

A CONSTRUÇÃO DA
DESPROTEÇÃO SOCIAL NO

MERCOSUL

UM ESTUDO DE CASO SOBRE
A SAÚDE DOS TRABALHADORES
EM REGIÃO FRONTEIRIÇA
DO RIO GRANDE DO SUL

ROSÂNGELA DA SILVA ALMEIDA



**A CONSTRUÇÃO DA DESPROTEÇÃO SOCIAL NO MERCOSUL:
UM ESTUDO DE CASO SOBRE A SAÚDE DOS TRABALHADORES
EM REGIÃO FRONTEIRIÇA DO RIO GRANDE DO SUL**



Reitor
Vilmar Thomé
Vice-Reitor
Eltor Breunig
Pró-Reitora de Graduação
Carmen Lúcia de Lima Helfer
Pró-Reitor de Pesquisa
e Pós-Graduação
Rogério Leandro Lima da Silveira
Pró-Reitor de Administração
Jaime Laufer
Pró-Reitor de Planejamento
e Desenvolvimento Institucional
João Pedro Schmidt
Pró-Reitora de Extensão
e Relações Comunitárias
Ana Luiza Texeira de Menezes

EDITORA DA UNISC

Editora
Helga Haas

COMISSÃO EDITORIAL

Helga Haas - Presidente
Rogério Leandro Lima da Silveira
Cristina Luisa Eick
Eunice Terezinha Piazza Gai
José Martinho Rodrigues Remedi
Ricardo Hermany
Sérgio Schaefer
Wolmar Alípio Severo Filho



Avenida Independência, 2293
Fones: (51) 3717-7461 e 3717-7462 - Fax: (051) 3717-7402
96815-900 - Santa Cruz do Sul - RS
E-mail: editora@unisc.br - www.unisc.br/edunisc

Rosângela da Silva Almeida

**A CONSTRUÇÃO DA DESPROTEÇÃO SOCIAL NO MERCOSUL:
UM ESTUDO DE CASO SOBRE A SAÚDE DOS TRABALHADORES
EM REGIÃO FRONTEIRIÇA DO RIO GRANDE DO SUL**

Santa Cruz do Sul
EDUNISC
2012

© Copyright: Da autora
1ª edição 2012

Direitos reservados desta edição:
Universidade de Santa Cruz do Sul

Editoração: Clarice Agnes, Julio Cezar Souza de Mello
Capa: Denis Ricardo Puhl (*Assessoria de Comunicação e Marketing*)

A447c

Almeida, Rosângela da Silva

A construção da desproteção social no Mercosul [recurso eletrônico]:
um estudo de caso sobre a saúde dos trabalhadores em região fronteiriça
do Rio Grande do Sul / Rosângela da Silva Almeida. – Santa Cruz do Sul:
EDUNISC, 2012.

Dados eletrônicos.

Texto eletrônico.

Modo de acesso: World Wide Web: <www.unisc.br/edunisc>

ISBN 978-85-7578-350-4

1. Saúde do trabalhador – Aspectos sociais – Países do MERCOSUL.
2. Trabalhadores – Aspectos da saúde – Países do MERCOSUL. 3. Direito
à saúde - Países do MERCOSUL. I. Título.

CDD: 363.11

Bibliotecária responsável: Luciana Mota Abrão - CRB 10/2053

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| PREFÁCIO | 7 |
| 1 INTRODUÇÃO..... | 8 |
| 2. PROCESSO DE INTEGRAÇÃO E MERCOSUL..... | 11 |
| 2.1 Ausência da dimensão social na agenda política do MERCOSUL | 16 |
| 2.2 O Direito à saúde e o MERCOSUL..... | 19 |
| 2.3 A saúde no contexto do MERCOSUL..... | 21 |
| 3 COMPREENDENDO AS ASSIMETRIAS: OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DE QUEM TRABALHA EM PAÍSES DO MERCOSUL..... | 29 |
| 3.1 Saúde e trabalho na Argentina..... | 29 |
| 3.2 Saúde e trabalho no Uruguai | 31 |
| 3.3 A saúde do trabalhador no Brasil..... | 33 |
| 3.3.1 A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS..... | 38 |
| 3.3.2 A implantação da política de atenção à saúde do trabalhador no Estado do Rio Grande do Sul/Brasil..... | 44 |
| 3.3.3 A saúde do trabalhador e o Pacto pela Saúde | 47 |
| 4. A CONSTRUÇÃO DA DESPROTEÇÃO SOCIAL DA SAÚDE DO TRABALHADOR, NA REGIÃO DE FRONTEIRA DO RS COM ARGENTINA E URUGUAI | 50 |
| 4.1 Contextualizando o cenário | 50 |
| 4.2 A fronteira de estudo | 51 |
| 4.3 Informações sobre as unidades administrativas regionais e seus municípios ... | 52 |
| 4.3.1 Província da Argentina..... | 52 |
| 4.3.2 Departamentos do Uruguai | 53 |
| 4.4 A saúde do trabalhador nos municípios do Estado do Rio Grande do Sul fronteiriços com a Argentina e o Uruguai..... | 55 |
| 4.4.1 Dados sobre acidentes de trabalho da região de estudo | 55 |
| 4.4.2 Aproximando-se um pouco mais: a coleta de evidências..... | 56 |
| 4.4.2.1 Perfil dos entrevistados da primeira etapa da pesquisa empírica | 58 |
| 4.4.2.2 Identificação da concepção de direito e saúde do trabalhador | 59 |
| 4.4.2.3 Determinantes e condicionantes que interferem na saúde do trabalhador .. | 61 |
| 4.4.2.4 O território como limite ao direito à saúde | 62 |
| 4.4.2.5 Acordos não oficiais: iniciativas na saúde relacionadas às questões de fronteira | 64 |
| 4.4.2.6 Aparato legal, políticas, e programas acionados para operacionalizar a atenção em saúde do trabalhador | 66 |



| | |
|---|-----|
| 4.4.2.7 Demandas do Setor de Saúde do Trabalhador para os Serviços de saúde locais..... | 66 |
| 4.5 Santana do Livramento e Uruguaiana: em cena o trabalhador..... | 72 |
| 4.5.1 A cidade de Santana do Livramento | 72 |
| 4.5.1.2 Sua cidade gêmea no Uruguai: Rivera | 73 |
| 4.5.2 A cidade de Uruguaiana | 73 |
| 4.5.2.1 Sua cidade de linha de fronteira: Paso de los Libres | 74 |
| 4.6 Entrevistas com os profissionais do setor de saúde | 75 |
| 4.6.1 Eixos de Análise..... | 76 |
| 4.6.1.1 O perfil dos profissionais do Setor de Saúde entrevistados na segunda etapa da pesquisa empírica | 76 |
| 4.6.1.2 Princípios norteadores da concepção de direito e de saúde do trabalhador desses profissionais..... | 76 |
| 4.6.1.3 Demandas do Setor de Saúde do Trabalhador | 77 |
| 4.6.1.4 O que acontece com os trabalhadores que adoecem e/ou se acidentam mas não chegam aos Serviços | 83 |
| 4.6.1.5 Acordos: iniciativas na saúde relacionadas às questões de fronteira..... | 83 |
| 4.7 entrevistas com os trabalhadores | 84 |
| 4.7.1 O processo de seleção..... | 84 |
| 4.7.2 Eixos de análise | 85 |
| 4.7.2.1 Perfil dos trabalhadores..... | 85 |
| 4.7.2.2 Condições de execução do trabalho | 87 |
| 4.7.3 Princípios norteadores da concepção de direito no trabalho dos trabalhadores da região de fronteira | 91 |
| 4.7.4 A falta de estratégias de resistência dos trabalhadores | 93 |
| | |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 97 |
| | |
| REFERÊNCIAS..... | 101 |



PREFÁCIO

Honrada com o convite para prefaciар este livro intitulado “A construção da desproteção social no MERCOSUL: um estudo de caso sobre a saúde dos trabalhadores em região fronteiriça do Rio Grande do Sul”, produto da tese de doutorado de Rosângela da Silva Almeida, quero inicialmente registrar meu orgulho e satisfação por ter acompanhado seu processo de formação no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUCRS e junto ao Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho – NEST. Esta publicação traz significativa contribuição e fomento para os debates que vêm ocorrendo nos países do MERCOSUL sobre o direito à saúde, a saúde do trabalhador e a garantia da Proteção Social. Tais debates também alimentam o cotidiano de trabalho da equipe de pesquisadores, docentes e discentes que formam o NEST, projeto coletivo que reúne esforços e expressiva dedicação de toda a equipe. Com esta perspectiva desenvolvem-se estudos e articulações com o Ministério da Saúde sobre a Saúde do Trabalhador e os sistemas de Proteção Social dos países que compõem o MERCOSUL.

As assimetrias no sistema de proteção social é um dos fatores que têm dificultado desde a análise de cobertura da proteção social, como também o estabelecimento de pontos comuns para a formatação de uma agenda integrada para a saúde, no âmbito do MERCOSUL. As diferenças e as dificuldades no acesso as informações referentes à cobertura de proteção social e aos acidentes de trabalho, que se reportam unicamente ao mercado formal, são reveladoras da ausência de uma política integrada que dê conta das condições de saúde e proteção social da população destes países. Em um cenário cada vez mais globalizado, fronteiras políticas, econômicas, sociais e culturais se transfiguram, surgindo novas, diferentes e complexas relações entre Estados e cidadãos. A integração regional do Cone Sul, apesar de sua raiz histórica similar, não tem alcançado uma integração política, econômica e social plena. Para além dos limites nacionais, o que se vislumbra é a superação das disparidades que existem nas cidades brasileiras e estrangeiras de fronteira nas diretrizes, no ordenamento da saúde do trabalhador e no dia-a-dia de trabalho.

Portanto, investigar a Saúde do trabalhador e o Sistema de Proteção Social exige compreender as múltiplas dimensões sociais, políticas, econômicas, regionais que conformam a saúde e o trabalho na atualidade. Ressalta-se ainda o complexo contexto que se conforma nas regiões fronteiriças, a particularidade da fronteira Brasil, Uruguai e Argentina constitutiva da realidade do MERCOSUL que materializa e revela as necessidades produzidas por esse cenário e as contingências históricas do sistema capitalista.

Portanto, tem-se uma produção relevante para a área de Saúde do Trabalhador com instigantes contribuições para a atualização de urgentes e necessárias reflexões a todos que se dedicam ao estudo e à intervenção no campo das relações trabalho, saúde e doença dos trabalhadores.

Jussara Maria Rosa Mendes

Doutora em Serviço Social, professora Adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NEST). Foi coordenadora do Centro Colaborador em Saúde do Trabalhador do Mercosul (COLSAT-Mercosul) e Presidente da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) – Gestão-2003-2004.



1 INTRODUÇÃO

Neste caminho de construção acadêmica, em cada passo dado, em cada decisão tomada, nunca estive só, mas em meio a uma dedicada e respeitada equipe de pesquisadores, docentes e discentes que formam o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho - NEST, que vem desenvolvendo estudos sobre a Saúde do Trabalhador e os sistemas de Proteção Social dos países que compõem o MERCOSUL. Nessa perspectiva, este livro apresenta os resultados da pesquisa Intitulada: Proteção Social no Mercosul: um estudo de caso sobre a saúde dos trabalhadores em Região fronteiriça do Rio Grande do Sul, atrelada ao Centro Colaborador em Saúde do Trabalhador do Mercosul (COLSAT-Mercosul) e ao NEST. É fruto da tese de doutorado da autora e 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. Tendo como 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.

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 e a garantia de proteção social. Relevam-se dois extremos inter-relacionados: um, que representa as iniciativas integracionistas ocorridas na América Latina, atreladas ao processo de globalização; outro, que representa o asseguramento ou garantia à seguridade e políticas sociais.

Percebe-se que 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 a 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.

Nessa perspectiva, esta pesquisa tratou de um estudo qualitativo, de corte transversal, que proporcionou a aproximação com a realidade da saúde do trabalhador da região de fronteira do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil com a Argentina e o Uruguai. Teve como problema de pesquisa responder à pergunta:

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?

E como 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.

Realizou-se o Diagnóstico Situacional¹ da região de fronteira do Estado do Rio Grande do Sul/BR com a Argentina e o Uruguai. Das vinte e nove cidades do Estado do Rio Grande do Sul que fazem fronteira com esses países, 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.

Dessa forma, foram selecionadas, para a pesquisa, as seguintes cidades gaúchas: São Borja (Santo Tomé/Argentina), Itaqui (Alvear/Argentina), Barra do Quaraí (Bella Unión/Uruguai; Monte Caseros/Argentina), Quaraí (Artigas/Uruguai), Dom Pedrito (Rivera/Uruguai), Bagé (Vichadero/Uruguai), Aceguá (Aceguá/Uruguai), Herval do Sul (Melo/Uruguai), Jaguarão (Rio Branco/Uruguai), Uruguiana (Rivera/Uruguai) e Santana do Livramento (Paso de los Libres/Argentina).

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, as etapas da pesquisa foram assim desenvolvidas:

1ª Em um primeiro momento, realizou-se, no ano de 2004, uma pesquisa bibliográfica nas fontes secundárias em bibliografia já tornada pública: publicações avulsas, revistas, livros, pesquisas, monografias, dissertações e teses, material fornecido em eventos, acordos bilaterais entre cidades fronteiriças, etc. sobre o Mercosul e saúde e saúde do trabalhador;

2ª Consistiu na primeira parte da pesquisa documental (efetivada em 2004) 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 Superintendência Regional do Trabalho e Emprego - SRT/RS, 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

1 Diagnóstico Situacional 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 socioeconômica e demográfica (MENDES et al., 2005).



SPSS (*Statistics Package for the Social-Sciences*) e disponibilizadas para a realização de estudos integrados entre o Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho – NEST e SRT/RS;

3ª Análise dos dados da primeira parte da pesquisa documental;

4ª Foi realizada a segunda parte da pesquisa documental (efetivada em 2004), tendo como documentos analisados: a Declaração Universal dos Direitos Humanos, o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, convênios e recomendações da Organização Internacional do trabalho (OIT) e os artigos das constituições federais e leis que se referem à saúde e trabalho dos três países;

5ª Análise dos dados da segunda parte da pesquisa documental;

6ª Compôs-se da primeira parte da coleta de dados empíricos, realizada em 2005. Salienta-se que das vinte e nove cidades do Estado do Rio Grande do Sul que fazem fronteira com a Argentina e o Uruguai, foram selecionadas nove para a realização da 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;

7ª Esta fase se formou pela realização da segunda parte da pesquisa empírica. A investigação foi feita em 2006, nas cidades de Uruguaiana e Santana do Livramento;

8ª Composta pela análise dos dados coletados (análise de conteúdo) das 6ª e 7ª etapas. Ocorreu no ano de 2007 e início de 2008.

Para tanto, a discussão do livro está assim distribuída: no primeiro item se faz o debate do movimento de integração na América Latina e a construção do Mercosul e a saúde neste bloco econômico. No capítulo seguinte, traz-se a compreensão das assimetrias sobre proteção social e saúde e trabalho nos três países do Mercosul.

Sob o título: *A construção da desproteção social da 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 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).

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 Europeia, 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).

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 quatro 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) 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 Sociolaboral 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 abordar 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. Isso gera uma tensão, uma vez que o processo de integração em decorrência tende a disputar continuamente a relação de cada país com outras referências, especialmente com os EUA e a União Europeia (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 Europeia. 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 Europeia. 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 Silva²).

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 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

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



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.³

2.1 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 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 prevalecente 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 Europeia 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 direitos 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.⁴

À livre circulação de bens se segue à de pessoas, à de Serviços e à de capitais e à de 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

3 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.

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



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 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, dos diplomas e dos níveis de escolaridade. O segundo sentido, mais forte, supõe a unificação *stricto senso* 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 Europeia 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.

Além disso, 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 diferenciadas e por objetivos distintos, fazendo com que a linha imaginária - a linha de fronteira - adquira conformações objetivas⁵.

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”.⁶

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.

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 da questão social e nos padrões de proteção social. São desafios à construção de uma integração desenhada pela população dos países, especialmente a 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,

5 Para maiores informações consultar: CETOLIN, 2006.

6 Matéria publicada no jornal brasileiro Zero Hora em 8 de ago. 2006, p. 29.



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 subcapítulo 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, incluindo o campo da saúde do trabalhador. 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 abordar a saúde, tanto pelo direito a ela, vista como um direito humano, quanto pelo direito à Saúde Pública que tem por objeto a promoção, a prevenção e a 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 consequências 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 consequências, 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 exige 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, de proteção, e de 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 às alterações e às rupturas que vêm ocorrendo na sociedade contemporânea que têm alterado o valor universal deste direito. Saliencia-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 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, têm 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 salvguarde a existência de um Estado de Direito, profissionais de diferentes áreas⁷, 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

7 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.



informações e comunicação em saúde, contando com dois *sites* oficiais <<http://www.mercosulsaude.org>> e <<http://www.mercosulsalud.org>>; controle do 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 Parte 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 levou 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 infraestrutura 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 infraestrutura 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, à prevenção, à recuperação e à 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 e de 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, instituiu o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS Fronteiras, por meio da Portaria nº 1.120/GM, de 6 de julho de 2005.

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 Europeia, 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, a garantia e a padronização da qualidade da atenção são dificultados pela



incompatibilidade dos sistemas de informações, prejudicando o monitoramento das ações 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 na de profissionais. Chama a atenção para alguns deles: 1) investimento em infraestrutura 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 consequentemente 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 autossustentação 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 cofinanciamento 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 socioeconômicos, 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 de 2007, 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 autogestoras 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 Europeia;
- 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 Interministerial nº 800, de 3 de maio de 2005 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: OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DE QUEM TRABALHA EM PAÍSES DO MERCOSUL

3.1 Saúde e trabalho na Argentina

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 têm 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.

Nessa lei, o direito de participação dos trabalhadores é previsto, como uma obrigação, 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 segurança 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 Área da 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 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.

3.2 Saúde e trabalho no Uruguai

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 ocorreram, 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 ideias com a finalidade de se criar uma consciência coletiva de segurança 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 trabalham 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, os esforços e os movimentos repetitivos e as cargas psicossociais.

3.3 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 sequelas do acidente;
- e) tinham direito a essa indenização trabalhadores de vários ramos da economia, como construções, reparações e demolições, transporte, estabelecimentos industriais e 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 instruíria o processo ao juízo competente, para direitos garantidos na lei (CARMO, 1995; RIBEIRO; LACAZ, 1984).

Paratanto, 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 1 - 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 1 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 a 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 formação 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 nas de 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; 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 socioambiental (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 consequências 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 extrateto 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 intrasetorial, 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 envolve 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, dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador, em rede sentinela específica do SUS.

3.3.1 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 Superintendência 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 socioculturais, 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 intrassetorial são: o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Comissão Intersectorial 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 intersectorial 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 intersectorial 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 intersectorial 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 art. 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:

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

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

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

ato de pessoa privada do uso da razão;

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:

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

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

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;

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 do nexos 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 nexos de 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 sequelas, 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.

3.3.2 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 as 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 rio-grandense (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) 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 contrarreferência;
- 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 2), 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 polos de emergência-urgência e do orçamento participativo.

Quadro 2 - 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/saudedotrabalhador/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.

3.3.3 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, 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 A CONSTRUÇÃO DA DESPROTEÇÃO SOCIAL DA SAÚDE DO TRABALHADOR, NA REGIÃO DE FRONTEIRA DO RS COM ARGENTINA E URUGUAI

4.1 Contextualizando o cenário

O Panorama Laboral de 2002 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) indicava que a situação laboral latino-americana se caracterizava pela expansão da desproteção social, pela persistente negação dos direitos trabalhistas e deficiências no diálogo social. O mesmo documento enfatizou que a região entrou na era da globalização com um *déficit* de trabalho decente⁸, 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 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

8 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).



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.

4.2 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. | Provincia 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 por Almeida (2008) 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 existentes⁹. 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.

4.3 Informações sobre as unidades administrativas regionais e seus municípios

4.3.1 Província da Argentina

A Província de Corrientes (figura 1) se situa na região mesopotâmica da República Argentina. Tem uma superfície de aproximadamente 88.199 km², e conta com uma população de 926.989 habitantes, que representa 2,6% da população total do país. Sua capital, Corrientes, tem uma população de 314.316 habitantes. As atividades produtivas dessa 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, 2012).

Figura 1 - Mapa da Província de Corrientes/AR



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

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

4.3.2 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.

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 fronteira 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 o 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>>.

4.4 A saúde do trabalhador nos municípios do Estado do Rio Grande do Sul fronteiriços com a Argentina e o Uruguai

Antes de apresentar os dados empíricos advindos do estudo de caso, e assim conhecer um pouco mais sobre a realidade dos municípios fronteiriços, é imperioso explicitar algumas informações 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.

4.4.1 Dados sobre acidentes de trabalho da região de estudo

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 foram emitidas pela empresa ao INSS/RS, disponibilizadas na Superintendência 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 (Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho¹⁰). 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 |

¹⁰ Este núcleo de pesquisa se encontra atualmente sediado na UFRGS, sob coordenação da Profa. Dr. Jussara Maria Rosa Mendes, orientadora da Tese de doutorado da autora deste livro.

| CIDADE | Nº DE ACIDENTES DE TRABALHO REGISTRADOS |
|-----------------------|---|
| Santana do Livramento | 165 |
| Uruguiana | 701 |
| TOTAL | 1.788 |

Fonte: Sistematizada por Almeida (2008), 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 frequência, 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 consequentes 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.

4.4.2 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 (KM ²) | 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 por Almeida (2008), 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 344 hab ocorre um óbito. Em Dom Pedrito, para cada 227 hab há um óbito. Nos municípios de Itaqui e Jaguarão, a proporção entre o número de habitantes e o número de óbitos é a seguinte: para o primeiro, a cada 424 hab acontece um óbito, e, para o segundo, para cada 468 hab ocorre um óbito.



4.4.2.1 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 | FREQUÊNCIA |
|--------------|------------|
| 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 frequências do tempo de trabalho na região de fronteira dos profissionais das Secretarias Municipais de Saúde.

| TEMPO DE TRABALHO | FREQUÊNCIA |
|-------------------|------------|
| 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 frequência 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.

4.4.2.2 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 3 - 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 | 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. [...] 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. | [...] 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. [...] 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. |
| Secretária Municipal de Saúde | À medida que eles correspondem eles têm direito de receber, etc. [...] à medida que tu te doa. Sou contra a certos direitos! | As condições para ele trabalhar. O máximo que ele pode produzir com as condições básicas. Assim as duas partes estão satisfeitas. |
| Secretário Municipal de Saúde | Ter acesso àquilo que a lei, a Constituição diz. Benefícios e segurança. | Atenção especial para a classe dos trabalhadores, principalmente para a prevenção. Solução para os acidentes de trabalho. |



| PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS | CONCEPÇÃO DE DIREITO | CONCEPÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR |
|--------------------------------------|---|--|
| Secretário Municipal de Saúde | 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. | 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. |
| Enfermeira 2 | 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. | O Bem-estar físico, mental e social. |
| 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.

4.4.2.3 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 uma 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.

4.4.2.4 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 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 infraestrutura da região tal como na mão de obra local, pois o que realmente importa 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).

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 pseudoconcreticidade¹¹. Mesmo quando se referiam ao atendimento à saúde dos estrangeiros como um direito humano respondendo: “sim, são atendidos, porque são pessoas!”¹², no decorrer da entrevista deixavam transparecer uma “concepção de homem e de mundo” conservadora, quando citavam o estrangeiro como um “bom paciente”. Acrescenta-se, como se viu no período da pesquisa, que os trabalhadores ficavam de pé ou sentados no chão em frente ao posto com dores localizadas, cortes e feridas e outros sintomas, que nem

11 Termo utilizado por Kosik (2002).

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



sequer eram relacionados às atividades que desenvolvem no trabalho.

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.

4.4.2.5 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 foram: 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 essas situações, 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 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 ideia 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 discutido, 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.



4.4.2.6 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 consequências 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 necessário 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”*.

4.4.2.7 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, frequentemente 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 sequencial 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 4 - Tipo de demandas da saúde do trabalhador nos Serviços de saúde das cidades de fronteira.

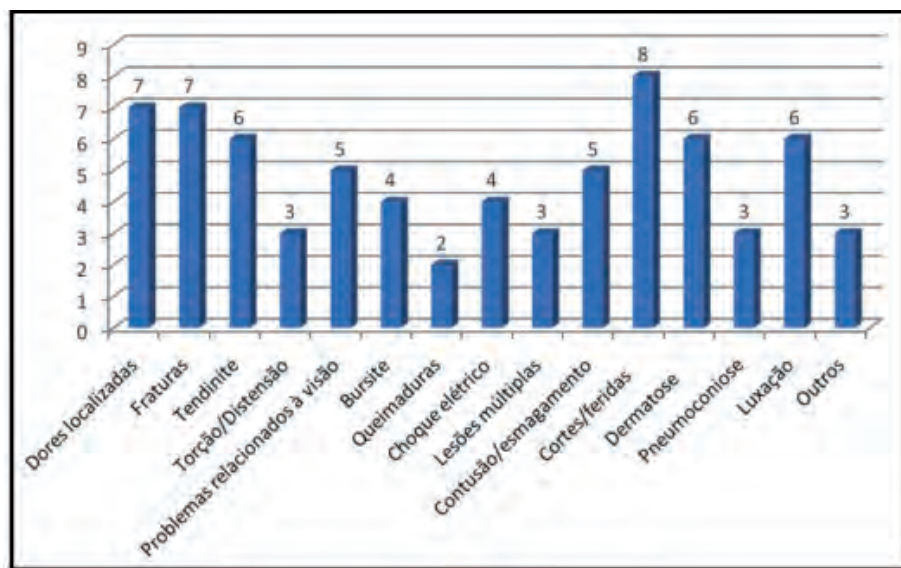
| DEMANDAS | CIDADES DE FRONTEIRA | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|--------|-----------------|--------|-------------|------|--------|--------|----------|
| | São Borja | Itaqui | Barra do Quaraí | Quaraí | Dom Pedrito | Bagé | Aceguá | Herval | Jaguarão |
| Dores localizadas | | | | | | | | | |
| Fraturas | | | | | | | | | |
| Tendinite | | | | | | | | | |
| Torção/Distensão | | | | | | | | | |
| Visão | | | | | | | | | |
| Bursite | | | | | | | | | |
| Queimaduras | | | | | | | | | |
| Choque elétrico | | | | | | | | | |
| Lesões múltiplas | | | | | | | | | |
| Contusão/esmagamento | | | | | | | | | |
| Cortes/feridas | | | | | | | | | |
| Dermatose | | | | | | | | | |
| Pneumoconiose | | | | | | | | | |
| Luxação | | | | | | | | | |
| Outros | | | | | | | | | |

Fonte: Entrevistas com os 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 3 - 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 podia ocorrer devido à atividade desempenhada, lesões múltiplas, (ombro, joelho, tornozelo), contusão/ esmagamento, cortes/feridas e luxação como consequências do acidente de trabalho, frequentes 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), seguida 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 5 - 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.

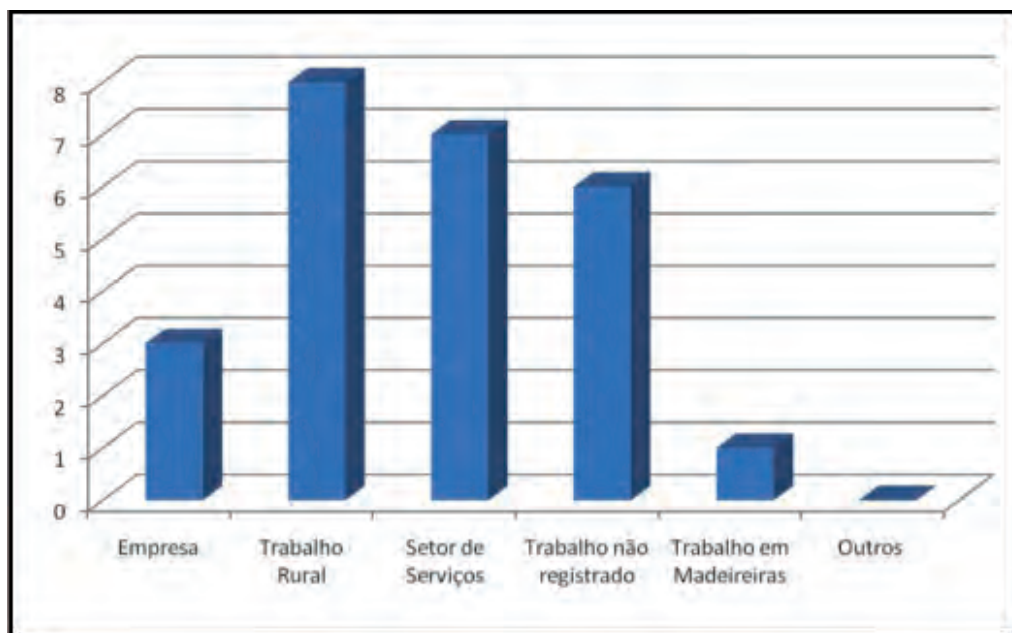
Como se pode perceber, a investigação sobre os setores e tipo de relação de trabalho dá continuidade ao estudo iniciado sobre as demandas do Setor de Saúde do trabalhador para os Serviços de saúde locais, sendo complementado com a indagação sobre a nacionalidade dos trabalhadores que procuraram atendimento nesses Serviços, a qual se encontra representada na figura subsequente.

Considerando 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. Os sujeitos da pesquisa de Barra do Quaraí, Quaraí, Dom Pedrito, Herval do Sul e Jaguarão, dentro do trabalho não registrado, ressaltaram a presença dos vendedores ambulantes.

O respondente de 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 consequências 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 frequência 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.

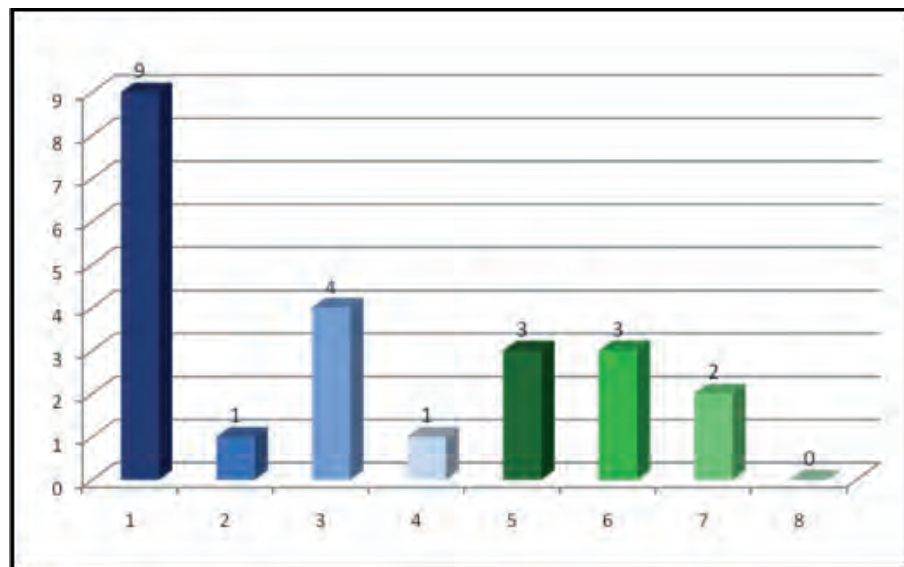
Figura 4 - Setores e/ou relação de trabalho dos trabalhadores que apresentaram as demandas do Setor de Saúde do trabalhador para os Serviços de saúde locais.



Fonte: Entrevistas com os profissionais do Setor de Saúde



Figura 5 - 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 dados 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 6 - 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/ Turucu/ 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/Maçambara/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 por Almeida (2008) a partir do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/saudedotrabalhador/arquivos/sala171.pdf>>.

4.5 Santana do Livramento e Uruguaiana: em cena o trabalhador

Na segunda parte da pesquisa de campo 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.

4.5.1 A cidade de Santana do Livramento

Localizada na fronteira oeste do Estado do Rio Grande do Sul. Hoje, tem a população de 97.488 hab¹³, estimada em 1º de julho de 2005, e é chamada de Cidade Símbolo de Integração do Mercosul.

13 Dados do IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/>>. Acesso em: 23 jan. 2007.



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 infra-estrutura 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).

4.5.1.2 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.

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.

4.5.2 A cidade de Uruguaiana

Os governantes almejam que Uruguaiana 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 Uruguaiana 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 Uruguaiana 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 Uruguaiana receber argentinos como turistas, entretanto, no momento da pesquisa, não era uma prática frequente, visto que o peso (moeda argentina) estava com cotação baixa em relação à moeda brasileira, o real. A cidade também recebe, com frequência, brasileiros de outras localidades, com o intuito de fazer compras em Paso de los Libres, cidade argentina; é frequentada, continuamente,



pelos moradores de Uruguaiana, 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 Uruguaiana. A temperatura quente no período de inverno prejudicou o cultivo deste cereal. Depois, com a chegada do frio intenso e geada, 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 Uruguaiana 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 e homossexuais se prostituíam e meninas eram exploradas sexualmente entre os vários caminhões estacionados que aguardavam o visto para a passagem para o outro país, enquanto 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 de extrema pobreza, onde também ocorre a prostituição e a exploração sexual (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).

4.5.2.1 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. 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 |
| Uruguaiana | 136.364 | 5.716 | 49 | 388 |

Fonte: Sistematizado por Almeida (2008), IBGE.

Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>.

Analisando os dados dos dois municípios, pode-se dizer que na cidade de Uruguaiana há uma maior concentração de pessoas por km². As informações sobre as cidades permitem apontar que em Santana do Livramento, para cada 381 hab, ocorre um óbito. Em Uruguaiana, para cada 351 hab, 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.

4.6 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.



4.6.1 Eixos de análise

4.6.1.1 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.

4.6.1.2 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 7 - Princípios norteadores da concepção de direito e de saúde do trabalhador dos profissionais do Setor de Saúde - 2ª Etapa.

| CARGO EXERCIDO | 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: Sistematizado por Almeida (2008), 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.

4.6.1.3 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 8 e 9 apresentam essa questão:

Quadro 8 - 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, por Almeida (2008), conforme relatos dos Profissionais do Setor de Saúde

Quadro 9 - 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, por Almeida (2008), conforme relatos dos Profissionais do Setor de Saúde.

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 Uruguaiiana, pôde-se constatar que os trabalhadores apresentavam as demandas a seguir para os Serviços de saúde locais.

Quadro 10 - Demandas do Setor de Saúde do trabalhador para os Serviços de saúde das cidades de fronteira.

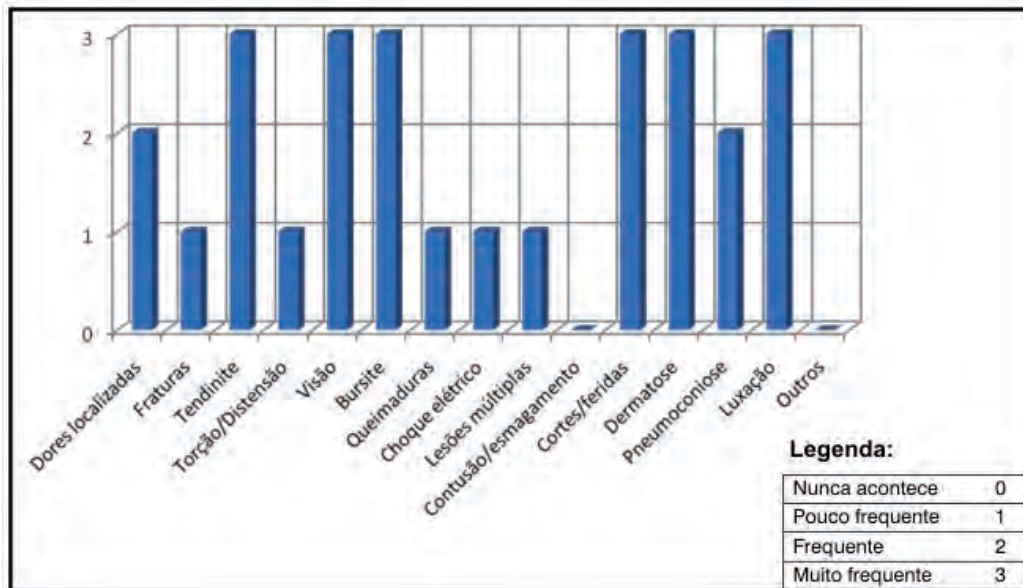
| DEMANDAS | CIDADES DE FRONTEIRA | |
|----------------------|-----------------------|--|
| | Santana do Livramento | Uruguaiiana |
| Dores localizadas | X | X |
| Fraturas | X | X |
| Tendinite | X | X |
| Torção/Distensão | X | X |
| Visão | X | X |
| Bursite | X | X |
| Queimaduras | X | X |
| Choque 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 com os 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.



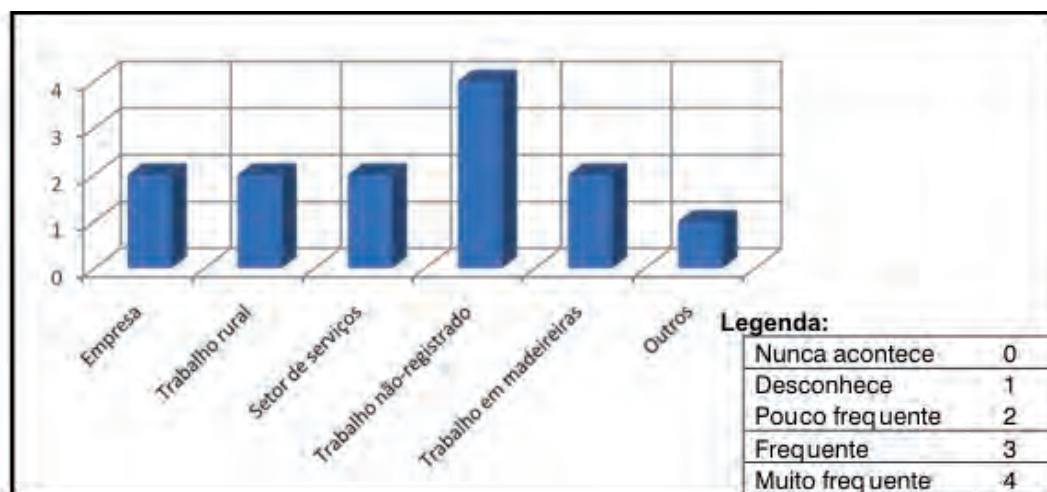
Figura 6 - Demandas do Setor de Saúde do trabalhador para os Serviços de saúde em Santana do Livramento.



Fonte: Entrevistas com os profissionais do Setor de Saúde

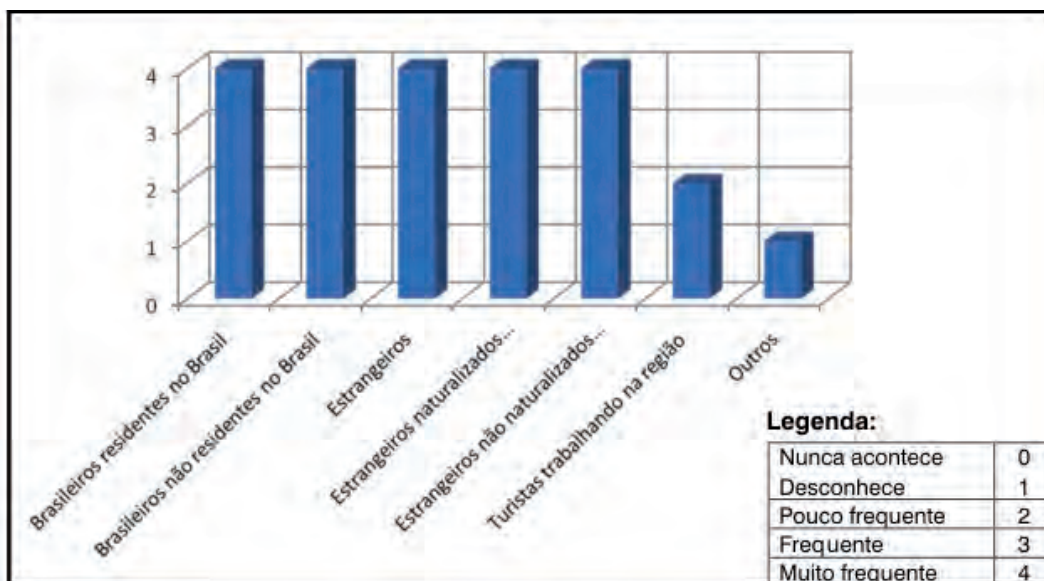
Com o propósito de caracterizar a relação de adoecimento do trabalhador, em Santana do Livramento, evidencia-se, nas figuras subsequentes, a relação de trabalho e a nacionalidade dos trabalhadores que buscam atendimento nos Serviços de saúde locais.

Figura 7 - 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

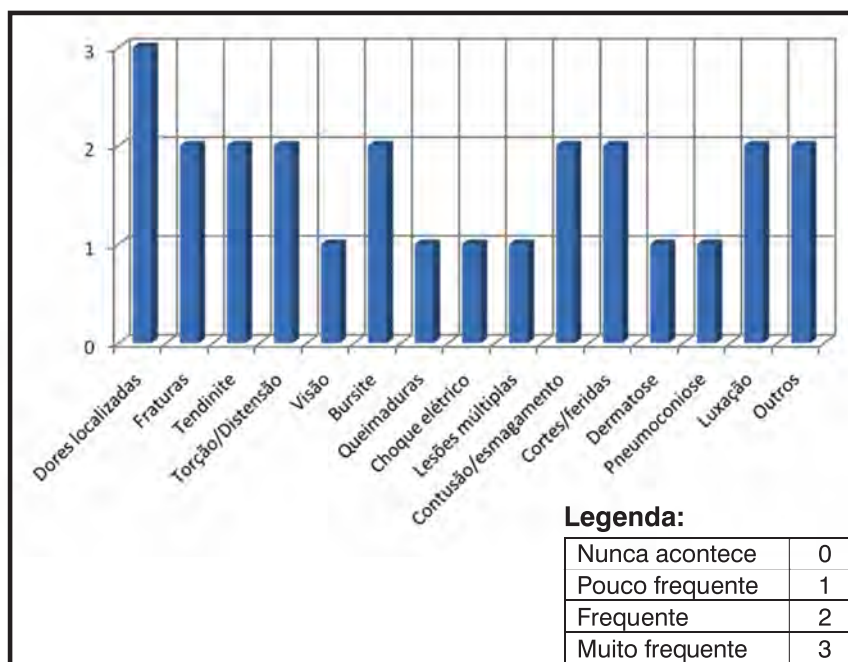
Figura 9 - Identificação da nacionalidade dos trabalhadores que procuram os Serviços de saúde em Santana do Livramento



Fonte: Entrevistas com os profissionais do Setor de Saúde

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.

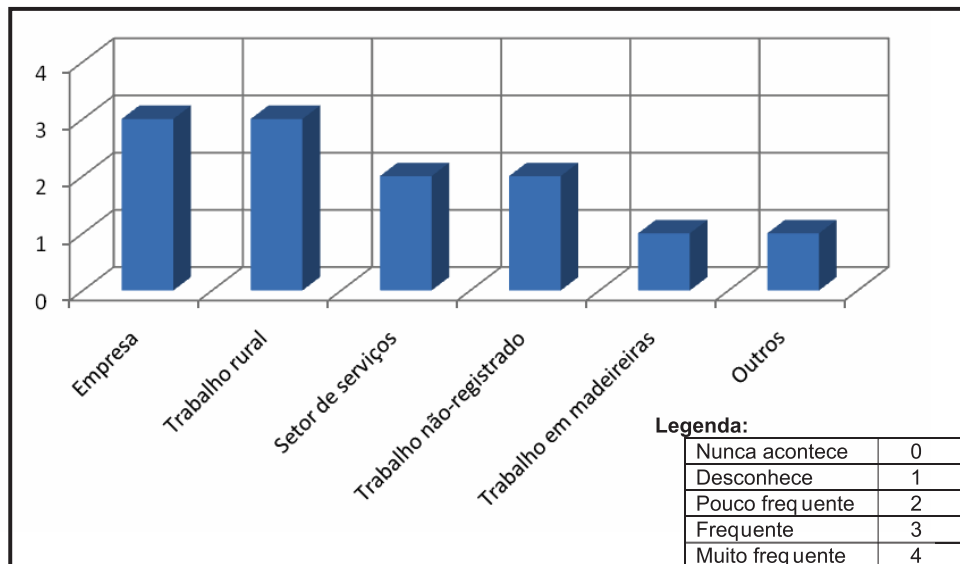
Figura 10 - Demandas do Setor de Saúde do trabalhador para os Serviços de saúde em Uruguaiana.



Fonte: Entrevistas com os profissionais do Setor de Saúde.

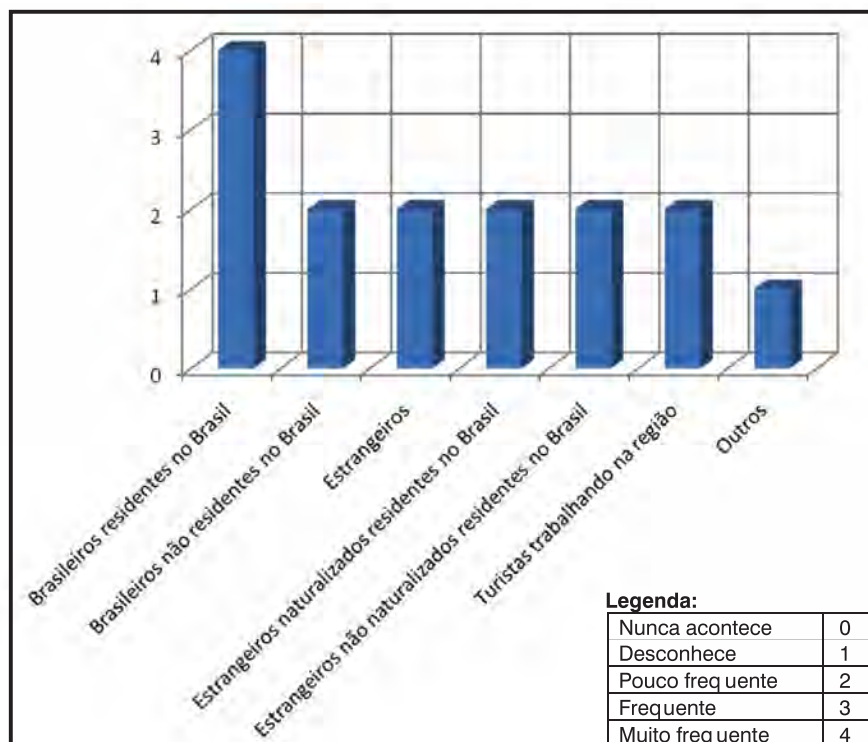


Figura 11 - Setores e/ou relação de trabalho dos trabalhadores que apresentaram as demandas do Setor de Saúde do trabalhador para os Serviços de saúde em Uruguaiiana.



Fonte: Entrevistas com os profissionais do Setor de Saúde

Figura 12 - Identificação da nacionalidade dos trabalhadores que procuram os Serviços de saúde em Uruguaiiana.



Fonte: Entrevistas com os profissionais do Setor de Saúde



Observando os dados apresentados sobre as cidades, percebe-se que Santana do Livramento apresenta uma circulação de trabalhadores entre fronteiras mais contínua do que 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).

4.6.1.4 O que acontece aos trabalhadores que adoecem e/ou se acidentam mas 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.

4.6.1.5 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 à 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).

4.7 Entrevistas com os trabalhadores

4.7.1 O processo de seleção

Os trabalhadores foram selecionados por meio de dois critérios: o primeiro, pessoas com registros de CATs emitidas pela empresa ao INSS/RS, disponibilizadas na Superintendência 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 foram identificados 701 registros de acidente de trabalho¹⁴. Destes, nove trabalhadores que moravam na Vila Nova Esperança, onde foi entrevistada uma pessoa. De acordo com as informações fornecidas por moradores

14 Fonte: Banco de Dados DATAPREV/RS.



da cidade, é nesse local 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 consequência 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 trabalho (conceito de acidente de trabalho e CAT, onde procurar atendimento, denúncia de condições precarizadas de trabalho, etc.).

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 eram, principalmente, devido aos endereços incorretos.

4.7.2 Eixos de análise

4.7.2.1 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. No que tange aos eixos de análise das entrevistas, inicia-se com a distribuição da frequência das idades dos trabalhadores, conforme se apresenta na tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição de frequências das idades dos trabalhadores entrevistados.

| IDADES | | FREQUÊNCIA |
|--------------|----|------------|
| 20 | 30 | 4 |
| 30 | 40 | 1 |
| 40 | 50 | 2 |
| TOTAL | | 7 |

O eixo das idades evidencia que a frequência 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 frequências da escolaridade dos trabalhadores entrevistados.

| ESCOLARIDADE | FREQUÊNCIA |
|-------------------------------|-------------------|
| Ensino Fundamental | 1 |
| Ensino Fundamental incompleto | 3 |
| Ensino Médio | 2 |
| Ensino Médio incompleto | 1 |
| TOTAL | 7 |

Ao se observar a distribuição da frequência 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 frequências da relação de trabalho dos trabalhadores entrevistados.

| RELAÇÃO DE TRABALHO | FREQUÊNCIA |
|----------------------------|-------------------|
| 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 no 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 nexu 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, pode-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 frequências da renda dos trabalhadores entrevistados.

| RENDA | FREQUÊNCIA |
|------------------------|------------|
| 1 a 2 salários mínimos | 5 |
| 2 a 3 salários mínimos | 2 |
| TOTAL | 7 |

Quanto às peculiaridades das condições de trabalho dos sujeitos entrevistados estão dispostas, inicialmente, no Quadro 11.

4.7.2.2 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 condições¹⁵ e das relações de trabalho¹⁶.

15 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).

16 Precarização das relações de trabalho: processo de deteriorização das relações de trabalho, com



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 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 subsequentes.

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.



a ampliação da desregulamentação, dos contratos temporários, de falsas cooperativas de trabalho, etc.; (MATTOSO, 1999, p. 8).

Quadro 11 - 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 24h de serviço | Típico | 1996 Registrado em 2000 | Via pública | Coronel Oliviedo/Paraguai | Perda da carga seguida de derrapagem e queda do caminhão em um barranco |
| Serviços Gerais | 8h com propensão de horas extras | Típico | 2006 | Dependências do supermercado | Uruguaiana | Suspensão de engradado de refrigerante |
| Serviços Gerais | 8h com propensão de horas extras | Típico | 2006 | Via pública | Uruguaiana | Queda da camionete |
| Doméstica | 7h com propensão de horas extras | Típico | 2006 | Dependências de uma casa | Uruguaiana | Queda da escada |
| Serviços Gerais | Inicia às 08h00min, para 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 | Uruguaiana | Cortou-se com arame farpado |
| Cobrador Externo | 9h, distribuídas nos três turnos do dia | Típico | 2006 | Via pública | Uruguaiana | Colisão de sua moto com um carro |

Fonte: Sistematizado por Almeida (2008), conforme relatos dos trabalhadores entrevistados



Ao se observar o quadro 11, 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 sequelas 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 sequelas do acidente. O fragmento da entrevista com uma trabalhadora revela que a sequela 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.

Analisando as 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 sequelas, 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 essas, 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 a 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).

4.7.3 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 12). Em seguida, fazem-se algumas considerações sobre tais concepções.



Quadro 12 - 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. |
| Masculino | Uruguaiana | Peão (trabalhador rural), e Caseiro | Acho que tem que ter mais compromisso dos donos com os empregados, no meu caso é tranquilo, 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: Sistematizado por Almeida (2008), 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).

4.7.4 A falta 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 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, acobardado pela miséria. Chove; inundada de lama, Paris, naquela tarde, tem aspecto fúnebre.

O homem vai andando, recebendo a chuarada 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.

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 nas falas dos trabalhadores. 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).

Contrapondo-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 (2003), 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 sociais¹⁷, 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. (ALMEIDA; MENDES, 2007).

Em outros termos, se atrelam à constituição de contrapoderes, 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

17 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).



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 ideia de resistência vem como uma ampla estratégia de luta política dos trabalhadores¹⁸ contra a precarização no trabalho, que é uma nova forma de subordinação do trabalho ao capital¹⁹.

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 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.

18 No sentido dado por Gramsci (1987), quando discute a hegemonia do proletariado, trazendo o trabalhador como protagonista social da luta política.

19 De acordo com as constatações de BOURDIEU (1998).



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No curso das transformações societárias, o Mercosul vem definindo e reforçando relações internacionais de hegemonia e submissão dos países. Por meio dele, as diferentes regiões redefinem suas ações nos campos da troca, do comércio, da comunicação e, sobretudo, moldam condições e relações de trabalho precarizadas.

Enquanto um bloco periférico, o Mercosul procura inserção nos grandes centros econômicos, entretanto, condições externas para uma autonomia maior do bloco são desfavoráveis, dada a polarização EUA x União Europeia. Tais condições apontam para uma prática de regionalismo aberto, e não para a consolidação de uma integração como a do bloco da União Europeia. Dentre as implicações desta situação podem-se citar os precários mecanismos de proteção social, quando se destaca a competição por meio da violação de direitos humanos.

Pode-se, ainda, enfatizar a ausência da dimensão social na agenda política do Mercosul, na qual os temas sociais praticamente estiveram diminuídos frente aos de desenvolvimento econômico. Em realidade, o Mercosul preocupou-se tão somente com a construção de uma área de livre comércio, deixando de lado o conhecimento e conseqüente acirramento das expressões da questão social na Região.

Debater 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, requereu por em questão os problemas histórico-estruturais dos países fronteiriços, sobretudo o processo de globalização, a garantia da cidadania e da 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:

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. Representando um fluxo informal da demanda, gerando subregistros e dificuldade de planejamento das ações;

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;

a situação de saúde e saúde do trabalhador nas fronteiras apresentam



peculiaridades e vulnerabilidades, que impactam substancialmente nas condições de vida e de trabalho da população mais empobrecida da região;

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. As disparidades entre os conceitos-base para as legislações desses países expressam, nitidamente, o conflito entre proteção social e proteção no trabalho, seguridade social e previdência social e saúde do trabalhador e segurança no trabalho. 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;

no lado brasileiro, o SUS se limita a tratar as consequências do adoecimento ou do acidente de trabalho, em uma orientação que não atende a necessária perspectiva preventiva;

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;

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;

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;

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.

A partir dessas constatações, afirma-se que: 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 exacerbação 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 mudança qualitativa no atendimento à saúde do trabalhador.

Algumas sugestões de superação dessa situação e de outras semelhantes a essa nas fronteiras do Mercosul, podem ser apontadas: a fomentação de fóruns de debates (inclusive governamentais) com a participação da população sobre a saúde do trabalhador e as novas formas de organização e precarização do trabalho, a organização de espaços de discussão técnico-política em saúde do trabalhador, incluindo a educação ambiental, o desenvolvimento de indicadores de saúde do trabalhador na região de fronteira do Mercosul, elaborados a partir de pesquisas, que acrescidos da construção de um banco de dados sobre as ocorrências em saúde do trabalhador, subsidiam a implementação de Agendas Internacionais, a articulação efetiva entre as políticas públicas e redes de serviços de saúde e saúde do trabalhador nacionais e internacionais, a existência de capacitação técnica para profissionais que atuam na atenção básica em saúde, nos CERESTs ou núcleos de saúde do trabalhador, nos sindicatos, e trabalhadores, dos diferentes espaços ocupacionais, sobretudo na área rural, para ações de vigilância e atenção em saúde do trabalhador, a consolidação de uma rede de saúde do trabalhador no Mercosul – Sistema Integrado em Saúde do Trabalhador no Mercosul – SIST-MERCOSUL, como forma de planejamento e enfrentamento conjuntos das condições e relações precarizadas de trabalho existentes no âmbito do Mercosul, permitindo o levantamento e a publicização das demandas e especificidades em saúde do trabalhador e a



tentativa de uniformidade de legislações e ações referentes a estes problemas e a construção de indicadores para identificação de enfermidades relacionados com o modelo de desenvolvimento econômico, considerando os avanços já obtidos pela Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST; a viabilização de um glossário, que objetive a integração de conceitos, que embasem normas e procedimentos comuns para proteção social a saúde do trabalhador nos países, fortalecimento das instâncias de controle social em saúde do trabalhador, fortalecimento de ações preventivas em saúde do trabalhador, em detrimento das paliativas e reparadoras, implantação na rede de atenção básica da vigilância em saúde do trabalhador, entre outros que garantam a cidadania plena dos indivíduos sociais, que moram na fronteira do Mercosul.



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.

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.

_____. *Diário de campo da pesquisa*. Mimeo, 2006.

_____. *Proteção Social no Mercosul*: a saúde dos trabalhadores de municípios fronteiriços do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS. 284 f.

ALMEIDA, Rosângela da Silva Almeida; MENDES, Jussara Maria Rosa. Desigualdade x resistência: analisando a saúde do trabalhador no contexto das mudanças no mundo do trabalho. In: REIS, Carlos Nelson dos (Org.). *O Sopro do Minuano*: transformações societárias e políticas sociais – um debate acadêmico. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

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.

APPY, Béatrice; THÈBAUD-MONY, Annie. *Precarisation sociale, travail et santé*. Paris: IRESCO-CNRRS, 1997.

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/htm/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.

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 (Org.). *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.

BOURDIEU, Pierre. *Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal*. Trad. Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. 151p.

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. *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.

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.

CASTELLO, Iára Regina; et al. *Práticas de integração nas fronteiras: temas para o Mercosul*. Porto Alegre: UFRGS, Instituto Goethe/ICBA, 1995.

CHIZZOTTI, Antonio. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

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: 16 out. 2012.

COUTINHO, Mauricio Chalfin. *Marx: notas sobre a teoria do capital*. São Paulo: Hucitec, 1997.

DALLARI, Sueli Gandolfi. *O papel do município no desenvolvimento de políticas de Saúde*. Revista de. Saúde Pública, São Paulo, v. 25, n. 5, out. 1991.

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.

FIER, Florisvaldo. Saúde no Mercosul: o desafio do novo. In: GALLO, Edmundo; COSTA, Laís (Org.). *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.

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 (Org.). *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 (Org.). *SIS - MERCOSUL: uma agenda para a integração*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2004.

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. *Cadernos do cárcere*. Os intelectuais: o princípio educativo - jornalismo. v.2. Trad. Carlos Nelson Coutinho; co-edição, Luiz Sérgio Henriques e marco Aurélio Nogueira. 3, ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004. 334p.

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 (Org.). *SIS - MERCOSUL: uma agenda para a integração*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2004.

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 (Org.). *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.

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.

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 (Org.). 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.

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.

MARTINELLI, Maria Lúcia. *Pesquisa qualitativa: um instigante desafio*. São Paulo: Veras, 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 (Org.). Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

MATTOSO, Jorge Eduardo Levi. *A desordem do trabalho*. 1. 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; 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.

MINISTÉRIO da Previdência Social. *Benefícios Previdenciários*. Disponível em: <http://www.mpas.gov.br/pg_secundarias/beneficios.asp>. Acesso em: 13 out. 2006.

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, 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*. 2.ed., noviembre de 1998. Disponible en: <<http://www.ensp.fiocruz.br/parcerias/redsahud>>. 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. 2.ed., mayo de 2002. Disponible en: <<http://www.ops.org.uy/>>. Acesso em: 12 set. 2006.

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.

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.

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. (Org.). *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.

PRATES, Jane Cruz. *Possibilidades de mediação entre a teoria marxiana e o trabalho do assistente social*. Tese de Doutorado, Porto Alegre: PUCRS, 2003.

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.

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.

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 en 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.

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.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, Serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

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.

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.

TRATADO DE ASSUNÇÃO (1991). Disponível em <<http://www.mercosul.gov.br/textos/default.asp?Key=45>>. Acesso em: 12 abr. 2006.

TRIVIÑOS, Augusto. Nivaldo Silva. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

URUGUAIANA. Disponível em: <<http://www.uruguaiiana.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.

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.





Editora da Universidade de Santa Cruz do Sul
www.unisc.br/edunisc