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador implantados.

36. Número de CEREST implantados.

Número absoluto de CEREST. CNES P X X X - Saúde, as Secretárias Estaduais e Municipais, a partir da revisão da Portaria nº 2.437/GM, de 7 de dezembro de 2005.

ii. Apoiar Estados e Municípios na capacitação de profissionais em Saúde do Trabalhador. 960 profissionais de saúde em processo de formação na área de Saúde do Trabalhador .

37. Número profissionais de saúde matriculados.

Número absoluto de profissionais. Matrículas efetivas registradas pelo Sistema ViasK da EAD/ENSP.

C X X X X

FRANCISCO TEIXEIRA DA SILVA TELLES

[...]

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)