

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

**Os Enfermeiros nos Países do Mercosul: estudo comparado da
(i)mobilidade profissional no mercado de trabalho em saúde**

Ana Luiza Stiebler Vieira

Dissertação de Doutorado

Apresentada à Escola de Enfermagem Anna Nery
da Universidade Federal do Rio de Janeiro para
obtenção do grau de Doutor em Enfermagem.

ORIENTADORA: Laura Tavares Ribeiro Soares

BANCA EXAMINADORA: Maria Helena Machado

Suely de Souza Baptista

Nalva Perreira Caldas

Antenor Amâncio Filho

SUPLENTE: Maria Antonieta Rubio Tyrrell

Margareth Crisóstomo Portela

RIO DE JANEIRO

JUNHO/1998



**Os Enfermeiros nos Países do Mercosul: estudo comparado da
(i)mobilidade profissional no mercado de trabalho em saúde**

Ana Luiza Stiebler Vieira

Dissertação submetida ao corpo docente da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Enfermagem.

Aprovada por:

Prof. ----- Orientador

Prof. -----

Prof. -----

Prof. -----

Prof. -----

Rio de Janeiro

Junho/1998

Vieira, Ana Luiza Stiebler

Os Enfermeiros nos Países do Mercosul: estudo comparado da (i)mobilidade profissional no mercado de trabalho em saúde / Ana Luiza Stiebler Vieira - 1998.

xiv, 227 p. : il

Orientadora: Laura Tavares Ribeiro Soares.

Dissertação (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery.

1. Enfermeiros. 2. Mercosul. 3. Mercado de Trabalho. 4. Migração.

152 ref.

il.

Tab.

mapas.

mercado sul.

Enfermeiros

mercado de trabalho

força de trabalho

profissionais

Prof. de saúde

3 u

4109-2

4110-6

Gostaria de ser profundo. Ou chato, que muitas vezes é sinônimo de profundo. Mas não sou profundo e aspiro a não ser chato.

João Ubaldo Ribeiro

À meu filho Rafael, que por vezes, sem compreender tanto esforço e as horas subtraídas do nosso convívio, questionava se ele também deveria estudar até ser “velho” para não ficar “burro”.

AGRADECIMENTOS

A Professora Laura Tavares Ribeiro Soares, pela orientação sem stress;

As grandes amigas, Tizuko Shiraiwa e Elsa Ramos Paim, pelos horizontes em saúde pública;

As professoras Suely de Souza Baptista e Ieda de Alencar Barreira, pela convivência amistosa e contribuições inestimáveis;

A equipe do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, em especial, Maria Helena Machado e Neuza Maria Nogueira Moisés, por todo o incentivo e compreensão deste processo;

A Maria Cecília Puntel de Almeida e Maria Antonieta Rubio Tyrrell que acompanharam minha formação;

A Escola de Enfermagem Anna Nery, que tão bem me acolheu no seu convívio.

RESUMO

O Mercosul, no contexto da globalização econômica, constitui a proposta latino-americana de integração no Cone-Sul, que pressupõe, a partir do ano 2.006, o livre trânsito da força de trabalho entre os seus países-membros: Brasil, Argentina, Uruguai e Paraguai. A migração de trabalhadores qualificados, em especial do setor saúde, constitui, atualmente, tema importante para reflexão e análise já que a sua mobilidade traz repercussões para os sistemas formador de recursos humanos em saúde e prestador de serviços de saúde dos países envolvidos. Assim, neste estudo, analisamos comparativamente a situação dos enfermeiros, no contexto sócio-econômico dos países do Tratado de Assunção, em relação à formação, regulamentação e controle do exercício profissional e à sua inserção nos mercados de trabalho em saúde, com o propósito de discutir as perspectivas de migração desses profissionais nestes mercados. A dinâmica dos fatores, teoricamente sugeridos, que concorreriam para migração de mão-de-obra qualificada, não permitiu apontar uma tendência significativa de mobilidade dos enfermeiros, entre os países do Mercosul.

ABSTRACT

“Mercosul” in the context of economic globalization constitutes the latin-american proposition of integration on “Cone-Sul” which assumes from 2.006 on, free traffic of the labour force among their country-members: Brasil, Argentina, Uruguay and Paraguay. Actually, the migration of qualified workers, specially on the health area, constitutes an important subject to consider and examine, since its mobility brings effects to formation of the health human resources and health service systems of the countries involved. Thus, on this study, we compare nurses situation in the socioeconomic perspective of the “Tratado de Assunção” countries in relation to formation, regulation and control of professional practice and to its insertion on health labour markets, with an eye to discuss migration perspectives of professionals on these markets. The dynamics of factors teorically suggested that could contribute for qualified labour migration among “Mercosul” countries didn’t pointed out an expressive trend of nurses mobility.

RÉSUMÉ

Le Mercosul, dans le contexte de mondialisation économique, constitue un projet latino-américain d'intégration du sud-est de l'Amérique du Sud, comportant une libre circulation, dès l'an 2006, des forces de travail entre tous ses pays membres: Brésil, Argentine, Uruguay et Paraguay. La migration de travailleurs qualifiés, en particulier ceux du secteur de la santé, constitue actuellement un thème important de réflexion et d'analyse puisque cette mobilité devrait entraîner des répercussions pour les programmes de formation des personnels de santé et de dispensation des services de santé des pays concernés. Une analyse comparative de la situation des infirmières a ainsi été réalisée, dans le contexte socio-économique des pays du Traité d'Assomption, en fonction de la formation, de la réglementation et du contrôle de l'acte professionnel ainsi que de son actualisation dans les marchés du travail du domaine de la santé, afin de discuter les perspectives de migrations professionnelles dans ces marchés. La dynamique des facteurs qui, théoriquement, devraient influencer sur les migrations de main d'oeuvre qualifiée ne permet pas d'identifier une tendance claire vers une mobilité des infirmières entre les divers pays du Mercosul.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Área Territorial e Dinâmica Populacional dos Países-Membros do Mercosul.1996.	36
TABELA 2 - PIB, Percentual do PIB por Setor Econômico e PIB <i>per capita</i> dos Países-Membros do Mercosul. 1996.	40
TABELA 3 - Indicadores Sócio-Econômicos dos Países-Membros do Mercosul. 1996. ...	43
TABELA 4 - População Economicamente Ativa Total e Feminina e o Desemprego nos Países-Membros do Mercosul. 1996.	47
TABELA 5 - Número e Distribuição Regional dos Estabelecimentos de Ensino de Graduação em Enfermagem no Cone-Sul.	97
TABELA 6 - Duração do Curso de Graduação, Carga Horária Total, Teórica e Prática para a Formação dos Enfermeiros no Cone-Sul. 1997.	110
TABELA 7 - Evolução dos Concluintes de Graduação das Escolas de Enfermagem. Brasil. 1977-1992.	140
TABELA 8 - Recursos Humanos de Enfermagem de Nível Superior. Argentina. 1969-1994.	143
TABELA 9 - Distribuição dos Enfermeiros Segundo a sua Situação Censitária. Uruguai. 1993.	146
TABELA 10 - Distribuição dos Recursos Humanos de Enfermagem por Categorias no Cone-Sul.	154
TABELA 11 - Relação de Enfermeiros por 10.000 Habitantes e por Número de Médicos no Cone-Sul.	156
TABELA 12 - Evolução da Absorção dos Enfermeiros no Mercado de Trabalho em Relação do Número de Concluintes. Brasil. 1977-1992.	158

TABELA 13 - Absorção dos Enfermeiros no Mercado de Trabalho em Relação ao Número de Concluintes, por Regiões. Brasil. 1992.	160
TABELA 14 - Evolução e Incremento Bruto dos Empregos de Enfermeiros por Esfera Administrativa. Brasil. 1978-1992.	163
TABELA 15 - Empregos de Enfermeiros por Esfera Administrativa e Regiões. Brasil. 1992.....	166
TABELA 16 - Distribuição dos Empregos Públicos e Privados dos Enfermeiros nos Estabelecimentos de Saúde Com e Sem Internação, por Regiões. Brasil. 1992.	168
TABELA 17 - Relação dos Empregos com os Estabelecimentos de Saúde Com e Sem Internação, por Regiões. Brasil. 1992.	170
TABELA 18 - Relação dos Empregos dos Enfermeiros com os Estabelecimentos Públicos e Privados de Saúde, por Regiões. Brasil. 1992. .	171
TABELA 19 - Relação dos Empregos dos Enfermeiros nos Estabelecimentos Com Internação com os Leitos Públicos e Privados de Saúde, por Regiões. Brasil. 1992.	173
TABELA 20 - Distribuição dos Empregos dos Licenciados e dos Enfermeiros por Subsetores da Saúde. Argentina. 1994.	178
TABELA 21 - Distribuição dos Empregos para os Enfermeiros segundo Área Geográfica e Instituições Empregadoras (Públicas e Privadas). Uruguai. 1993.	182
TABELA 22 - Distribuição do Número de Enfermeiros e dos Empregos segundo a Área Geográfica. Uruguai 1993.	184
TABELA 23 - Distribuição do Número de Enfermeiros e dos Empregos segundo a Área Geográfica e Instituição Empregadora (Públicas e Privadas). Uruguai. 1993.	184
TABELA 24 - Distribuição dos Empregos para os Enfermeiros segundo Instituições de Saúde. Paraguai. 1992.	191

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1 - Participação dos Países-Membros na População e na Área Territorial do Mercosul. 1996.	32
MAPA 1 - Área Geográfica de Fato e de Direito do Mercosul.	34
GRÁFICO 2 - Participação dos Países-Membros no PIB do Mercosul. 1996.	37
GRÁFICO 3 - Participação Percentual do PIB no Gasto Social, Mortalidade Infantil e Analfabetismo nos Países-Membros do Mercosul. 1996.	45
MAPA 2 - Distribuição Geográfica dos Enfermeiros no Brasil. 1994.	142
MAPA 3 - Distribuição Geográfica dos Enfermeiros na Argentina. 1994.	145
MAPA 4 - Distribuição Geográfica dos Enfermeiros no Uruguai. 1993.	148
MAPA 5 - Distribuição Geográfica dos Enfermeiros no Paraguai. 1992.	151

SUMÁRIO

RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
RÉSUMÉ	ix
LISTA DE TABELAS	x
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	xii
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 - Mercado de Trabalho e Migração	7
1.1. - Mercado de Trabalho e Movimentos Populacionais: Perspectivas	
Teóricas	7
1.2. - Migração Internacional: Elementos Histórico-Estruturais	13
1.3. - Mercado de Trabalho e Migração na América Latina	17
1.4. - Mercado de Trabalho em Saúde e Organização Setorial	22
CAPÍTULO 2 - O Mercosul	31
2.1. - Perfil Sócio-Econômico dos Países do Mercosul	31
2.2. - Globalização e Regionalização: O Contexto Geral do Mercosul	53
2.3. - Regionalização Latino-Americana	62
2.4. - O Tratado de Assunção e o Protocolo de Ouro Preto	66
2.5. - A Integração nos Setores Sociais	74

CAPÍTULO 3 - O Enfermeiro no Cone-Sul	94
3. 1. - Formação e Desenvolvimento Profissional	94
3. 2. - Regulamentação e Controle do Exercício Profissional	117
3. 3. - A Oferta de Enfermeiros no Cone-Sul	138
3. 4. - Os Empregos dos Enfermeiros no Setor Saúde do Cone-Sul	157
CAPÍTULO 4 - (I)Mobilidade Profissional dos Enfermeiros no Setor Saúde do Mercosul: Considerações Finais	198
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	214

INTRODUÇÃO

O Mercosul - Mercado Comum do Cone-Sul - representa a proposta de integração latino-americana do Cone-Sul no contexto da década de 90 que se caracteriza pela transnacionalização político-econômica mundial, com a formação de blocos regionais. Como o objetivo final do acordo é o mercado comum a partir do ano 2.006, esta forma de integração implica na livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos - incluídos aí a livre circulação de trabalhadores - entre os quatro países-membros: o Brasil, a Argentina, o Uruguai e o Paraguai.

Levando em consideração que a migração de recursos humanos qualificados pode significar uma perda social e econômica importante para os países de origem (independentemente do país de destino); bem como a constatação de Pizarro (1993:137-144) de que não houve relação entre a migração e as políticas governamentais, sendo mais representativo como determinante deste movimento de profissionais a maior oferta de empregos e salários por parte dos países economicamente mais desenvolvidos dentro da América Latina, resta-nos perguntar quais seriam as perspectivas para a mobilidade da mão-de-obra qualificada nos países latino-americanos (Brasil, Argentina, Uruguai e Paraguai) com a implantação do Mercosul, processo que explicita uma política de mobilidade dos trabalhadores nos seus mercados de trabalho.

Nesse contexto, o livre trânsito dos enfermeiros constitui, atualmente, um tema importante para reflexão e análise dos pesquisadores em enfermagem. Implica, na prática, enfrentar questões tais como: as políticas de migração; formação e utilização dos enfermeiros (e suas repercussões no sistema formador e prestador dos serviços de saúde); a equiparação curricular; a regulamentação e o controle profissional.

Assim, em particular, estudamos, nesta tese, as perspectivas de migração dos enfermeiros nos mercados de trabalho em saúde do Brasil, Argentina, Uruguai e Paraguai.

Compreendendo que a migração de trabalhadores qualificados não deve ser examinada apenas como um movimento pela sobrevivência econômica imediata através da busca de um trabalho, e sim como um fenômeno social complexo, num contexto de reorganização da economia, introduzimos nosso estudo numa abordagem comparada, com o qual esperamos subsidiar a enfermagem na formulação de políticas inerentes ao processo de mobilidade profissional. Além da riqueza que, do ponto de vista acadêmico, a análise da dinâmica sócio-econômica de uma mão-de-obra qualificada propicia, pretendemos contribuir com as reflexões da categoria sobre a sua inserção no continente, produzindo um conhecimento sobre o qual existe, ainda, escassa produção científica, sobretudo dirigida à realidade típica de países periféricos, tal como as latino-americanas. Estaremos, ainda, dando continuidade à nossa linha anterior de estudo - recursos humanos em saúde, priorizando a enfermagem - tema que vem nos envolvendo profissionalmente nos últimos nove anos como integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz. Contribuímos, também, com a linha de pesquisa “Estudos Comparados Latino-Americanos” da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Dessa forma, os objetivos desta tese são: a análise da situação dos enfermeiros nos países integrantes do Mercosul em relação à formação, regulamentação e controle profissional e, em particular, quanto à sua inserção nos mercados de trabalho em saúde; e a discussão das perspectivas de migração dos enfermeiros nos mercados de trabalho em saúde, no contexto sócio-econômico do Mercosul.

Devemos, ainda, situar algumas dificuldades e esclarecer alguns pontos no empreendimento do nosso estudo: introduzimos nosso objeto no processo de integração dos mercados no Cone-Sul que ainda está em construção; estamos tratando de um mercado diferenciado - o de serviços de saúde - cujo comportamento é bastante específico, embora seja interdependente do mercado de trabalho em geral; apesar de estarmos tratando de perspectiva de mobilidade, e não de constatação *pos factu*, já pudemos observar divergências de abordagens e de explicações dos fatores determinantes; e, finalmente, estamos abordando a mobilidade de mão-de-obra qualificada no Cone-Sul, (um caminho escassamente trilhado por investigadores); e nesta, uma categoria em especial, os enfermeiros, sobre os quais a produção de conhecimento é mais escassa ainda.

Entendendo que a migração de trabalhadores qualificados não se faz exclusivamente por determinação do movimento do capital em um determinado espaço geográfico, permitindo a concentração espacial das oportunidades de trabalho; e que o desejo de emigrar passa, além da busca de oportunidade de emprego, pela procura de nova forma de viver em melhores condições, norteamos nosso estudo a partir das reflexões teóricas de Renner e Patarra sobre migrações, de Sales e Carleial sobre migração de trabalhadores no processo de integração econômica e, primordialmente, de Portes e de Katz e Miranda, relativas à migração de mão-de-obra qualificada e ao mercado de trabalho em saúde¹.

As fontes de informações utilizadas nesta pesquisa foram publicações em livros, revistas, jornais, relatórios, documentações oficiais e governamentais, como também, depoimentos de entrevistas realizadas junto a representantes de associações de enfermagem no Uruguai e Paraguai que demandaram viagens a estes países. O acesso a documentos e publicações do Brasil e da Argentina, permitiu dispensar esta última fonte de

¹ Ver discussão teórica no Capítulo 1.

informações nestes países. Recorreremos ainda, para a coleta de dados, à aquisição de publicações e documentos, à comunicação via telefone, correio postal e Internet.

Inicialmente, o estudo percorreu tematicamente as migrações e o Mercosul, sendo que em relação a este último, o levantamento bibliográfico e documental teve como data limite julho de 1997, já que constitui um processo em andamento. Concomitante ao acompanhamento dos acordos advindos do Tratado de Assunção, do Protocolo de Ouro Preto e das recentes publicações pertinentes às questões de integração dos mercados e mobilidade profissional, desenvolvemos o estudo da situação dos enfermeiros e da sua inserção nos mercados de trabalho em saúde no Cone-Sul.

Foram utilizados o conjunto de fatores sugeridos teoricamente por Portes (1977:129-131) para discutir as perspectivas de migração dos enfermeiros, assim como daqueles fatores sugeridos por Katz e Miranda (1994:10-13) para análise dos mercados de trabalho dos enfermeiros, que se entrelaçam com os anteriores, a exceção de alguns dos fatores individuais, especificamente, da faixa etária, estado civil, e encargos familiares que estiveram fora do âmbito do nosso estudo, considerando não apenas a opção feita por outros fatores mas também a própria dificuldade de obtenção de dados individuais sobre os enfermeiros no Cone-Sul.

Para tanto, foi utilizada a metodologia comparada cujas contribuições, segundo Badie e Hermet (1993:7-9), são importantes já que a análise das repercussões de um processo político em diferentes sociedades permite, ao mesmo tempo, conhecer e interpretar outras realidades; conhecer a nós mesmos através dos outros; relativizar os determinismos universais desarmando as certezas construídas e definindo as fronteiras que separam os domínios do conhecimento universal e do particular; e, primordialmente, propiciar ao comparatista, a tarefa de despertar dúvidas. A análise comparada neste estudo percorreu duas etapas:

Na primeira etapa, foram levantados, analisados e comparados entre os países, os seguintes fatores:

Condições sociais e econômicas do países-membros,

Formação dos enfermeiros,

Disponibilidade e acesso para o desenvolvimento profissional,

Regulamentação e controle do exercício profissional,

Oferta de enfermeiros,

Capacidade de absorção dos enfermeiros, níveis salariais e formas de contrato de trabalho prevalentes nas estruturas organizacionais do setor saúde do Cone-Sul.

Na segunda etapa, de análise final do estudo, a análise percorreu dois momentos. No primeiro deles, foi analisado cada um dos fatores individualmente para todos os países, permitindo uma visão sintética do comportamento de cada um dos fatores analisados na região. No segundo momento, o eixo de análise passou pelos países, sintetizando o comportamento do conjunto dos fatores.

Portanto, no Capítulo 1, apresentamos inicialmente, as perspectivas teóricas que nortearam o nosso estudo. A seguir foram elencados e discutidos os elementos histórico-estruturais mais importantes relativos à migração internacional, que nos ajudaram a compreender melhor tais elementos na situação latino-americana. Dessa forma, na terceira parte deste capítulo, foi apresentado um quadro sobre mercado de trabalho e migração na América Latina. Finalmente, fechando o capítulo, analisamos os principais elementos constitutivos do mercado de trabalho em saúde, bem como apresentamos a organização setorial nos países do Mercosul.

No Capítulo 2, apresentamos o perfil sócio-econômico dos países da região; o Mercosul no contexto da reorganização econômica mundial e regional; as bases

institucionais e jurídicas do acordo de um mercado comum; os encaminhamentos e os problemas já gerados no setores de saúde e educação; e ainda aqueles relacionados à migração de trabalhadores e especificamente aqueles de enfermagem no Cone-Sul.

No Capítulo 3, situamos os enfermeiros no Brasil, Argentina, Uruguai e Paraguai no que concerne à formação profissional; à regulamentação e controle do exercício profissional; e à sua inserção nos mercados de trabalho em saúde destes países, abordando tanto a oferta quanto a demanda desses profissionais.

Finalmente, no Capítulo 4, a título de síntese e considerações finais, procuramos discutir as perspectivas de migração profissional dos enfermeiros nos mercados de trabalho em saúde no contexto da integração entre os países do Mercosul.

CAPÍTULO 1 - MERCADO DE TRABALHO E MIGRAÇÃO

1.1. - MERCADO DE TRABALHO E MOVIMENTOS POPULACIONAIS :

PERSPECTIVAS TEÓRICAS

Lazarte (1989:110), Renner e Patarra (1991:244), consideram que até hoje não existe uma teoria acabada sobre migrações, e sim esforços de reflexão para sistematizar regularidades verificadas nos movimentos populacionais, com o objetivo de estabelecer generalizações para variadas situações. Para Lazarte (1989:110), a questão chave para ultrapassar o estágio da generalização empírica do fenômeno migratório, seria um corpo de conhecimentos que interrelaciona várias disciplinas: a sociologia, a economia, a demografia e a antropologia. Assim, interpreta que, até o momento, a segmentação disciplinária e seus recortes conceituais têm dominado a abordagem sobre o tema migração, com ênfase em determinadas dimensões do problema, em detrimento de uma compreensão integral do fenômeno. Considera ainda que a preponderância dos estudos com abordagem macroeconômica, onde se agrupam indivíduos de diferentes origens (classe social, profissão, raça, idade, etc.), vem limitando a determinação de tipos específicos de causas ou fatores determinantes da migração. Portanto, não conduzem a uma decomposição dos atores no fenômeno da migração em seus atributos, tais como educação, renda, qualificação profissional e evolução de distribuição espacial.

Acrescentamos a esta última preocupação, a avaliação de Pizarro (1993:128,140) de que se tem prestado pouca atenção à migração de mão-de-obra qualificada e que estes estudos devem abordar os profissionais de forma isolada, considerando suas peculiaridades.

Historiando os esforços de reflexão teórica sobre o tema migração, no sentido de observar regularidades e propor generalidades, Renner e Patarra (1991:254-258), consideram que as primeiras colocações datam do final do século XIX por E.G. Ravenstein, com a publicação da obra “The Laws of migration” em 1885 e 1889. As principais regularidades diziam respeito à distância, migrações por etapas, constituição de correntes, diferencial por sexo e tendências de movimentos sucessivos em direção a áreas de centralização industrial. Baseando-se em Ravenstein (1989), Everett S.Lee, com a obra “A Theory of Migration” (1966:48), formulou a idéia de que as migrações são resultantes da interação e balanço entre fatores de atração da área de destino e fatores de expulsão da área de origem, onde se reforça a motivação individual para migrar. No final da década de 50, D.J. Bogue com o trabalho “Internal Migration” (1959), criticou a tendência a generalizações apoiadas em evidências empíricas escassas e ocasionais, apontando a necessidade de um maior acúmulo de evidências empíricas comparáveis entre si.

Na avaliação de Renner e Patarra, a perspectiva de teorização ... “se reduziu a uma sistematização de dados quantificáveis, associados através de uma lógica vinculando antecedência e conseqüência, causa e efeito, com uma posterior generalização. As variáveis consideradas são sempre circunscritas à aparência do fenômeno, sem que o processo de mudança social e as discussões estruturais essenciais sejam consideradas. Assim, a descrição, embora bem elaborada, constitui o limite epistemológico do procedimento, por meio do qual se busca comparar processos sociais que, embora concomitantes, possuem significados totalmente distintos” (Renner ; Patarra, 1991:256).

Os mesmos autores (Renner e Patarra, 1991:257), consideram que a reflexão teórica sobre os movimentos migratórios teve um salto qualitativo com o acirramento dos problemas sociais, no bojo do processo da crise política e econômica dos países latino-

americanos. Partindo de situações concretas, os pesquisadores procuraram aprofundar o estudo dos mecanismos de mobilidade e a sociedade envolvida. Elementos como modalidades de acumulação de capital, herança histórica e estruturas de classes, tiveram importância destacável na interpretação de migração da força de trabalho.

A maior contribuição na reflexão sobre as migrações internas no Brasil, segundo ainda Renner e Patarra, foi elaborada por Paul I. Singer na obra “Economia Política de Urbanização” de 1973. O autor entendeu a migração como um processo social, onde o elemento motivação (para migrar), se dava numa situação social gerada por fatores de estagnação ou de mudança (inversão de capital e absorção de mão-de-obra) nas áreas de origem dos fluxos migratórios, atingindo diferentemente as classes sociais.

Como outra grande contribuição teórica, destaca-se o trabalho de Juarez R.B. Lopes sob o título “Desenvolvimento e Migrações: uma abordagem histórico-estrutural” (1973:126-141) no qual as migrações são examinadas como parte integrante (e não como resultado) das transformações estruturais do desenvolvimento econômico num contexto histórico determinado. Segundo o próprio autor: “Orientando a análise para as interrelações dos movimentos migratórios com o processo global em que se inserem, ganha-se, de um lado, maior compreensão das suas condições e características e, de outro, esclarece-se melhor aspectos do próprio processo de desenvolvimento” (Lopes, 1973:127). Nesta perspectiva, o autor procura analisar o sentido dos movimentos migratórios que fazem parte de cada etapa do desenvolvimento.

Concebendo o desenvolvimento numa perspectiva histórico-estrutural, isto é, como transformação estrutural específica, em dado momento histórico, Lopes examinou alguns aspectos dos movimentos migratórios em certos momentos do desenvolvimento brasileiro: a migração estrangeira quando da formação do trabalho “livre” no fim do século XIX, na região cafeeira paulista; os fluxos migratórios inter-regionais nos anos 40 e 50 com a

formação de um mercado interno nacional; e por último, as migrações no Nordeste relacionadas às economias de subsistência na fase de desenvolvimento monopolista brasileiro (Lopes, 1973:128-141).

Comungando com o caminho de reflexão de Lopes, Teresa Sales (1994:249-271) - ex-pesquisadora do CEBRAP² considera que no momento atual de internacionalização da economia, para se entender as migrações internacionais, é necessário levar em consideração os aspectos do comportamento sócio-econômico, ou seja, que os trabalhadores estão inseridos num contexto sócio-econômico de forma distinta das outras mercadorias.

Corroborando com essa interpretação, Patarra afirma que a migração ou os deslocamentos populacionais ... “ são vistos como resultantes dos desequilíbrios econômicos internacionais, da pobreza e da degradação ambiental, combinados com a falta de paz e segurança, das violações dos direitos humanos e dos distintos graus de desenvolvimento das instituições jurídicas e democráticas” (Patarra, 1997:98).

Nos EUA, numa outra perspectiva, ainda que denominada de estrutural, foram citados por Sales, A. Portes e R.L. Bach através da publicação “Dual Labor Markets and Immigration: A Test of Competing Theories of Income Inequality” (1978); novamente A. Portes com a obra “Modes of Structural Incorporation and Present Theories of Labor Immigration” (1981); e M.Piore (1979) com “Birds of Passage: migrant labor and industrial societies”. Sales (1994.a:105-107), inscreve ainda na bibliografia norte-americana que busca explicações estruturais para as recentes migrações internacionais de trabalhadores, Saskia Sassen (1992) com o título “The Mobility of Labor and Capital - a Study in International Investment and Labor Flow”. A hipótese de Sassen - interpretada por Sales (1994a:105-107), para o momento atual, é que os investimentos

² Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (São Paulo).

estrangeiros, na internacionalização da produção, corroboram os fluxos migratórios internacionais. Para tanto, faz-se distinção entre as zonas que concentram os investimentos financeiros, geralmente situados em cidades ou países “globais”.

No tocante à migração de mão-de-obra qualificada - de nosso particular interesse - segundo Portes (1977:351), a relação entre os diferentes níveis de determinação para a sua migração, estaria dada, pelos fatores estruturais que se impõem a processos mais específicos. Nessa perspectiva estrutural, o autor, em um trabalho sobre migrações de profissionais (Portes, 1977:351-369), propôs a distinção de fatores determinantes em três níveis: primário ou internacional, secundário ou estrutural interno e terciário ou individual. Esta classificação também foi adotada por Pizarro (1993:127-145), no estudo da migração intrarregional de mão-de-obra qualificada.

Os fatores do nível primário, que ocorrem no âmbito internacional, seriam as diferenças sócio-econômicas entre os países centrais e os dependentes. Dentro da América Latina, essas diferenças, na análise de Pizarro (1993:129), se expressam na existência de alguns países que atuam como “subcentros” e outros como “subdependentes” num marco de uma inserção econômica dependente no âmbito mundial.

Deste modo, a migração de mão-de-obra qualificada está determinada, a nível primário ou internacional, pela presença de vantagens tais como o maior desenvolvimento sócio-econômico e melhores condições de vida.

Os fatores do nível secundário, que ocorrem no âmbito interno de cada país, seriam basicamente o desequilíbrio entre a capacidade de produzir recursos humanos qualificados e a capacidade de absorvê-los. Não se trata apenas de um superávit de recursos humanos qualificados (produzidos pela dinâmica do sistema educacional), mas, principalmente das limitações do sistema produtivo para empregar esses recursos e, paradoxalmente, de reiterados déficits, em áreas de vital importância (como os serviços médicos, a

investigação científica e tecnológica) para o desenvolvimento econômico e social de um país.

Os fatores do nível terciário, que ocorrem no âmbito individual, a decisão de emigrar, a qual depende tanto da idade, do estado civil e dos encargos familiares, como também, dos estímulos oferecidos ao profissional, entre os quais se destacam o nível de remuneração e o acesso ao desenvolvimento profissional.

A migração de mão-de-obra qualificada num mercado específico de trabalho - o de saúde - requer também a análise da dinâmica deste mercado. Segundo Katz e Miranda (9411-14), o conjunto de fatores que caracterizam a dinâmica do mercado de trabalho em saúde, seria a interrelação da oferta de graduados com a natureza do modelo organizacional de saúde e os mecanismos de remuneração.

O primeiro conjunto de fatores se refere ao ritmo de crescimento da oferta de profissionais de saúde e sua localização geográfica. Assim, a oferta deve ser examinada através da composição quantitativa, da distribuição territorial, da forma de ingresso na graduação, da regulamentação e do controle do exercício profissional existente em cada sociedade e ainda, através da disponibilidade de especialização para cada profissão de saúde.

O segundo grupo de fatores que incide no mercado de trabalho em saúde e que caracteriza o lado da demanda, se refere a organização setorial - de natureza pública, privada ou mista que guarda estreita ligação com a oferta de empregos, níveis e formas de remuneração, configurando, portanto, a morfologia desse mercado específico de trabalho.

Por último, o terceiro conjunto de fatores também relacionados à demanda, se vincula aos níveis e formas de remuneração no interior de cada modelo organizacional, o sistema por tempo ou salário mensal e o sistema por resultados.

O conjunto destes três fatores, segundo os autores, interagem na participação dos profissionais de saúde no mercado setorial.

Este conjunto de fatores se entrelaçam também com os dos níveis secundários e terciários apontados por Portes no tocante à migração de mão-de-obra qualificada, já que pressupõem também a análise da oferta e absorção dos profissionais, o nível de remuneração e o acesso ao desenvolvimento profissional.

1.2. - MIGRAÇÃO INTERNACIONAL: ELEMENTOS HISTÓRICO-ESTRUTURAIS

A migração de mão-de-obra internacional não é um fenômeno recente; é decorrente do próprio desenvolvimento do capitalismo a nível mundial. Parece já distante o fato de que os antepassados dos europeus de hoje migraram para as Américas entre 1840 e 1940 (Enc.Mirador, 1976:7622) fugindo da fome e das péssimas condições de trabalho. Entretanto, com a internacionalização da economia observada desde o período pós Segunda Guerra Mundial, instala-se um novo tipo de migração internacional. Face ao crescimento econômico e à carência de mão-de-obra em alguns países após a Segunda Guerra, foram criados programas com o objetivo específico de atrair trabalhadores temporários. São os GUEST WORK PROGRAMS na Alemanha, Suíça e França, e o BRACERO PROGRAM nos Estados Unidos que teve início durante a Segunda Guerra, com encerramento em 1964, tendo por objetivo suprir de trabalhadores braçais as grandes fazendas norte-americanas (Sales, 1994:255).

A migração de trabalhadores nesses países era vista como complementar e temporária. Segundo Sales (1994:257), os imigrantes assumiam funções recusadas pela

população nativa, e supriam a carência de mão-de-obra necessária ao desenvolvimento industrial. Por outro lado, os benefícios da migração para os países de origem, seriam o distensionamento populacional³, a minimização do desemprego rural, e a habilitação da força de trabalho para a indústria em seus próprios países.

Porém, o que se verificou tanto na Europa como nos Estados Unidos, com o decorrer dos anos, foi a instalação permanente destes trabalhadores, a migração sucessiva de conterrâneos, o crescimento da migração clandestina e o aparecimento de novas e grandes correntes migratórias. Como resultante de todo este processo, houve a deflagração de conflitos entre imigrantes e população nativa.

Assim, Piore (1979:2) constata que ... “os países de destino lamentam ter permitido aos trabalhadores, que eles inicialmente admitiram como temporários, terem trazido famílias e questionam como, quando e se eles têm condições de fornecer habitação, educação, saúde e bem estar geral às suas famílias imigrantes. Os próprios imigrantes, que inicialmente aceitaram salários e condições de trabalho que os nativos recusaram, começaram a resistir a esses empregos, a se organizar em seus lugares de trabalho para melhorar suas condições e a pressionar por empregos até então ocupados pelos nativos. Tais pressões, por melhor habitação, emprego e serviços sociais tem ocasionado conflitos entre estrangeiros e nativos, agravados por preconceitos raciais e nacionais”.

Segundo avaliação de North e Houston (1976:27), a dimensão da migração clandestina na Europa Ocidental, em meados dos anos 70, era desconhecida, já que as estimativas variavam entre 2 a 20 milhões de migrantes ilegais. No início dos anos 70, Mayer (1975:440) estimava que seria de 8 milhões o número de trabalhadores estrangeiros na Europa Ocidental, acompanhados de 4 a 5 milhões de dependentes. Segundo ainda este autor ... “mais de 4/5 desses 12 milhões de imigrantes eram então

³ Movimento que se explica tanto pelo maior contingente populacional nos países de origem quanto pelas necessidades sociais e econômicas que demandam em seus países.

absorvidos por quatro países: Alemanha, França, Suíça e Reino Unido. O resto havia migrado para os países do Benelux⁴, Suécia e Áustria Ao mesmo tempo, seis países do sul da Europa, Grécia, Itália, Portugal, Espanha, Turquia e Iugoslávia, e dois do norte, Finlândia e Irlanda, experimentaram sérios problemas de desemprego e subemprego. Esses oito países, então, tornaram-se os maiores exportadores de mão-de-obra. Deles saíram cerca de 3/4 da força de trabalho empregada na Europa Ocidental, sendo o restante proveniente de além mar. Ambos, Inglaterra e França, trouxeram mais de um milhão de migrantes cada um de seus antigos territórios da África, Ásia e Caribe” (Mayer, 1975:442).

De acordo com Piore (1979:1), os trabalhadores estrangeiros constituíam, em 1975, 10% da força de trabalho na Europa Ocidental, representando 11% na França e 9% na Alemanha Ocidental, ultrapassando os 25% na Suíça.

Até recentemente na Europa segundo Castro (1994:277), os imigrantes eram divididos em algumas categorias: permanentes, trabalhadores estrangeiros temporários e refugiados políticos, tratados por uma variedade de instâncias como a polícia, as Secretarias de Trabalho e o Ministério da Educação. Hoje, segundo ainda o autor, os países se vêm às voltas, simultaneamente, com uma gama de categorias: imigrantes clandestinos, grupos étnicos retornados aos seus países de origem, refugiados de guerra, famílias de imigrantes reunificadas no país de adoção e refugiados políticos.

Na prática, os governos europeus e o dos Estados Unidos, passaram a considerar a migração internacional como uma questão de segurança. O intenso trânsito transnacional dos anos recentes colocou em questão a capacidade dos Estados de controlar as suas fronteiras. Segundo Piore (1979:3) e Castro (1994:279), o direito de determinar quem pode entrar no território de um Estado, ali residir, trabalhar e, a longo prazo, influir

⁴ Bélgica, Holanda e Luxemburgo.

na composição de sua população, vem impulsionando partidos de extrema direita, gerados pela sociedade pós-industrial.

Já os Estados Unidos, onde ocorreu a maior experiência contemporânea de convivência étnica, caracteriza-se por ser um país onde pelo menos 100 milhões de pessoas, ou seja, 40% da população, descende de imigrantes europeus desembarcados ali entre 1892 e 1924. O restante dos habitantes descende dos colonos europeus e latinos imigrantes e filhos de imigrantes, que nas duas últimas décadas chegaram ao país, totalizando cerca de 4 milhões (Castro, 1994:283-287).

A entrada de migrantes nos EUA vem sendo alvo de inúmeras legislações para controlar os fluxos de mão-de-obra estrangeira de acordo com as necessidades da economia. Porém, na realidade, a fronteira é uma porta de entrada de levas de “indocumentados” formados por migrantes clandestinos dos países do Terceiro Mundo. A lei de imigração dos EUA, o IMMIGRATION ACT de 29 de novembro de 1990 (Papademetriou, 1990:2-4) estabelece quotas rígidas e seletiva para países, sanções e restrições ao seguro desemprego, assistência médica e outros benefícios, bem como seleção por tipo de migrante, como profissionais altamente especializados ou de alguns profissionais em falta no mercado, e entre estes últimos, os enfermeiros.

Os imigrantes, em especial os latinos (dos quais os brasileiros fazem parte a partir da década de 80), desempenham tarefas não assumidas pelos norte-americanos, pois são de pouco prestígio e de baixa remuneração, alocadas num mercado de trabalho secundário - trabalho não especializado na indústria e no setor de serviços pessoais e no de alimentação (Castro.1994:276). A heterogeneidade da economia norte-americana (convívio de indústrias tradicionais e domiciliares) dependente de mão-de-obra altamente qualificada e ao mesmo tempo artesanal e barata (formada basicamente pelos

migrantes), segundo Castro (1994:281), fornece as bases para a mobilidade transnacional da mão-de-obra.

Mas, como ainda destaca Castro (1994:291), os novos imigrantes estão mais sujeitos à discriminação e ao racismo. Têm poucas chances de ascender a cargos no mercado primário, e, mesmo com o estatuto de cidadão norte-americano, não obtiveram acesso à riqueza ou posicionamento social igual aos brancos nativos.

1. 3. - MERCADO DE TRABALHO E MIGRAÇÃO NA AMÉRICA LATINA

A América Latina faz parte do cenário político internacional que vem mudando em ritmo acelerado. Vivemos atualmente uma transição para um mundo pós-bipolar, no qual as diferenças entre leste e oeste estão diluídas, bem como a supremacia econômica dos EUA. Segundo Sagasti e Arévalo (1994:229), os EUA passaram de credor a devedor líquido internacional a partir da década de 80. Ao mesmo tempo o Japão, a Europa e os países Asiáticos transformaram-se em importantes atores na economia internacional, e a Rússia após o desmembramento da União Soviética, atravessa a crise econômica e política mais grave de sua história recente. No contexto de uma economia global, Thorstensen et. al. (1994:15), observam que temas como economia aberta, integração econômica e dos mercados, globalização da produção e mercados, formação de blocos comerciais e regionais, acordos preferenciais e comércio administrado, estão presentes nas relações entre as nações, na gerência das economias nacionais e na administração empresarial.

A América Latina, neste panorama internacional, apresenta uma peculiaridade: a necessidade de superar os efeitos da estagnação sócio-econômica da década de 80, tendo como desafio a dupla tarefa de recuperar o crescimento econômico e melhorar a condição

social da sua população. Paralelamente ao processo de redemocratização política, a América Latina nos anos 80, conviveu com: a perda do dinamismo do seu crescimento tradicional (exportação de matérias primas e expansão industrial), a queda do investimento bruto, a persistência da inflação, o déficit fiscal e a dívida externa, o caráter regressivo de políticas de ajustes, o debilitamento do setor público e a deterioração social, provocando o aumento do número de latino-americanos abaixo da linha de pobreza, e maior concentração da riqueza.

Na análise de Sagasti e Arévalo (1994:236-237), a região passou por um processo, na década de 80 de desvinculação relativa da economia mundial, medida através do isolamento das fontes de financiamento internacional (mantendo o vínculo pelo lado do pagamento dos altos juros da dívida externa), da perda crescente na participação comercial, pela fuga de capitais, e da diminuição dos investimentos de capital estrangeiro. Em outra ordem de relações, a dissolução relativa da América latina com a economia mundial, se fez sentir segundo os autores, também através da diminuição do número de estudantes latino-americanos nos EUA, e do decréscimo substancial do gasto com ciência e tecnologia.

A este período de relativa desvinculação, segue-se atualmente a etapa de reacoplamento da América Latina a um novo padrão econômico: a internacionalização ou globalização das atividades econômicas. Nos anos recentes tem havido um pronunciado aumento no número de acordos para remoção mútua das barreiras de comércio e para a constituição de acordos regionais de comércio. A criação de blocos econômicos, na verdade, é um estágio na direção da internacionalização das atividades econômicas.

Neste sentido, em 26 de março de 1991, na América Latina, o Tratado de Assunção assinado pelos presidentes do Brasil, Argentina, Uruguai e Paraguai, definiu os parâmetros básicos do Mercado Comum do Cone-Sul (Mercosul). O Tratado aponta a

possibilidade de acordos setoriais, entre os quais se inclui o setor saúde, que na etapa do mercado comum prevê a livre circulação de profissionais.

O Brasil e a Argentina, guardadas as respectivas proporções, representam os dois pólos econômicos da região. Antes da vigência do livre comércio e da união aduaneira (1º de janeiro de 1995), os negócios entre os quatro países cresceram de 3,6 milhões de dólares em 1990, para 10 milhões de dólares em 1994 (Veja 28.09.94). No Brasil, o resultado mais visível disso aparece nos três estados da região Sul. Juntos, em 1994, responderam por 1/4 de todas as exportações brasileiras. De 1991 a 1994, entraram na Argentina 33 bilhões de dólares, incluindo 20 bilhões das privatizações, equívulendo a 12% do seu produto interno. Nos últimos quatro anos (1990 a 1994), as empresas brasileiras investiram cerca de 1,5 bilhões de dólares neste país (Veja, 28.09.94). Estes fatos demonstram uma vitalidade ímpar na região, a despeito de protocolos e calendários oficiais, fazendo crer que o Mercosul já vem provocando uma mudança substancial nas relações comerciais entre os países.

Em que pese o volume de negócios inicialmente já significativo, e as perspectivas de grande mobilidade de capital no Mercosul, e deste com os outros blocos econômicos; o que se vem constatando pelas experiências anteriores (principalmente pela União Européia e Nafta⁵), é que a mobilidade de mão-de-obra é um fenômeno limitado. Portanto um fenômeno contraditório na dinâmica da integração econômica, que pressupõe a mobilidade em todas as suas formas. Como Bloom e Blender (1993:13) afirmam ... “la verdadera problemática de la mundialización es la disparidad cada vez mayor entre el grado de movilidad del capital y el de la mano de obra”.

A outra face ou essência da integração econômica segundo esses últimos autores, refere-se à dependência econômica. Campbell (1994:210-214), analisando de que maneira

⁵ Estados Unidos, Canadá e México.

a mundialização da economia gera novos padrões de dependência e principalmente do mercado de trabalho transfronteiriço, argumenta que a integração da economia diminui a autonomia dos governos nos assuntos políticos, tanto nas decisões como nas ações, e que a integração tem modificado a divisão internacional do trabalho, de forma a induzir um processo de reestruturação dos mercados de trabalhos nacionais. Segundo Thorstensen et. al. (1994:20), a capacidade das empresas multinacionais de transferirem ou diversificarem regionalmente suas atividades, conjugada com a difusão de novas tecnologias, e com o crescimento das indústrias-chave (intensivas em conhecimento tais como na microeletrônica, biotecnologia, telecomunicações, máquinas e equipamentos, etc), vêm trazendo mudanças radicais na modalidade de mercado de trabalho, no perfil requerido de profissionais, nas estruturas econômicas nacionais e nas relações inter-países, nos quais ... “a interdependência crescente entre os países é um fenômeno concreto e inescapável da década de 90” (Thorstensen, et.al., 1994:20).

Para Campbell (1994:210-214), nesta nova conformação de mercado (de estruturação reguladora supranacional e supra-estatal, da transferência de funções aos poderes regionais, provinciais e institucionais), o Estado, pelo lado da ordenação da demanda no mercado de trabalho (procura, requerimento ou necessidade de emprego), vem se caracterizando pela sua menor margem de manobra como agente regulador e planejador. Ao mesmo tempo, para o autor, a intervenção estatal torna-se importante na condução da preparação da população ativa mediante a educação geral e formação profissional. Considera que esta política estatal pode oferecer a solução para o problema de imobilidade dos recursos humanos dentro de uma economia mundial.

Em realidade, o mercado de trabalho, como chama atenção Carleial (1994:308-309), no contexto da reestruturação econômica mundial, tem dado fortes sinais de desemprego. Segundo esta autora, nos doze países da Comunidade Européia no

período de 1986 a 1989, a taxa média de desemprego foi de 9,9%, passando para 10,1% e 11% nos anos de 1992 e 1993 respectivamente. Outra evidência que a autora demonstra como expansão crítica do desemprego, são as reações contra os imigrantes diante da pressão por postos de trabalho e gastos sociais que estes grupos exercem. Afirma que ... “não é real tratar a mobilidade da força de trabalho como se trata a mobilidade do capital. O quadro que se delinea é de ampliação da globalização da economia conjugada a intenso processo de internalização a cada país, região ou local, de seus problemas sociais, notadamente o da ocupação de suas populações... O quadro parece ser de crescente exclusão social. Assim, é mais provável que se assista à imobilidade internacional da força de trabalho, a exceção daqueles que, bem qualificados, consigam ser considerados necessários para os países de destino. Outra exceção serão aqueles que ainda conseguem migrar clandestinamente e se engajam no mercado secundário de trabalho... Neste quadro de globalização da economia e aprofundamento da reestruturação tecnológica se firmará ainda mais, a meu ver, a imobilidade da força de trabalho migrante entre os setores do mercado de trabalho” (Carleial, 1994:309).

A preocupação deflagrada nos países desenvolvidos com a imigração de mão-de-obra terceiro-mundista nos seus mercados secundários de trabalho, levou seus governos a implementar regulamentações sucessivas. Atualmente, na opinião de Pizarro (1993:128,137), têm-se prestado atenção às migrações da mão-de-obra qualificada.

A emigração de profissionais e técnicos caracteriza-se por uma situação distinta da saída de outros segmentos da força de trabalho, já que significa a perda para o país de origem de recursos humanos de alto custo e indispensáveis ao desenvolvimento científico, tecnológico, cultural e para a melhoria de qualidade na prestação de serviços, entre eles o de saúde. O êxodo intelectual de caráter vertical (para os países desenvolvidos) vem suscitando grande interesse de pesquisadores. Entretanto, como analisou Pizarro

(1993:127,137), tem-se prestado escassa atenção para esse tipo de migração entre os países periféricos. Neste sentido, recomenda investigações dirigidas a profissionais específicos, principalmente aqueles pertencentes ao setor de educação e saúde.

1. 4. - MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE E ORGANIZAÇÃO SETORIAL

Relevante, entretanto, é assinalar as especificidade do mercado de trabalho em saúde - nosso particular interesse - que corresponde a um capítulo especial na constituição do mercado de trabalho capitalista em geral⁶.

O dinamismo do mercado de trabalho em saúde está determinado, segundo Katz e Miranda (1994), pelo mercado de serviços de saúde, já que a sua operacionalização implica na utilização de fatores produtivos, como equipamentos e instrumental, insumos, fármacos e serviços de hospitalização, que constituem, por sua vez, outros mercados. Estes também são interdependentes e responsáveis por cerca de 70% a 80% do custo total dos recursos (Katz e Miranda, 1994:8) que uma sociedade gasta no cuidado e recuperação da saúde de sua população. Apesar das inovações tecnológicas, segundo Nogueira (1987:15), a sua incorporação não necessariamente implica em supressão de serviços e força de trabalho. Na verdade, introduz novos serviços que se somam aos anteriores (e exige pessoal adicional qualificado para a sua operacionalização); e no máximo, aumenta a produtividade do trabalho em saúde fazendo com que uma mesma quantidade de força de trabalho possa produzir um número maior de serviços. Em função destas características e associado à uma rede de determinantes políticos e econômicos

⁶ Existem, atualmente, uma série de linhas interpretativas que buscam definir as especificidades do mercado de trabalho em saúde. Partilhamos daquelas que buscam o entendimento de que saúde não é uma mercadoria e que, portanto, não corresponde a utilização mecânica de categorias aplicadas ao processo produtivo de bens materiais.

(como o fenômeno da terceirização da economia), a saúde, como os demais serviços de consumo coletivo, constitui um setor que absorve grandes proporções da população economicamente ativa.

Segundo Katz e Miranda (1994:11-13) o comportamento do mercado de trabalho dos profissionais de saúde está sob influência de três grandes conjuntos de fatores: a oferta de graduados, a natureza do modelo organizacional do setor saúde e os mecanismos de remuneração. Inter-atuando, estes fatores determinam a participação dos profissionais no mercado de trabalho dos serviços de saúde. Por outro lado, a eficácia, a eficiência e a equidade dos sistemas de saúde dependem, amplamente, desta complexa dinâmica.

O mercado de trabalho em saúde apresenta outras características: inserido no setor terciário, a interdependência com o mercado de trabalho em geral, e, assim passa a depender, também, da política econômica e das políticas de emprego adotadas nos países. Mas, em primeira instância, a dinâmica do mercado de trabalho em saúde e o modelo de organização do setor são peculiarmente dependentes das políticas sociais. Dependentes, portanto, do papel do Estado e da sua concepção ideológica sobre as políticas de corte social.

É evidente que a decisão política por parte do Estado de efetivamente financiar os gastos públicos nos setores sociais - como o de saúde - baseada nos princípios da universalidade, faz com que o mercado de trabalho em saúde assuma, neste caso, outra dinâmica (quer na oferta de empregos ou nos níveis salariais), em contraponto à opção de retração do Estado nas políticas sociais, onde a oferta pública de serviços e empregos se restringe e o mercado de trabalho em saúde se estrutura substancialmente pela oferta privada.

Pelo lado da demanda por enfermeiros, os empregos nos países do Mercosul eram oferecidos, principalmente, nas instituições hospitalares e públicas de saúde (OPS,

1994:478). O predomínio da prática hospitalar urbana dos enfermeiros na América Latina já havia sido reconhecido por Verderese (1980:12-14), em sua análise que percorreu cinco décadas (de 1930 até 1980). A autora apontou que, ao surgir os planos de extensão de cobertura na década de 70, emergiram críticas em relação a essa prática e ao sistema de formação, responsabilizando-se este último pela inserção dos enfermeiros no mercado de trabalho na área hospitalar e urbana. O reconhecimento de que essa situação teria relações diretas com a estrutura econômica dos países, só mais recentemente começou a ser levado em consideração nas pesquisas dos enfermeiros (Verderese, 1980:13). O predomínio do emprego hospitalar urbano dos enfermeiros latino-americanos nas instituições públicas de saúde também foi apontado por Manfredini e Souza (1986:477) como um dos aspectos problemáticos da inserção destes profissionais, assim como, mais recentemente, por Chompré, Lange e Monterrossa (1991:25) que também apontaram a escassa participação dos enfermeiros latino-americanos no primeiro nível de atenção à saúde. Embora, a partir da década de 70, tenham sido fortemente implementadas políticas de extensão de cobertura dos serviços de saúde na região baseadas na atenção primária, Verderese (1980:14), Manfredini e Souza (1986:476) analisaram que estas políticas não reverteram para o maior emprego dos enfermeiros nesse nível de atuação, e sim para um grande crescimento do emprego da força de trabalho em enfermagem não qualificada, apesar do reconhecimento de que aos enfermeiros caberia a responsabilidade de coordenação das ações de saúde neste nível de atenção.

A maior absorção dos enfermeiros pelas instituições públicas - característica histórica da sua inserção no mercado de trabalho em saúde, também vem sendo afetada pelas políticas de ajuste que recentemente os países latino-americanos vêm implementando. Estas políticas caracterizam-se pela redução dos gastos públicos, notadamente nos setores sociais, afetando, evidentemente, o nível de emprego público dos enfermeiros, o nível dos

salários (promovendo o subemprego e o multiemprego); e levando à flexibilização desse mercado com suas conseqüências, como a precarização do emprego; e ao emprego dos enfermeiros em instituições privadas de saúde.

O atual crescimento do subsetor privado de saúde vem se dando, preponderantemente, sob a forma de Seguros Empresas e Individuais (Planos de Saúde), todos devidamente apoiados por recursos públicos, via subsídios e isenções fiscais. Além disto, verifica-se no interior mesmo do subsetor público, formas privadas de organização do emprego, como são as cooperativas, que desregulam totalmente as relações de trabalho dos profissionais aí empregados.

No mercado de trabalho em saúde – mercado interdependente do mercado de trabalho em geral e das políticas sociais governamentais – pode-se também claramente observar a flexibilização, quer seja através da perda crescente do nível salarial para os trabalhadores e profissionais de saúde obrigando-os ao multiemprego; quer através das múltiplas modalidades de vínculo (nos subsetores público e privado); e até dos contratos por serviços prestados e contratos por serviços temporários (que rigorosamente não constituem contratos); passando pela terceirização generalizada e as cooperativas já amplamente utilizadas como fornecedoras da mão-de-obra dos profissionais de saúde, inclusive no subsetor público. Além da flexibilização do mercado de trabalho em saúde sob essas diversas formas, realidade do Cone-Sul, experimenta-se agora também no subsetor publico, a “reforma modernizadora” através da remuneração adicional de acordo com metas de cobertura, produtividade e qualidade, princípios caros à doutrina neoliberal vigente na reforma dos Estados. Para olhar, portanto, o setor saúde e seu mercado de trabalho, inexoravelmente tem que se visualizar o Estado, particularmente o seu papel nas políticas sociais.

O Brasil e o Paraguai, no que diz respeito à concepção de justiça social, na contramão da maioria dos países da América Latina nos anos 80, antes portanto de iniciarem seus respectivos processos de ajustamento econômico (que no Brasil se desdobram a partir de 90), formularam políticas de saúde de cunho universalista concebendo direito inalienável do cidadão, à saúde, (entre outros direitos como educação, habitação e assistência social), garantido pelo Estado e expresso nas suas Constituições Nacionais (OPS, 1995:115, 402). Sem dúvida, os dois países (diferentemente da Argentina e do Uruguai) oficializaram suas políticas nacionais de saúde numa orientação universalista de assistência médica, encontrando-se aí, o mais importante dilema nas suas recentes redemocratizações, ou seja, confrontar a proposta universal com o “receituário” neoliberal concebido segundo o princípio de focalização dos serviços e programas de saúde. Como afirma Machado (1996:47), ... “Mais difícil ainda é fazer o ajuste correto e justo entre esses interesses neoliberais e a manutenção da saúde e de seus produtores (trabalhadores de saúde) como bem público”.

Na prática e na realidade, há uma dissolução do dilema entre uma assistência à saúde universal e focalizada que se traduz na questão dos gastos e investimentos alocados no setor saúde não correspondentes à idéia de acesso universal e igualitário, concretizando, de fato, esforços de concentração de recursos em determinados programas dirigidos aos grupos de risco como o grupo materno-infantil ou em programas com propostas racionalizadoras e focalizadas, como constitui, atualmente em voga no Brasil , o Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde. Ao mesmo tempo que a redução do investimento no subsetor público de saúde conduz à privatização, propicia também a condução da demanda para o subsetor privado através do sucateamento de rede pública instalada, proporcionando, então, a privatização por atribuição na qual hoje também os seguros de saúde garantem o seu mercado e clientela. Embora o Brasil e o Paraguai

tenham expressado o papel do Estado como prioritário nas ações de saúde, a privatização é prevista legalmente e de forma escamoteada na designação de papel suplementar (no Brasil) ou de composição operativa (no Paraguai) com o subsetor privado de saúde.

A descentralização dos sistemas de saúde nos dois países também é uma realidade. Se de um lado permite aumentar a eficiência e a eficácia do gasto, já que no nível municipal aumenta também a integração entre os problemas e as soluções, de outro esbarra na gestão local; na capacidade de captação orçamentária do nível central (já que se pressupõe um conjunto de metas a serem cumpridas); de captação orçamentária local (que depende do poder político da área e do nível de arrecadação municipal); na capacidade de gerir os recursos humanos com diferentes vínculos e salários para as mesmas atribuições; como também, e principalmente, na capacidade dos municípios de absorver (financiando, mantendo e gerenciando) a estrutura instalada dos serviços de saúde descentralizadas. Ao mesmo tempo, a descentralização proporciona ao gestor local maior autonomia, mas no que se refere à gestão de recursos humanos em saúde, a prática no Brasil, como exemplo, tem sido de flexibilização, mesmo em governos municipais tidos como progressistas, dada as facilidades que goza o gestor de terceirizar serviços, estabelecer convênios com cooperativas e contratos temporários de serviços e mão-de-obra, inclusive a qualificada.

Arnau e Pierantoni (1995:127-129) avaliam no que diz respeito à descentralização do sistema de saúde do Paraguai, que os níveis central e o regional vêm sofrendo um processo de acomodação orgânica e funcional e que os serviços de saúde vem se organizando, desenvolvendo iniciativas de normatização da assistência, estabelecendo os tipos e a natureza dos serviços. Interpretam, entretanto, que tanto a alocação de recursos, como a capacidade técnica, constituem limitações importantes na descentralização do sistema, opinião corroborada com Sckell e Talavera (1993:34), ao afirmarem que o limite técnico para realizar o processo de reforma estrutural tem sido, além do financeiro, o

principal ponto de estrangulamento da descentralização. Ao mesmo tempo, analisam que o financiamento do setor vem garantindo basicamente as despesas com pessoal, sendo deficitário até para a sua própria manutenção.

O direito universal e igualitário de assistência à saúde não está explicitado nas Constituições da Argentina e do Uruguai; ele está contido de forma implícita nos direitos inerentes à personalidade humana na Constituição Uruguaia (Republica Oriental del Uruguay, 1995:15), ou como direito também implícito de Seguridade Social na Argentina (OPS, 1995:42). Como dever do Estado, a Constituição Uruguaia garante que este proporcionará gratuitamente os meios de prevenção e de assistência à saúde somente aos indigentes ou carente de recursos (Republica Oriental del Uruguay, 1995:9)

Katz e Laspiur (1993:100-110) ao estudarem a morfologia do sistemas de saúde da Argentina e do Uruguai (além do Chile), concluem que esses se aproximam do modelo norte-americano dado que ao indivíduo é atribuído a responsabilidade de sua saúde e que no processo de ajustamento econômico, os Estados deterioraram o funcionamento estrutural dos serviços de saúde tanto em quantidade e qualidade na prestação direta de serviços, e ainda o seu papel como agente regulador do subsetor privado de saúde. Um subsetor, segundo os autores, que no Uruguai é historicamente predominante na estrutura do seu sistema de saúde, através das Instituições de Atenção Médica Coletiva (IAMC), entre as quais o Centro de Assistência do Sindicato Médico do Uruguai (CASMU), que desde os anos 20 representa uma verdadeira “cooperativa de produção”, cumprindo uma importante função reguladora no mercado de atenção privada de saúde no país. Os autores afirmam ainda que o modelo de saúde uruguaio se estruturou, desde o início, com uma divisão entre o subsetor mutualista privado e o subsetor público gratuito dirigido focalmente aos pobres, modelo que se firmou mais ainda com a desregulamentação da

economia e com ela a menor participação do Estado nos setores sociais, inclusive o de saúde.

O mesmo ocorre na Argentina, que na avaliação de Katz e Laspiur (1993:108), o subsetor público de saúde (já totalmente descentralizado, processo iniciado no final da década de 70) é considerado como prestador de assistência para os pobres. Opinião da qual também corrobora Belmartino (1995:56) a qual acrescenta que o subsetor público ...“é crescentemente residual em relação aos serviços de atenção médica na Argentina e suas condições são francamente deficitárias ... e que sua clientela além da população pobre, foi aumentada nos últimos anos, pelos que foram expulsos do sistema formal de trabalho os quais perderam sua cobertura de seguridade social, ou ainda daqueles que embora possuidores de cobertura social, foram expulsos do sistema dada a prática de pagamento de taxas sobre procedimentos médicos” (Belmartino, 1995:6).

Uma prática que, segundo a autora, se tornou hegemônica tanto nas Obras Sociais⁷ (que desde a década de 70 exige de todo paciente o pagamento adicional, ou o plus, no momento da efetivação do serviço) como também no próprio subsetor público de saúde em que os gestores locais, com a descentralização, têm autonomia para aplicar uma tabela de preços por procedimentos para os que tem condições de pagar, “contribuições voluntárias” para os que não tem condições, ou ainda a detecção de pacientes com cobertura social, para cobrança na sua respectiva instituição, do pagamento da atenção médica recebida (Belmartino, 1995:44-46).

A autora assinala ainda que a participação da empresa privada na produção setorial continua em evolução ascendente, tendo as instituições privadas de saúde existentes no

⁷ Que representa segundo Belmartino (1995:37-39) um sub-sistema de saúde na Argentina, criado durante o peronismo, de caráter não filantrópico como contrariamente sugere o nome, mas de instituições que prestam serviços ou na maioria contratam serviços médicos privados para os seus contribuintes (os trabalhadores), os quais se vinculam a estas instituições de acordo com o ramo de atividade, por jurisdição administrativa ou abrangência regional, sendo comum neste último nível, as Obras Sociais por empresa, e no primeiro, as Obras Sociais dos diferentes sindicatos por ramo de atividade.

país, cerca de 2.5000.000 contribuintes e beneficiários em 1992 (Belmartino, 1995:53).

A isto, segundo a autora, soma-se o aumento da presença de empresas de seguro ou planos de saúde que introduziram no país ...“a modalidade de seguro com cobertura de determinados riscos conforme o modelo generalizado nos Estados Unidos abandonando a modalidade generalizada de cobertura mais ou menos integral e incorporando técnicas atuariais para o cálculo de risco, representando um claro avanço relativo às técnicas de gestão empresarial ... e por meio da imprensa especializada, vêm realizando agressiva campanha em defesa da alternativa de livre escolha como base de qualidade da atenção oferecida e da eficiência na administração dos recursos destinados ao seu financiamento” (Belmartino, 1995:54). A histórica fragmentação organizativa do setor saúde argentino tem vencido até hoje, segundo a autora, as propostas de formação de um Sistema Nacional de Saúde. A atuação do Estado, na sua opinião, é de consentimento ou de não intervenção, permitindo ...“a reformulação do setor dentro da fragmentação existente aumentando a complexidade, a estratificação e a iniquidade que constituem seus traços mais críticos” (Belmartino, 1995:53).

CAPÍTULO 2 - O MERCOSUL

2. 1. – PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DOS PAÍSES DO MERCOSUL

No plano geopolítico, o Brasil está dividido em 26 estados e em 1 Distrito Federal (tendo como principais cidades: São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Curitiba e Porto Alegre); a Argentina, em 25 províncias e 1 Distrito Federal (como cidades mais importantes: Buenos Aires, Córdoba, Rosário, Mendoza, La Plata e Santa Fé); o Uruguai em 19 departamentos (como cidades principais Montevideú, Salto e Paisandú); e também em 19 departamentos no Paraguai (e como importantes cidades: Assunção, San Lorenzo, Fernando de La Mora, Ciudad del Este, Lambarí e Pedro Juan Caballero). Com uma população de 200 milhões de pessoas - das quais três quartos vive nas cidades – o bloco dos países do Mercosul corresponde à metade da América Latina e o Caribe juntos, representando, em princípio, um mercado consumidor com enorme potencial. Quando comparado com outros blocos econômicos, o Mercosul tem mais da metade da população da UE e do NAFTA (372 milhões de habitantes na UE e 391 milhões no NAFTA) e os seus 11.875.363 Km² representa a quarta maior extensão territorial entre todos os blocos econômicos, estando atrás da Cooperação Econômica da Ásia e do Pacífico (APEC), Comunidade dos Estados Independentes (CEI) e do Acordo de Livre Comércio da América do Norte ou o NAFTA (Almanaque Abril, 1997:173).

Internamente, há muitas diferenças entre os países-membros do Mercosul, a começar pelo tamanho territorial (Gráfico 1) em que o Brasil ocupa 71,6% do total do território regional (com seus 8.511.996 Km²), mais que o triplo da área da Argentina a qual equivale em extensão geográfica, praticamente aos estados do Amazonas e Pará

juntos. O Paraguai equivale a uma extensão territorial menor do que o estado de Minas Gerais e o Uruguai, ao estado do Paraná. (Almanaque Abril, 1997:173,192). O Brasil também detém 78,8% da população do bloco, a Argentina 17,5%, o Uruguai 1,65 e o Paraguai 2,1%, cujos três últimos países têm populações respectivamente equivalentes aos estados brasileiros de São Paulo, Paraíba e Santa Catarina (Almanaque Abril, 1997:192; IBGE, 1997:13-16).

GRÁFICO 1

Participação dos Países-Membros na População e na Área Territorial do Mercosul. 1996.



FONTE: ALMANAQUE ABRIL, 1997: 173, 192.

As populações estão distribuídas desigualmente, embora nesse caso favorecendo a integração, já que 50% dos habitantes do Brasil estão concentrados na rota que vai de Belo Horizonte até o Rio Grande do Sul (em que a região Sul faz fronteira com os demais países do Mercosul); a concentração populacional da Argentina, de Buenos Aires até ao norte do país (numa convergência com as fronteiras uruguaia, brasileira e paraguaia); a população uruguaia por sua vez, dividida entre Montevidéu (defronte à Buenos Aires) e menos na fronteira com o Brasil; e a população paraguaia concentrada muito mais entre Assunção e cidades limítrofes com o Brasil (estado do Paraná) e também com o norte da

Argentina, do que no despovoado Chaco no norte paraguaio que faz limite fronteiro com a Bolívia (IBGE, 1997:13-17; Republica da Argentina, 1992:9; Republica Oriental del Uruguay, 1996:6; Republica del Paraguay, 1994:6). As concentrações demográficas têm implicações óbvias: maiores recursos de infra-estrutura e de comércio, já que nessa área se concentra, além da população (ou 56% da população da região), a geração de riqueza dos países e onde, de fato, vem ocorrendo as relações comerciais no Mercosul (área que podemos visualizar no Mapa 1). O que também traz conseqüências para as regiões mais distantes no caso brasileiro, principalmente o Nordeste e a Amazônia, que tendem a ganhar mais com a integração comercial ao norte, com o Perú, a Colômbia e a Venezuela.

MAPA 1

Área Geográfica de Fato e de Direito do Mercosul



Fonte: Ventura, 1994:14-16.

Como pode ser evidenciado na Tabela 1 (que também demonstra os dados geográficos e demográficos referidos) à exceção do Paraguai, os países apresentam algumas simetrias demográficas: uma equivalente densidade populacional por km²; um crescimento demográfico inferior a 1,5% ao ano; hiperconcentração urbana da população; uma pirâmide populacional em transição para o modelo estacionário ou adulto em que a base se estreita devido, sobretudo, à queda da fecundidade com diminuição ao longo das últimas décadas, da natalidade e mortalidade infantil (com população cada vez menor de 0 a 14 anos) e o ápice aumenta de acordo com a crescente população de idosos através do aumento da expectativa de vida e ainda, a maior distribuição da população na faixa etária de 15 a 64 anos. Assim, a exceção do Paraguai, a média de filhos por mulher em idade fértil nos anos 90 na região, está em torno de duas crianças (enquanto que o Paraguai mantém a média de quatro filhos por mulher, semelhante à da década de 70 no Brasil); uma população idosa cada vez mais crescente e demandante de assistência à saúde e de recursos previdenciários, acrescentando às grandes demandas tradicionais das crianças e dos adultos no setor saúde; e ainda, uma alta taxa de urbanização populacional que revela a falta de investimento no setor primário da economia que não estimula a fixação do homem no campo e ao mesmo tempo pressiona ainda mais o mercado de trabalho urbano. Outro ponto de convergência de que o Mercosul se beneficia em relação a outros blocos, constitui o aspecto cultural, com menos diferenças já que seus países compartilham as tradições civilizatórias ibéricas e católicas. Apesar do Brasil, produto da colonização lusitana oferecer a barreira da diferença de idioma, essa diferença contudo é menor do que o fosso que separa por exemplo, os EUA e o Canadá (anglosaxônicos e protestantes) do México (latino e católico) e ainda na UE, onde existe uma intensa diversidade idiomática.

TABELA 1

Área Territorial e Dinâmica Populacional dos Países-Membros do Mercosul - 1996

INDICADORES	BRASIL ^x	ARGENTINA ^{xx}	URUGUAI ^{xx}	PARAGUAI ^{xx}
ÁREA GEOGRÁFICA (KM ²)	8.511.996	2.780.400	176.215	406.752
POP.(POR MIL)	157,0	35,0	3,2	4,1
CRESC. DEMOG. ANUAL	1,3	1,2	0,6	3,2
POP. POR FAIXAS ETÁRIAS (%)				
0 – 14 anos	32,0	30,6	26,6	40,1
15 – 64 anos	62,6	63,1	66,3	56,8
65 e + anos	5,4	6,3	7,1	3,1
POP. URBANA	74,9	86,2	85,0	50,3
TAXA DE FECUNDIDADE	2,5	2,3	2,1	4,2

Fontes: ALMANAQUE ABRIL, 1997:173,192; IBGE, 1997:13-17; Republica da Argentina, 1992:9; Republica Oriental del Uruguay, 1996:6; Republica del Paraguai, 1994:6.

^x Dados de censos de 1996.

^{xx} Dados dos últimos censos disponíveis da Argentina e do Paraguai, com populações corrigidas para 1996 através do método de progressão aritmética.

Através do Gráfico 2, podemos confirmar o gigantismo do Brasil dada a grande assimetria econômica (além da populacional e a territorial) com os outros países do Mercosul. Com um PIB⁸ em 1996, de 554.587 bilhões de dólares, o Brasil detém 65% do PIB total do Mercosul, quase o dobro da Argentina (cujo PIB fica próximo ao somatório daqueles dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro) e mais de quinhentas vezes maior do que o do Uruguai e do Paraguai cujos PIBs equivalem respectivamente aos dos estados brasileiros do Mato Grosso do Sul e do Ceará (Almanaque Abril, 1997:173,192; Banco Mundial, 1996:6-8). Além da assimetria interna, o Mercosul exibe assimetria externa

⁸ O Produto Interno Bruto da economia representa a soma do valor monetário final de bens e serviços produzidos, medindo a capacidade produtiva de um país.

ainda maior, refletindo um bloco situado na periferia da economia mundial, já que seu PIB não chega a corresponder nem a um sétimo dos segundos maiores blocos, o NAFTA e a UE (Almanaque Abril, 1997:173).

GRÁFICO 2

Participação dos Países-Membros no PIB do Mercosul. 1996.



FONTE: BANCO MUNDIAL ,1996: 6-8; ALMANAQUE ABRIL, 1997: 173.

No comércio exterior (outro dado importante para avaliar a riqueza de um país ou região) em 1993, segundo Praxedes e Pilelli (1997:47), as exportações de mercadorias produzidas no Mercosul para fora desse mercado, somaram 54 bilhões de dólares, maior do que as importações de produtos de fora do Mercosul que chegaram a 46 bilhões de dólares, indicando bom sinal econômico. Entretanto, segundo ainda os autores, o comércio entre os países do Mercosul ainda é pequeno embora esteja numa tendência crescente, pois na realidade, o Brasil (país mais industrializado dos quatro) e a Argentina, comercializam muito mais com os EUA do que entre si. Mas, em 1993, a Argentina tornou-se o segundo parceiro para as exportações brasileiras e o Brasil, o primeiro para as exportações argentinas. De 1991 a 1994, o comércio entre os países quase triplicou atingindo 10,4 bilhões de dólares e apenas de janeiro a março de 1995, as vendas para o Mercosul representaram 15,3% das exportações brasileiras (Praxedes e Piletti, 1997:47).

Segundo Ventura (1994:58-64), os principais parceiros comerciais do Brasil além dos EUA e da Argentina, são o Japão, Holanda, Itália, França e Alemanha. Em 1992, o volume exportado do Brasil foi de 36.207 milhões de dólares dos quais 75% corresponderam a produtos industrializados principalmente semifaturados (café industrializado, suco de laranja, calçados e material de transporte) e 25% correspondentes a produtos básicos (café em grãos, minério de ferro, soja em grãos e açúcar). O volume importado foi de 20.542 milhões de dólares (menor do que as exportações) sendo 61% de combustíveis e lubrificantes, 28% de bens de capital (outra sinalização econômica positiva) e 11% de bens de consumo. A Argentina que tem como principais parceiros comerciais o EUA, Brasil, países da ex-URSS, Alemanha, Holanda e Japão; exportou um volume de 12.240 milhões de dólares em 1992 (equivalente a um terço das exportações brasileiras) sendo 64% de produtos primários; 8% de combustíveis, minerais e metais; 7% de máquinas e equipamentos de transporte; e 21% de outros manufaturados. As importações argentinas alcançaram 14.890 milhões de dólares (desequilibrando a balança comercial) sendo 66% de máquinas e equipamentos de transporte; 19% de combustíveis; e 15% de alimentos e produtos primários. O Uruguai que tem como principais parceiros comerciais o Brasil, Argentina, EUA, Alemanha e o Japão, em 1992, teve um volume de exportação da ordem de 1.703 milhões de dólares (correspondentes a 4,7% do Brasil e a 8,3% da Argentina) e de importação, de 2.045 milhões de dólares (também com equilíbrio da balança comercial). Os produtos mais importantes na pauta de exportações do Uruguai foram os têxteis e suas manufaturas (27%), animais vivos e produtos do reino animal (22%), couros, peles e produtos de couro (12%); de importação, destacaram as matérias primas e bens intermediários incluindo o petróleo e combustível (61%), bens de consumo duráveis e não duráveis (23%) e bens de capital (16%). E finalmente o Paraguai que tem como principais parceiros comerciais o Brasil,

Argentina, EUA e Alemanha e que em 1992 exportou um volume de 1.035 milhões de dólares (praticamente a metade do Uruguai) e importou 1.525 milhões de dólares (também em desequilíbrio comercial). Na pauta dos produtos exportados do Paraguai 35% corresponderam a fibras de algodão, sementes de soja, frutas e legumes e 22% de produtos pecuários, madeira, azeite, tabaco e 43% de produtos de consumo. Nas importações, 33% foram de bens de consumo não duráveis, 20% de bens intermediários e 26% de bens duráveis (Ventura, 1994:58-74).

Conforme demonstra a Tabela 2, mais da metade dos PIBs dos países do Mercosul é proveniente do setor terciário⁹ das suas economias; com variação entre 22% a 34,5% do PIB proveniente do setor secundário ou industrial, em que o Brasil e a Argentina se destacam já que são mais industrializados (o Brasil com um parque industrial mais dinâmico e diversificado); e a menor participação do PIB proveniente do setor primário ou agropecuário, a exceção do Paraguai que historicamente é voltado para a atividade agrícola como também e principalmente para a comercialização ilegal.

Se atestamos no patamar demográfico e geoeconômico, o gigantismo do Brasil entre os seus parceiros, as assimetrias internas no Mercosul não se manifestam apenas nesses planos, elas incidem também sobre o perfil social. Mesmo apenas considerando o PIB *per capita*¹⁰ (Tabela 2), o Brasil dado a sua grande demografia, apresenta o segundo menor PIB *per capita* do Mercosul, atrás apenas do Paraguai onde apesar de menor população, seu PIB é o menor entre os países-membros.

⁹ Ou de serviços, principalmente segundo Ventura (1994:58-74), proveniente dos estabelecimentos financeiros, comerciais, hotelaria, restaurantes e seguros móveis.

¹⁰ Que isoladamente pode levar a uma visão distorcida das reais condições de vida dos habitantes dado o seu principio de repartição universal da riqueza na população de um país.

TABELA 2

PIB, Percentual do PIB por Setor Econômico e PIB *per capita*
dos Países-Membros do Mercosul. 1996

INDICADORES	BRASIL	ARGENTINA	URUGUAI	PARAGUAI
PIB (bilhões de dólares)	554.587	281.922	10.133	7.826
% DO PIB POR SETOR ECONÔMICO				
Agropecuário	11%	5%	8%	24%
Industrial	34,5%	30%	23%	22%
Serviço	54,5%	65%	69%	54%
PIB <i>PER CAPITA</i> (mil dólares)	2.970	6.400	4.660	1.580

Fontes: BANCO MUNDIAL, 1996:6-8; ALMANAQUE ABRIL, 1997:113,472-479.

Uma visão social mais realista, pode ser obtida através de outros indicadores. Assim, examinando a Tabela 3 e o Gráfico 3, podemos verificar que o Brasil é também e concomitante ao seu gigantismo econômico, um anão social. Até os primeiros anos da década atual, apesar da tendência nas últimas décadas de decréscimo da mortalidade infantil¹¹ e do analfabetismo, bem como do crescimento da expectativa de vida dos brasileiros (ganha-se praticamente um ano a cada sete anos); o Brasil, país mais industrializado e economicamente mais desenvolvido da América Latina, apresenta ainda uma alta taxa nacional de mortalidade infantil (de 35/1.000, sem considerarmos as taxas regionais principalmente do Nordeste que chega a 63 óbitos por 1.000 nascidos vivos) superior inclusive à do Paraguai; praticamente o dobro da Argentina (21/1.000); e maior do que o dobro da mortalidade infantil do Uruguai (17/1.000). Maior diferença encontra-se em relação à proporção de analfabetismo¹² na população brasileira.

¹¹ O indicador de mortalidade infantil destaca-se como um dos mais sensíveis indicadores de pobreza de uma população e principalmente das profundas desigualdades intrínsecas aos países subdesenvolvidos.

¹² Proporção de pessoas entre o total da população com mais de 15 anos que não entendem e/ou não sabem ler e escrever pequenas frases empregadas em seu cotidiano

Como destaca Luce (1990:257), o Brasil está na lista dos “dez mais analfabetos do mundo”. A sua taxa de analfabetismo é sete vezes maior do que no Uruguai e na Argentina e ainda maior do que o dobro da proporção de analfabetos do Paraguai. No Mercosul, o analfabetismo atinge 18.580 milhões de adultos, correspondentes a 16,2% do total da população acima de 15 anos dos quatro países ou ainda quase três vezes mais do que o total da população geral do Uruguai e Paraguai juntas. Segundo Chacon (1996:70-71) esta também é uma realidade no Pacto Andino, com uma taxa de analfabetismo de 14,7% e diferente na UE, Nafta e CEI com cerca de 5% de analfabetismo.

Em relação à expectativa de vida ao nascer, o Uruguai e a Argentina se destacam com médias mais próximas às dos primeiro mundo (acima de 75 anos) enquanto que o Brasil não consegue apresentar melhor expectativa diante mesmo do Paraguai, país menos desenvolvido do Mercosul. Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Brasil, com base no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH¹³), se classificava em 1992, em 59º (lugar, posição inferior à dos países como o Uruguai, Singapura, México, Argentina, Colômbia, Malásia, entre outros (PNUB, 1992:8). Na associação do PIB *per capita* com as taxas de mortalidade infantil, de analfabetismo e a expectativa de vida ao nascer (usualmente utilizada pela Unicef como indicador de condições de vida para comparação entre diferentes países do mundo), observa-se no caso do Mercosul, que essas condições gerais de vida tendem a ser melhores onde o PIB *per capita* é mais elevado, realidade portanto , da Argentina e do Uruguai.

Considerando a grandeza do número absoluto do PIB brasileiro e a dimensão da sua população, números equidistantes dos três países e visualizando o seu percentual gasto na área social bem como os gastos *per capita* nas três áreas sociais (saúde, educação e

¹³ O IDH é constituído pela análise do nível de saúde, representado pela expectativa de vida; o nível de educação, representado pelo índice de alfabetização de adultos e pela média dos anos de estudos na população; e o nível de renda, representado pelo PIB *per-capita*.

previdência), confirma-se o destaque do Brasil como um anão social perante os seus parceiros (principalmente da Argentina e do Uruguai) e diante mesmo do Paraguai, a menor economia do bloco, o qual investiu apenas 35,50 dólares *per capita* a menos do que o Brasil na saúde, educação e previdência social.

Em relação ao gasto com seguro social¹⁴, Mélici (1987:414-417) constatou nos anos 80, que os países subdesenvolvidos desembolsaram pequenas parcelas do PIB (em média 4% do PIB), ocorrendo o inverso nas nações desenvolvidas (em média desembolsaram 25% do PIB com seguro social) situação que diagnostica como mais precária considerando que o mundo subdesenvolvido tem PIBs menores e populações bem maiores do que se verifica nas nações desenvolvidas.

Na relação com os demais países do Mercosul, o Brasil apesar de se caracterizar como um país com um PIB diferenciado, investe menos ainda do que os seus parceiros na área social, considerando sua grande população associada ao pequeno percentual do PIB para o investimento social.

Analisando comparativamente o gasto público pelo percentual do PIB na América Latina, Soares (1995:78-86) também identificou os diferentes patamares de compromisso entre os países no período de 1986-1988 (entre os quais, o Uruguai com 15% do PIB, o Paraguai com 5%, a Argentina e o Brasil com 9%). A autora, destaca concluindo com auxílio da análise de indicadores (gastos com seguridade social, gasto público social *per capita*) que ...“a deterioração da situação social associada à redução do gasto público social, ambas provocadas e/ou agravadas, em diferentes medidas, por políticas de ajuste econômico, vem se tornando uma combinação cada vez mais perversa na América Latina” (Soares, 1995:78).

¹⁴ Definição baseada na norma mínima do Convênio OIT N°102 de 1952 (OIT, 1981:4) que inclui assistência médica; seguros maternidade, desemprego, acidente de trabalho ou doença profissional, família e invalidez.

TABELA 3

Indicadores Sócio-econômicos dos Países-Membros do Mercosul. 1996.

INDICADORES	BRASIL	ARGENTINA	URUGUAI	PARAGUAI
EXPECTATIVA DE VIDA				
Homens	70,1	76,8	76,2	73,1
Mulheres	65,5	69,7	69,7	69,4
MORTALIDADE INFANTIL (Por mil nasc. vivos)	40	21	17	35
ANALFABETISMO (% da pop. ≥ 15 anos)	17%	4%	2,4%	8%
% do PIB no GASTO SOCIAL	9,4%	15,1%	16,3%	4,8%
GASTO <i>PER CAPITA</i> POR SETOR (dólares)				
Saúde	95,6	190,96	167,86	95,0
Educação	120,7	73,0	100,0	80,0
Seguro Social (*)	335,5	342,78	389,56	300,0

Fontes: BANCO MUNDIAL, 1996:11; ALMANAQUE ABRIL, 1997:173,192,472-479; PRAXEDES, 1997:48.

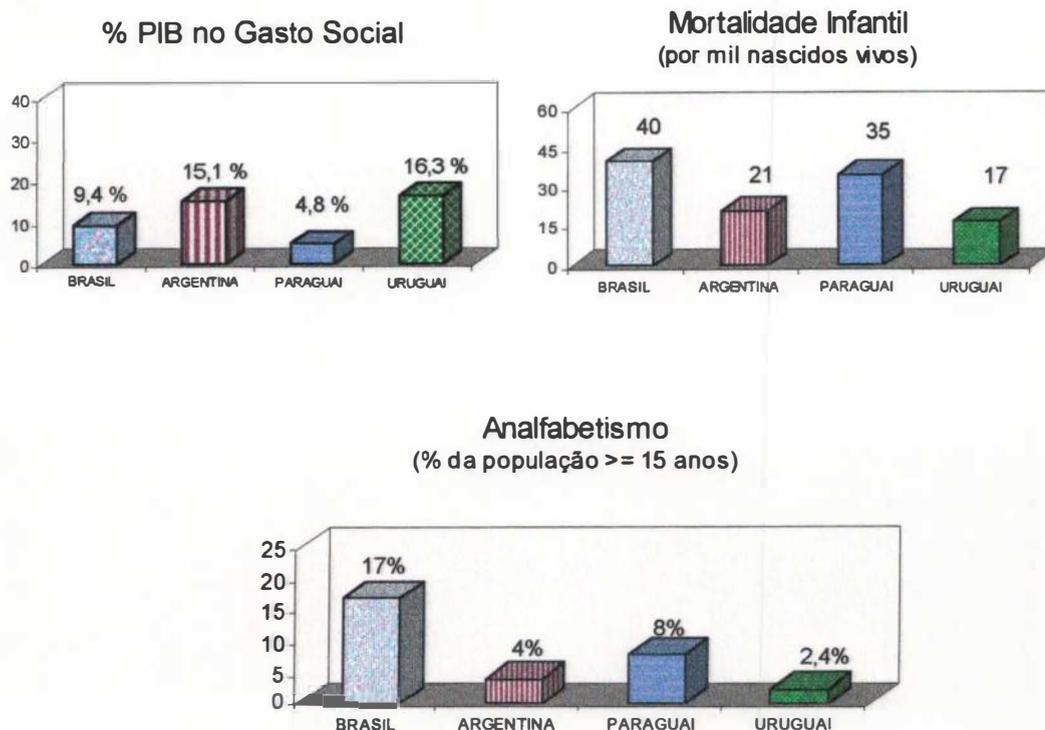
(*) O que no Brasil equivale à Previdência Social.

Economicamente o Cone-Sul tem sido apresentado como um grande e potencial mercado consumidor a nível mundial dada a sua grande dimensão populacional e ainda até recentemente por ter constituído uma economia fechada ao acesso e ao consumo de mercadorias internacionais. A ampliação do mercado consumidor - mola mestra histórica do capitalismo – particularmente do mercado latino-americano e em especial do Mercosul, constitui atualmente grande interesse dos outros blocos regionais que já acordam tratados de negociação privilegiados com o Mercosul. Entretanto, o olhar da população dos países como vorazes consumidores, tem limitações na medida em que grande parcela dessa população vive na pobreza, o desemprego vem aumentando, os salários decrescendo ao longo dos anos e existe uma também histórica concentração de riqueza e assim, na

realidade, essa população total não pode ser considerada como potencial consumidora. Sem recursos para comprar mercadorias, grande parcela está fora do mercado de consumo. Grosseiramente, esse potencial se reduz inicialmente, à mais da metade da população nos países do Mercosul já que a sua população economicamente ativa (ou PEA, que também inclui os que estão desempregados) representa em média 40,9% (Tabela 4) do total da população dos quatro países e ainda pelo fato do baixo poder aquisitivo que a aposentadoria proporciona. Se de um lado a faixa etária de 15 a 64 anos na pirâmide populacional do Cone-Sul representa a maior parcela com tendência para o seu crescimento, amplia-se óbvio, a população economicamente ativa que pressiona socialmente o mercado de trabalho na busca de empregos. Esse crescimento de demanda, não corresponde nem de longe à oferta de postos de trabalho. Assim, o desemprego alija também outra parcela da população do consumo, além de pressionar o investimento público em seguridade social.

GRÁFICO 3

Participação Percentual do PIB no Gasto Social, Mortalidade Infantil e Analfabetismo nos Países-Membros do Mercosul. 1996.



FONTE: BANCO MUNDIAL, 1996: 11; ALMANAQUE ABRIL, 1997: 173, 192, 472-479; PRAXEDES, 1997: 48.

Como demonstra a Tabela 4, na PEA dos quatro países a mão-de-obra feminina tem importante papel, esses percentuais do total das mulheres em idade ativa nos países, espelham a sua inserção cada vez maior no mercado de trabalho como fenômeno já verificado e condicionado não só pela crescente profissionalização feminina mas também e ou concomitante pela busca da preservação ou aumento do orçamento familiar ou ainda para a manutenção da família à seu cargo. Com a população de idosos cada vez maior e demandantes de investimentos públicos, com o desemprego na PEA e ainda com o aumento do trabalho informal (não contribuintes previdenciário), a relação de dependência previdenciária dos reais contribuintes (os trabalhadores) tende a piorar, achatando ainda os valores, já baixos, pagos aos benefícios. Na atual realidade dos países

latinos, de implantação de uma política econômica neoliberal, o mercado de trabalho se desestruturou, houve a quebra das tendências de crescimento do assalariamento, de redução do número de empregos sem carteira e por conta própria; atualmente, tanto o desemprego cresce como também o trabalho informal, que já era grande. A substituição dos empregos sem carteira assinada ou por conta própria no mercado de trabalho informal vem sendo apontada pelos governos como uma solução para o desemprego, no entanto, segundo Barcelos (1997:42), a grande maioria dos trabalhadores informais, é de pessoas que não conseguem empregos formais no mercado de trabalho e aceitam biscates para sobreviverem, caracterizando então uma precária inserção no mercado de trabalho sem garantias trabalhistas e de pequenos rendimentos. Recentemente no Brasil, a aprovação legal do contrato de trabalho por tempo determinado, tem sido apontado por parte governamental, como uma solução para aumentar o nível de emprego no país. No entanto, ao contrário do que afirma o Governo, o contrato temporário só contribui para aumentar o desemprego, pois cria trabalhadores de segunda categoria, precarizando as relações de trabalho, retirando direitos históricos, facilitando as demissões e estimulando a troca de trabalhadores contratados formalmente por um contingente com data marcada para perder seu emprego.

O ritmo frenético de aumento do índice de produtividade principalmente no setor industrial na década atual, tem como consequência o aumento do nível do desemprego. No Cone-Sul, de acordo com Barros (1996:3), o PIB tem se expandido a taxas de 2% a 3% ao ano, a produtividade a uma velocidade de 7% e o emprego decrescendo a um índice anual de 5% a 7%. Assim em 1996, a Argentina apresentou um desemprego de 18% da PEA, o Paraguai 10%, o Brasil 6% e o Uruguai 5%, o que equivale a um total cerca de 5 milhões de pessoas desempregadas na região (cerca de 4.300 milhões de brasileiros ou equivalente a toda população do Paraguai junto a um quarto da população do Uruguai).

Segundo Simonetti e Grinbaum (1998:68), em 1997 a taxa de desemprego brasileira, foi quase 50% maior do que em 1990, ano em que o país estava em recessão e o dinheiro, preso nos cofres do Plano Collor. Já no início de 1998, a taxa de desemprego brasileiro cresceu para 7% (batendo com a taxa de 1981, quando o país quebrou). De acordo ainda com Simonetti e Grinbaum (1998:68), os consultores econômicos, apostam numa alta do desemprego ainda maior, de 9% em 1998. A redução relativa dos salários mínimos nos quatro países também tem sido profunda, como destaca Alves (1992:76-78), só no período de 1980 a 1988 a perda do salário mínimo real da Argentina foi de 21,8%, no Brasil de 7,4%, no Uruguai de 6%, sendo que no Paraguai houve aumento de 9%, no entanto, como destaca a autora, nem um terço dos trabalhadores desse último país, recebe o salário mínimo.

TABELA 4

População Economicamente Ativa Total e Feminina e o Desemprego nos Países-Membros do Mercosul. 1996.

INDICADORES	BRASIL	ARGENTINA	URUGUAI	PARAGUAI
PEA TOTAL (Pop. ≥ 15 – 64 anos)	45,2%	37,8%	45%	35,5%
PEA FEMININA (Do total das mulheres de 15 / 64 anos)	35%	30%	40%	28%
TAXA DE DESEMPREGO (na PEA)	6%	18%	5%	10%

Fontes: BANCO MUNDIAL, 1996:10; ALMANAQUE ABRIL, 1997:472-479; PRAXEDES, 1997:48.

O desemprego constitui o maior desafio econômico deste fim de século, não só na realidade latino-americana, mas na mundial, haja visto as suas altas taxas mesmo em países desenvolvidos. Na realidade latino-americana e em especial no Cone-Sul, o desemprego

(bem como a perda relativa do valor do salário mínimo) se apresenta não só como consequência da crise econômica advinda da dívida externa dos anos 80 caracterizando-o como desemprego conjuntural, mas também como consequência da reestruturação produtiva no contexto da globalização econômica, caracterizando o desemprego como estrutural. Se de um lado os países desenvolvidos vivenciam os impactos da globalização com o desemprego estrutural (característica do mercado de trabalho dos anos 90), o Cone-Sul vivencia a associação dessas formas de desemprego. Segundo Tavares (1994 :75-76) os países do Cone-Sul – devedores do mundo capitalista periférico – se sujeitam às regras políticas macroeconômicas aplicadas pelos organismos internacionais, principalmente do FMI e do Banco Mundial, as quais deveriam produzir um ataque simultâneo aos mecanismos inflacionários tais como o déficit público, o déficit de balanço de pagamento, cujas “receitas” de combate estariam centradas no ajuste fiscal (com corte de despesas e incremento de receitas), desvalorizações cambiais e políticas monetárias duras.

Se os países como principalmente o Brasil e a Argentina saíram da ditadura com o consenso de que um dos seus problemas centrais era a dívida social que a ditadura havia feito crescer a economia sem distribuição de renda, o neoliberalismo foi impondo um outro consenso, o de que o problema é o déficit público. Como um corpo de doutrina já consolidado a que Tavares (1994:76) denomina de “paradigma da modernidade conservadora”, as reformas neoliberais estão centradas na desregulamentação dos mercados, abertura comercial e financeira e redução do tamanho e do papel do Estado para chegar ao chamado Estado Mínimo.

Como a prioridade dos países do Mercosul tem sido a estabilização econômica centrada no combate à inflação (através do combate ao déficit público) , na análise de Kuntz (1997:227-228), o temor da inflação pelos Estados, tem tomado o lugar da

preocupação com o desemprego e que a reconquista da estabilidade fiscal e monetária, implicaria nas visões governamentais, num retrocesso nas políticas sociais (num viés de interpretação dos Estados sobre o crescimento da inflação) e um afrouxamento das políticas de emprego.

Se inicialmente a crise econômica tenha aumentado o desemprego conjuntural no Cone-Sul (como expressão do metabolismo regular da economia), a sua inserção mesmo que periférica na nova ordem econômica, atualmente propicia a convivência com o desemprego estrutural dada a reestruturação produtiva. Como Afirma Fuentes (1997:369) ...“o desemprego assume certa estabilidade e com nova característica – estabilidade em uma taxa maior – o que nos remete a uma nova conceituação: não se trata de um desemprego tipicamente cíclico, mas sim de um desemprego estrutural. Assim, o aumento do desemprego nos anos 90 não deve ser entendido somente como resultado do comportamento negativo das principais variáveis econômicas, em resposta ao comportamento recessivo da economia”.

Embora os países do Mercosul tenham banido a alta inflação, as moedas tenham se estabilizado, avançaram na integração dos seus mercados, restauraram a democracia e ainda vêm atraindo investimentos internacionais, ironicamente, o desemprego está explodindo notavelmente. O Brasil e a Argentina, economias industrializadas, sofrem as dores da “transição modernizadora”. Em ambos os países na análise de Viana (1997:20-21), a abertura comercial feita sem os necessários critérios e as privatizações aliadas aos impactos da excessiva valorização das moedas e juros altos, vêm ceifando milhares de empregos no setor secundário de suas economias. O Brasil, apenas no período de 1989 a 1997, o processo de enxugamento do setor público executado através das privatizações e dos programas de demissões voluntárias, conseguiu extinguir aproximadamente 600.000 postos de trabalho (Veja, 1998:19). Na Argentina e no

Brasil, segundo ainda Viana (1997:21), assiste-se a uma configuração totalmente nova no perfil da oferta de empregos, guiado pelos motores do setor de serviços, da reengenharia e da informatização.

A globalização resume um amplo conjunto de mudanças na tecnologia, nos padrões de gestão, na divisão do trabalho, na ordenação do mercado de trabalho com conseqüentes transformações no mundo do trabalho. A incorporação crescente da tecnologia no processo de trabalho e produção implica em expulsão de mão-de-obra das atividades produtivas e de forma permanente no mercado de trabalho formal daqueles trabalhadores não qualificados de acordo com as novas exigências requeridas: melhor escolaridade, iniciativa, polivalência, qualificação profissional abrangente, dinamismo e domínio da tecnologia utilizada com versatilidade para a incorporação de novas tecnologias. A produtividade com qualidade é alcançada com menos trabalhadores e menos custos trabalhistas implicando em produtos mais baratos que são potencialmente mais competitivos no mercado consumidor. A almejada competitividade no mercado global configura novos modelos de gestão de mão-de-obra que consiste segundo Deluiz (1995:163) ... “em induzir ao uso e ao exercício da inteligência, da atenção, do senso de responsabilidade, da antecipação, da autonomia e da imaginação”. A mudança na organização do trabalho que rompe com o modelo taylorista/fordista segundo Deluiz requer ... “a convergência entre as atividades de concepção e execução, o trabalho direto passa a ter uma única visão de conjunto da produção; recria-se a polivalência, e uma capacidade de generalista, resultando uma identificação cada vez maior da natureza do trabalho dos operários e engenheiros. O trabalho em equipe torna-se fundamental, com interdependência de funções e de níveis, ganhando ênfase as capacidades de diálogo, comunicação e integração e a responsabilidade coletiva” (Deluiz, 1995:163).

Na realidade do Mercosul, se traduz pela perda permanente de empregos, pela inserção precária na economia informal e não a reposição da ocupação dos empregos por trabalhadores mais qualificados, haja visto as taxas de analfabetismo entre os adultos nos países-membros e ainda segundo Alves (1992:69), os baixos coeficientes de ingresso e menores ainda de egresso na educação secundária (os mais baixos no Brasil e no Paraguai), considerada atualmente como requisito mínimo para a assimilação de alta tecnologia.

No processo de reestruturação produtiva, outra importante mudança imposta ao mercado de trabalho, é a flexibilização. Segundo Lagos (1994:84-90), a flexibilidade do mercado de trabalho pode ser classificada em: flexibilidade dos custos de trabalho, numérica e funcional. A primeira refere-se aos custos diretos e indiretos dos salários que têm sido apontada na doutrina neoliberal como uma das formas de rigidez que impede o bom funcionamento do mercado de trabalho. A flexibilidade numérica envolve duas alternativas: uma seria o ajuste da força de trabalho (que o autor chama de flexibilidade numérica externa) e a outra, pelo número de horas de trabalho que significa a modificação das horas de trabalho sem alterar o número de empregados (flexibilidade numérica interna). A flexibilidade funcional diz respeito à capacidade de uma empresa resolver os problemas originados pela crise mediante a recolocação dos seus trabalhadores dentro dela mesma. Fuentes (1997:362) acrescenta à classificação de Lagos, outra forma de flexibilização, a natural, em que a existência de um amplo mercado informal (para onde há o deslocamento dos trabalhadores demitidos do mercado formal) tem sido apontado na perspectiva neoliberal, como uma alternativa de emprego diminuindo os custos a serem enfrentados no mercado de trabalho durante o processo de reestruturação produtiva. Analisando essa alternativa, Fuentes (1997:369-373), deduz que além da precariedade da inserção no mercado informal onde a maioria dos trabalhadores

sobrevivem na verdade de biscates, e apesar do grande crescimento do setor informal da economia, maior ainda na década de 90, este tem demonstrado evidências de incapacidade em absorver os desempregados do setor formal tendo em vista a ocorrência paralela do aumento da taxa de desemprego, não podendo o setor informal ser visto portanto, como o redutor do custo de ajuste. Assim, conclui, o que fica evidente é a necessidade de criação de políticas de emprego que tendam diminuir os impactos do processo de reestruturação produtiva não se descartando que, desta vez, caiba ao Estado, assumir o papel de uma variável de ajuste, diminuindo para a sociedade o custo do ajuste.

No entanto, as decisões governamentais no Mercosul, tem sido de encaminhamento legal para a flexibilização do mercado de trabalho, como são exemplos a aprovação do contrato de trabalho temporário no Brasil em 1998, como também da nova lei de empregos da Argentina de 1991 reformada em 1995 (Falak, 1996:21) que possibilitam as empresas e instituições de qualquer setor da suas economias, contratarem pessoal por prazos determinados, com mínimos custos sociais e sem indenização na demissão. Ou ainda como exemplo no Brasil, a reformulação dos regimes contratuais existentes no funcionalismo público, flexibilizando-os, com perda da estabilidade total ou parcial desta conforme a situação funcional, num mercado que já é flexível desde o advento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço ou FGTS (diferentemente do Paraguai que conserva a estabilidade) da terceirização e mais flexível “naturalmente”, dado o seu mercado informal. Segundo Krein (1997:485-486), a proposta governamental brasileira de flexibilização das relações de trabalho pode ser descrita através: da recusa de uma política de relações industriais baseadas na discussão com os sindicatos e no compromisso; da construção de barreiras restritivas à ação dos sindicatos, no que tange ao direito de greve; do projeto de mudança da legislação trabalhista de modo a permitir rearranjos nas empresas, particularmente no que se refere ao pagamento ou não de encargos como férias,

abonos, licenças, décimo terceiro salário, FGTS, INSS e outros; da diminuição do poder normativo da justiça do trabalho; e da diminuição da proteção estatal aos sindicatos. As autoridades governamentais vêm elaborando portanto, planos de flexibilização de direitos pretendendo que a redução dos custos da força de trabalho ou a precarização das relações de trabalho seria um meio eficiente na geração de empregos. São propostas também em evidência no Paraguai e Uruguai sendo que neste último país, segundo Viana (1997:57-58) há uma política declarada de intervenção governamental no desemprego em que o próprio Ministério do Trabalho criou o chamado “Observatório do Mercado de Trabalho” para acompanhar de perto a evolução do desemprego e tomar medidas políticas destinadas a neutralizá-la mesmo que a opção seja também no sentido de interferir para gerar empregos, mas precarizando as relações de trabalho.

2.2. - GLOBALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO : O CONTEXTO GERAL DE SURGIMENTO DO MERCOSUL

O termo globalização não se reduz à reorganização da economia mundial embora ele normalmente esteja associado a processos econômicos, tais como circulação de capital, ampliação de mercado e integração da produção. Além da transnacionalização das relações econômicas, refere-se também às sociais, políticas e culturais. A globalização segundo Vieira (1997:73-74) constitui ... “uma nova configuração espacial da economia mundial como resultado geral de velhos e novos elementos de internacionalização e integração, como também na difusão de padrões transnacionais de organização econômica e social, consumo, vida ou pensamento, que resultam do jogo de pressões competitivas do mercado, das experiências políticas ou administrativas, da amplitude das comunicações ou

da similitude de situações e problemas mas impostos pelas novas condições internacionais de produção e intercâmbio”.

Na visão de Ianni (1996:14), a globalização refere-se a um novo surto do capitalismo, como modo de produção e processo civilizatório. Na essência, consensualmente se reconhece o capitalismo como base da globalização e, como afirma Ianni , ... “a história do capitalismo pode ser vista como a história da mundialização, da globalização do mundo” (1995:55). Um processo histórico segundo o autor (1995:56), que se altera conforme a época e o jogo das forças do mercado mundial em que o caráter de mundialização do capitalismo emerge desde meados do século XX e expande-se excepcionalmente a partir do desabamento do mundo bipolarizado em capitalismo e comunismo.

Atualmente, a globalização do capitalismo encontra-se com outro impulso, com um modo de produção intensiva e extensiva, com base em novas tecnologias, criação de novos produtos, internacionalização do trabalho e mundialização dos mercados. Ela envolve nações colocando em xeque o nacionalismo e envolve empresas transnacionais que planejam e controlam minuciosamente os recursos de capital, tecnologia, força de trabalho, preservam e conquistam mercados e ainda induzem decisões governamentais. Nesse cenário é que ocorre o processo civilizatório universal do capitalismo o qual vem revolucionando continuamente as relações, processos e estruturas regionais e nacionais; envolvendo indivíduos e coletividades, grupos e classes sociais; onde são recriadas outras formas sociais de vida e trabalho; formando ou desenvolvendo instituições, padrões e valores em conformidade com as exigências da “racionalidade”, da “produtividade”, da “competitividade” e da “lucratividade” (Ianni, 1996:26-30).

Tal é a dinâmica da globalização do capitalismo, que projetos de desenvolvimento de cunho estritamente nacionais, tornam-se inviáveis, já o que está em jogo, é a

competitividade alcançada no panorama mundial. A sociedade nacional transforma-se, então, de acordo com Ianni (1996: 111), em um subsistema ou segmento de uma totalidade, uma “província” da economia global. Como recente exemplo da interdependência econômica entre os países e os blocos econômicos, a crise asiática deflagrada a partir de julho de 1997, em tempo real, nunca antes vivenciado, desencadeou em todo o mundo, as maiores quedas nas bolsas de valores verificadas na atualidade e a tal ponto, que os prognósticos positivos sobre desenvolvimento e o emprego nos países (principalmente os periféricos, como é o caso dos países do Mercosul), podem-se realizar se a economia internacional conseguir superar a crise asiática e retornar à estabilidade.

A regionalização ou a formação de blocos de países pode ser vista como uma ... “ técnica de conservação dos interesses nacionais por meio da integração, mas sempre no âmbito da globalização “ (Ianni, 1996:18). Constitui ainda ... “um processo por meio do qual a globalização recria a nação, de modo a conformá-la à dinâmica da economia transnacional ... que envolve a formação de sistemas econômicos que redesenham e integram economias nacionais, preparando-as para os impactos e as exigências ou as mudanças do globalismo” (Ianni, 1996:127).

A emergência dos blocos econômicos supranacionais facilitando a circulação de mercadorias e capital entre os países que compõem uma zona de livre comércio, espelha nitidamente o processo de ampliação do mercado ao mesmo tempo que configura a reorganização dos Estados Nacionais. O regionalismo amplia o seu mercado protegendo-o e viabiliza a articulação e competição no mercado global. Paralelamente, traçando uma globalização vertical, as gigantescas empresas lideram o mercado mundial diluindo os limites representados pelas barreiras regionais ou nacionais. Ao lado das empresas transnacionais e no plano mundial, as relações comerciais são reguladas pela Organização Mundial do Comércio (OMC), antigo GATT ou Acordo Geral sobre Tarifas e

Comércio; pelo Fundo Monetário Internacional (FMI); e pelo Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD). Constituem organizações com recursos financeiros e jurídico-políticos fortes o suficiente para induzir a criação de blocos e impor políticas monetárias e fiscais ao sistema capitalista mundial. Em conformidade com as empresas transnacionais e com as exigências do mercado, essas organizações orientam e induzem à privatização, desestatização, desregulação, modernização e racionalização, em concordância ou oposição dos Estados Nacionais.

O primeiro bloco econômico aparece com a criação em 1957 da Comunidade Econômica Européia (embrião da União Européia). Entretanto, a tendência à regionalização da economia só é fortalecida a partir dos anos 80. Atualmente, os mais importantes são a União Européia (UE), o Acordo de Livre Comércio da América do Norte (NAFTA), a Cooperação Econômica da Ásia e do Pacífico (APEC) e o Mercado Comum do Sul (MERCOSUL). Em 1992, corresponderam a um PIB de 7 trilhões de dólares e uma população de 372 milhões de habitantes na UE; a 7,5 trilhões e população de 391 milhões no NAFTA; a 14 trilhões e população de 2 bilhões na APEC; e a um PIB de 855 bilhões de dólares e população de 200 milhões de habitantes no MERCOSUL (Almanaque Abril, 1997:173).

Sob a liderança da Rússia, a Comunidade de Estados Independentes (CEI) agrupa doze ex-repúblicas soviéticas que realizam a transição à “economia de mercado”, com o objetivo de progressivamente constituir um sistema regional, integrado num mercado comum. Corresponde a um PIB de 550 bilhões de dólares e uma população de 285 milhões de habitantes (Almanaque Abril, 1997:173).

Outros blocos foram formados mas são considerados menos notáveis ou ainda incipientes: a Comunidade do Caribe e o Mercado Comum (CARICOM) constituída por doze países membros, com um PIB de 16 bilhões de dólares e uma população de 5 milhões

de habitantes; a Associação das Nações do Sudeste Asiático (ASEAN), com sete países membros, um PIB de 541 bilhões de dólares e uma população de 429 milhões de habitantes; a Comunidade da África Meridional para o Desenvolvimento (SADC), formada por onze países, com um PIB de 145 bilhões de dólares e uma população de 137 milhões de habitantes e ainda na América do Sul, o Pacto Andino, constituído pela Venezuela, Colômbia, Peru, Bolívia e Equador, com um PIB de 197 bilhões de dólares e uma população total de 101 milhões de habitantes (Almanaque Abril, 1997:173).

Em pauta atualmente, encontra-se em discussão a Área de Livre Comércio das Américas (ALCA), uma idéia elaborada desde 1994 na primeira Cúpula das Américas em Miami, em que seriam derrubadas as barreiras comerciais entre os países-membros das três Américas. Um bloco econômico maior do que a UE, com possibilidade de geração de riqueza segundo Nascimento Neto (1997:118), em torno de 9 trilhões de dólares e com uma população de 758 milhões de habitantes. Em maio de 1997 representantes de trinta e quatro países das Américas (a exceção de Cuba que não foi convidada) reuniram-se numa conferência em Belo Horizonte, na qual a proposta dos Estados Unidos era a abolição das tarifas de importação já para 1988. No debate - amplamente divulgado pela mídia - a posição brasileira avalizada pelos seus parceiros do Mercosul de que a pressa norte-americana poderia ter efeitos devastadores na indústria e no nível de emprego no bloco latino-americano, prevaleceu, sendo a Carta de Belo Horizonte redigida pelos Ministros das Relações Exteriores do Mercosul e assinada por todos os parceiros da ALCA. Prevaleceu a rejeição de antecipação na redução de alíquotas de importação (prorrogada para 2005) até que fossem resolvidos os problemas de acesso ao mercado consumidor norte-americano. Na análise de Nascimento Neto (1997:119), os EUA, apesar da proposta de liberação tarifária de importação, adotam entretanto táticas ou barreiras para coibir as suas importações quer seja através de cotas, problemas sanitários (como a

alegação de que a carne brasileira tem aftosa), fechamento da importação de determinados produtos agrícolas de acordo com a época de safra nos EUA, alegação de baixa qualidade dos produtos e ainda na realidade, a aplicação de altas taxas de importação dos produtos brasileiros (como é o caso do óleo de soja, do suco de laranja e do aço). Como outra razão para a pressa norte-americana, o autor aponta, além do grande déficit comercial dos EUA e do decréscimo das importações dos países europeus e asiáticos, o fato de que o Mercosul está sendo visto agora com seriedade dado os seus bons resultados já apresentados e como um grande negócio para a União Européia, pois significa o terceiro maior mercado consumidor do mundo.

Tal é o interesse dos EUA na implementação da Alca, que em outubro de 1997, o presidente norte-americano Bill Clinton realizou visita ao Brasil e à Argentina, ocasião em que pela primeira vez manifestou apoio ao Mercosul, mostrou disposição de rever as barreiras impostas a produtos brasileiros e ouviu dos governos brasileiro e argentino de que estes países precisam de mais tempo para preparar as suas economias para enfrentar o gigantismo americano, devido ao receio de que a abertura total aos produtos e serviços dos Estados Unidos provoque quebra e desemprego, se houver a área continental de livre comércio. Na segunda Cúpula das Américas realizada em 17 e 18 de maio de 1998 em Santiago do Chile, novamente a posição do Mercosul prevaleceu, ou seja, a rejeição de uma abertura econômica hemisférica para o ano 2005. Nesta reunião, além do posicionamento do Mercosul de que a este também interessa manter parceria com a UE evitando que o bloco sul-americano fique à mercê exclusiva de um acordo comercial dominado por interesses dos EUA, o líder deste último, foi alvo de contundentes críticas quanto a sua política de isolamento direcionada a Cuba.

Levando em consideração as interrelações entre os blocos e o fato de que os países latino-americanos lançaram-se no processo de integração parcialmente inspirados no

modelo europeu e, ainda, a experiência já adquirida na formação da UE e do NAFTA em relação às propostas, aos problemas e soluções tomadas quanto à migração de trabalhadores em mercados integrados, torna-se interessante enfocar as principais características desses dois processos de regionalização¹⁵.

A União Européia formada pelo Tratado de Maastricht (assinado em dezembro de 1991, vigorando à partir de novembro de 1993) com governo estabelecido em Bruxelas e liderança econômica da Alemanha, é formada por quinze países do continente (Alemanha, Áustria, Bélgica, Dinamarca, Espanha, Finlândia, França, Suécia, Holanda, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Portugal, Reino Unido e Grécia). O Tratado envolve a união política, monetária e econômica prevendo um mercado interno único, um sistema financeiro e bancário comum com moeda própria - o Euro - que deverá entrar em circulação à partir de 1999. Na questão social, foram definidos quatro direitos básicos dos cidadãos da UE: livre circulação, assistência previdenciária, igualdade entre homens e mulheres e melhores condições de trabalho. Prevê a unificação das leis trabalhistas, criminais, de imigração e as políticas externas dos países-membros bem como o fim do controle de fronteiras entre os seus signatários. A UE enfrenta entretanto, a oposição de alguns países, principalmente o Reino Unido que assinou o Tratado com a ressalva de não adotar a política social comum e de poder aderir ou não ao Banco Central e à moeda única. A principal crítica à UE é a transferência do poder dos governos nacionais ao governo único em Bruxelas. Mesmo representando um bloco economicamente dinâmico, com destaque mundial, vem apresentando um crescente nível de desemprego (12% da população economicamente ativa) atingindo cerca de 19 milhões de pessoas e marginalizando 15% da população, situando-a na linha de pobreza extrema, principalmente na Alemanha, França e Reino Unido - carros-chefes do processo da UE - os quais estão às voltas com um problema que

¹⁵ Descritos através dos dados e informações de Chacon (1996:24-28,35-40), Magnoli e Araújo (1994:7-15), e de Praxedes e Piletti (1997:17-29).

parecia do terceiro mundo: a pobreza. A manutenção dos salários domésticos e dos empregos encontra-se exposta à ameaça de países produzindo a custos bem mais baixos, como dos produtos asiáticas. As novas tecnologias incrementando a automação das empresas e as transferência de fábricas para outros países e continentes com mão-de-obra de custo menos elevado, continuam aumentando o desemprego na Europa (como exemplo recente, lembramos o fechamento da fábrica de automóveis Renault na França para ser aberta no estado do Paraná no Brasil). Nessa situação, no final de 1994, os países da UE passaram por cima das suas próprias recomendações sobre a abertura de fronteiras internas e concordaram em fechá-las a toda pessoa que não tivesse a possibilidade de procurar emprego fora do país de origem, não só dos imigrantes dos países pobres, como aqueles da UE. A xenofobia tem propiciado no continente, sérios incidentes violentos de grupos radicais já organizados principalmente na Alemanha. Em meio a altas taxas de desemprego e à inquietação social européia, a tendência eleitoral atual é de mudança no centro político de gravidade para a esquerda - como pudemos acompanhar as eleições na França e Inglaterra no primeiro semestre de 1997 - em busca da reafirmação do bem-estar social. No mapa político da UE, apenas a Alemanha e a Espanha, continuam com governos conservadores, mas ainda assim, governam à esquerda do capitalismo de estilo norte-americano, do turbocapitalismo.

O Nafta ou Acordo de Livre Comércio da América do Norte constitui outro bloco exponencial já que parte de bases econômicas bastantes desenvolvidas dado que as empresas norte-americanas há muito vinham sendo integradas e com influência em todo o mundo. O Acordo foi assinado em agosto de 1992, entrou em vigência em janeiro de 1994 e “parcialmente” integra os EUA, o Canadá e o México, formando um grande mercado e sistema produtivo. O Acordo estimula o comércio entre os três países prevendo que, em 15 anos, serão eliminadas as barreiras ao comércio de milhares de produtos. Mercadorias e

capital deverão circular livremente do norte do Canadá ao sul do México, ampliando as vantagens competitivas das empresas, presumivelmente das empresas norte-americanas e canadenses, dada a disparidade de desenvolvimento econômico com o México. A idéia é que se forme uma zona de livre comércio para a atuação dessas empresas e dos governos num espaço protegido. Não por acaso, o Nafta prevê a livre circulação de mercadorias e capital, mas não de pessoas. Ao contrário da UE, não aponta para a unificação total das economias dos países-membros ficando também os trabalhadores proibidos de migrar em busca de melhores empregos. Como acontece com a UE, a tendência é de deslocamento de fábricas de trabalho intensivo para o México onde a mão-de-obra é mais barata; ponto que constitui oposição ao Nafta pela central norte-americana de trabalhadores. Ao mesmo tempo, um trunfo para os negociadores mexicanos que buscam atrair investimentos para o seu território como forma de combater a migração de trabalhadores mexicanos para os EUA, tema de preocupação histórica deste último. Enquanto que no México o trabalhador recebe 1,80 dólares por hora de trabalho, esse valor é de 15 dólares no Canada e de 16 nos EUA. Embora os Estados Unidos venham apresentando uma taxa de desemprego em torno de 5%, a adaptação das empresas a um sistema de concorrência internacional mais intensificado (para concorrerem com os produtos asiáticos), o emprego nos EUA continua crescendo (ou pelo ao menos, mantendo-se estável), mesmo com o deslocamento de unidades industriais para outros países, a terceirização e a automação do trabalho. Nos EUA não se caracteriza a crise do desemprego como nos países da UE. É realidade entretanto para o Canadá com uma taxa de desemprego em 1995 de 9,4% e no México de 12%. Tradicionalmente a sociedade americana é constituída de imigrantes mas, agora, muda de rumo tentando rejeitá-los com a nova lei de migração de 1º de abril de 1997. A grande rejeição por imigrantes fica evidente não só pelo custo social destes ou de sua capacidade de retirar empregos de cidadãos americanos mas também pelo fato de que a

classe média americana vem aferindo menores ganhos nos últimos anos e enxerga os imigrantes como demandantes de custos sociais e um perigo para o futuro na estagnação ou piora do seu padrão de vida. Os latinos e os mexicanos em particular são o alvo prioritário da nova lei, já que representam em torno de 5 milhões de ilegais nos EUA. O único meio que o imigrante ilegal tem para evitar a deportação é provar que está no país há mais de dez anos e que o regresso a sua terra de origem representa um perigo extremo à vida de parentes diretos seus que são cidadãos americanos ou residentes no país em situação legal. A nova legislação prevê a denúncia de imigrantes ilegais obrigatória para os prefeitos; maior agilidade no processo de deportação; obstáculos para o apadrinhamento de imigrantes ilegais por parentes ou famílias pobres americanas e instituiu a reforma do sistema de previdência social que afetou mais de um milhão imigrantes legais, os quais perderam o direito a cupons de alimentação e o direito de usufruir a serviços de saúde pública.

2.3. - REGIONALIZAÇÃO LATINO-AMERICANA

Nesse contexto mundial, podemos dizer que o Tratado de Assunção - oficialização do Mercosul - é o resultado atual de um processo histórico recente de tentativas de integração econômica na América Latina. Portanto não estamos tratando dos ideais de Simón Bolívar - sonhador da unidade latino-americana - mas, de uma outra realidade contemporânea em que o eixo de integração entre países constitui a ampliação do mercado através da constituição de uma zona de livre comércio regional no contexto da globalização econômica. Nesse sentido, em que a união entre os vizinhos parece ser a forma viável de sobrevivência, os países do Cone-Sul vêm superando suas divergências

geopolíticas datadas do século XIX, nas quais o Brasil e a Argentina disputaram a Província Cisplatina que com a sua independência se transformou no Uruguai em 1828; bem como, na disputa sangrenta da Argentina, Brasil e Uruguai contra o Paraguai que terminou a guerra quase totalmente destruído, tendo perdido três em cada quatro dos seus habitantes.

No século XX chegaram a ocorrer várias tentativas de integração: o Pacto de Santiago (ou ABC), nos anos 50; a Associação Latino-Americana de Livre Comércio (ALALC), em 1960; o Acordo de Cartagena ou Pacto Andino , assinado em 1969; e a Associação Latino-Americana de Intercâmbio (ALADI), que substituiu a ALAC em 1980 (Praxedes e Piletti, 1997:32).

Segundo Bandeira (1993:255-256), o Pacto do ABC constituía uma proposta de Juan Domingos Perón - em face das dificuldades financeiras com que a Argentina desde 1948, começou a defrontar-se - de uma união aduaneira entre a Argentina, Brasil e Chile. Entretanto, na avaliação do autor, as diferentes situações políticas internas da Argentina e do Brasil (na qual, ao contrário de Perón, Getúlio Vargas se defrontava com forte oposição política interna inibindo a sua autonomia em relação à política externa), fizeram com que o Pacto, de fato, não se concretizasse, servindo inclusive para fomentar a campanha contra Vargas visando a sua derrubada do poder, que terminou por levá-lo ao suicídio em 24 de agosto de 1954. Por sua vez, Perón não resistiu no governo mais do que um ano, em 19 de setembro de 1955, teve de renunciar à presidência após quatro dias de rebelião conjunta da Marinha e do Exército.

A Associação Latino-Americana de Livre Comércio criada através do Tratado de Montevideu em 1960, previa o estabelecimento gradual de uma zona de livre comércio inicialmente entre o Brasil, Argentina, Chile, Peru, Paraguai, México e Uruguai. Mais tarde, recebeu as adesões da Colômbia, Equador, Venezuela e Bolívia, envolvendo quase

toda a América do Sul, além do México. O Tratado de Montevideu foi firmado baseado em três princípios: preferência comercial interna, recíproca e complementar com o objetivo de criar uma zona de livre comércio e não uma união aduaneira, dadas as assimetrias econômicas e legais dos diversos países signatários (Magnoli e Araújo, 1994:23-30). Mesmo num projeto desenvolvimentista comum através do modelo cepalino - implantação da industrialização por substituição às importações - as desigualdades econômicas entre os países da ALALC e a disputa entre o Brasil e a Argentina na aspiração do status de potência hegemônica na América Latina, segundo as opiniões de Magnoli e Araújo (1994:23) e de Bandeira (1993:264), constituíram os entraves para os objetivos do Tratado de Montevideu de 1960.

O Pacto Andino segundo Chacon (1996:31), reduziu-se à formação de uma área com diminuição de tarifas aduaneiras de exportação e importação para as grandes empresas locais e as multinacionais, realidade também ocorrida com a ALALC.

Em 1980, foi celebrado o segundo Tratado de Montevideu que deu origem à Associação Latino Americana de Integração (ALADI), a qual recebeu a adesão de todos os países integrantes da sua predecessora, a ALALC. O Tratado, menos pretensioso e mais flexível (já que não estabelece um cronograma ou prazos para a formação de zonas de livre comércio), estimula a concretização de acordos entre os países, de diminuição recíproca das tarifas aduaneiras, de acordos parciais por pares ou grupos de países do Tratado e acordos de maior alcance regional (Chacon, 1996:31-32). Entretanto, segundo Magnoli e Araújo (1994:27), durante a década de 80, a crise das dívidas externas dos países que levou à restrição das importações e à recessão generalizada com conseqüente carência de capitais, impediu a intensificação comercial entre os países membros da ALADI. Esta entidade permanece atualmente com sede em Montevideu.

Como parte do processo da ALADI e mesmo em meio à crise econômica, a Argentina (politicamente democratizada com eleições livres em 1983) e o Brasil (passando pela abertura política gradual), estabeleceram em 1988, um acordo, o Tratado de Integração, Cooperação e Desenvolvimento, firmado pelos presidentes Raul Alfonsín e José Sarney. Tal Tratado (Bandeira, 1993:268), propunha iniciar um processo gradual de formação de um mercado comum entre os dois países, num prazo de dez anos, harmonizando as políticas monetária, fiscal, cambial, agrícola e industrial. A superação do autoritarismo (também no Uruguai com eleições livres em 1985), a prolongada crise econômica latino-americana e ainda, as transformações no panorama mundial (a rompimento dos paradigmas leste/oeste e a tendência à constituição de blocos regionais), na opinião de Magnoli e Araújo (1994:28), constituíram os fatores decisivos para o deslocamento da disputa por influência geopolítica para a idéia de cooperação econômica entre os países latino-americanos. Os entendimentos entre o Brasil, a Argentina e o Uruguai na avaliação de Bandeira (1993:268), alcançaram uma dimensão sem precedentes na América Latina, não apenas econômica, mas também política, contribuindo inclusive para estabilizar politicamente a Bolívia e em 1989 acelerar a redemocratização no Paraguai com a derrubada da ditadura de Alfred Stroessner, além da realização de eleições livres no Chile.

Em 1990, a Ata de Buenos Aires assinada pelos presidentes Carlos Menen e Fernando Collor, defensores dos ajustes neoliberais, adaptou os objetivos propostos no Tratado de Integração, Cooperação e Desenvolvimento de 1988, às políticas de abertura econômica e reforma aduaneira, reduzindo o prazo de dez anos para quatro (até dezembro de 1994) para alcançar o mercado comum (Bandeira 1993:269).

Assim, o tratado de Assunção criando o mercado comum do sul (Mercosul) firmado em 1991 entre o Brasil, Argentina Uruguai e Paraguai, consolidou as diretrizes do Tratado de 1988 e da Ata de Buenos Aires de 1990.

2.4. - O TRATADO DE ASSUNÇÃO E O PROTOCOLO DE OURO PRETO

O Tratado de Assunção foi assinado em 26 de março de 1991 entrando em vigor em 29 de novembro de 1991, com adesão dos quatro “Estados-Partes” (Brasil, Argentina, Uruguai e Paraguai). Ele é estruturado em vinte e quatro artigos organizados em seis capítulos que se segue: 1- Propósitos, Princípios e Instrumentos, 2- Estrutura Orgânica, 3- Vigências, 4- Adesões, 5- Deveres, 6- Disposições Gerais (Figueiras, 1996:171-187). O tratado prevê assim, a constituição de um mercado comum o qual implica a livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos (capital e trabalho) entre os países-partes ou países-membros e em princípio, com vigência à partir de 31 de dezembro de 1994. Prevê também a duração indefinida, abertura à adesão dos demais países- membros da ALADI e renúncia à condição de Estado-Parte. Através dos artigos e anexos, os países-membros deveriam eliminar todas as restrições comerciais atingindo a união aduaneira no prazo estipulado (31/12/94), são definidos os produtos de acordo com a sua qualificação de origem (produzidos integralmente ou parcialmente nos territórios dos países), a certificação obrigatória desses produtos de acordo com requisitos de origem para sua exportação, a salvaguarda à importação de determinados produtos que causarem ameaça ao mercado do país importador e ainda definem dez subgrupos de trabalho para a coordenação das políticas econômicas. O Tratado constitui portanto, um instrumento jurídico e uma declaração de intenções dos governos, com estabelecimento de metas e

prazos. Para estabelecimento do mercado comum previu-se ainda a estrutura institucional definitiva dos seus órgãos de administração e suas atribuições específicas.

Os presidentes dos respectivos países voltaram a encontrar-se em Las Leñas na Argentina em junho de 1992, ocasião em que foi aprovado um cronograma de medidas para colocar em prática os objetivos previstos no Tratado de Assunção no ano anterior. As principais decisões dessa reunião resumidas por Praxedes e Piletti (1997:40) foram: a criação de um mecanismo para proibir as práticas desleais de comércio, a declaração de que a democracia política é condição fundamental para o desenvolvimento do Mercosul, a declaração de interesse no futuro ingresso da Bolívia e ainda, a aprovação de um plano para o setor educacional proposto pelos Ministérios da Educação. Tal plano objetivava desenvolver nos cidadãos uma consciência favorável ao processo de integração, tornar obrigatório o ensino do português e do espanhol nas escolas dos quatro países, elaborar um plano de formação e capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento do Mercosul; e tornar os sistemas escolares compatíveis e harmônicos, para que o ensino seja equivalente nos quatro países.

Em nova reunião realizada em janeiro de 1994 em Colônia no Uruguai, os respectivos presidentes reafirmaram o propósito e prazo do Mercosul, com a ressalva de que em 1º (de janeiro de 2001 seria a data limite para um acordo a respeito da tarifa externa comum referente à produtos sob os quais há divergências, ou seja, de importação de produtos de países fora do Mercosul, originários dos setores de química, petroquímica, bens de capital e informática (Praxedes e Piletti, 1997:43).

Em 16 e 17 de dezembro de 1994, novamente os Poderes Executivos dos países se reuniram e assinaram nesse último dia, o Protocolo de Ouro Preto, documento jurídico adicional ao Tratado de Assunção (Praxedes e Piletti, 1997:43). O Protocolo (Figueiras, 1996:233-249) é organizado em doze capítulos e cinquenta e três artigos. Define a

Estrutura Institucional do Mercosul, os seus órgãos e atribuições; a Personalidade Jurídica (passando o Mercosul a ser considerado pessoa jurídica de direito internacional); o Sistema de Tomadas de Decisões (por consenso e presença dos Estados-Partes); a Aplicação Interna das Normas Emanadas dos Órgãos do Mercosul); as Fontes Jurídicas (o Tratado de Assunção, o Protocolo de Ouro Preto e acordos adicionais à estes e as decisões do Conselho e do Grupo Mercado Comum e da Comissão do Comércio Comum); o Sistema de Solução de Controvérsias (onde são referidas as fontes jurídicas para esse fim); o Orçamento (para o financiamento da Secretaria Administrativa do Mercosul por contribuições em partes iguais dos países); a Revisão (quando necessária da estrutura institucional); a Vigência (com duração indefinida); e as Disposições Gerais e Transitórias. Em anexo ao Protocolo, consta o Procedimento Geral para Reclamações perante a Comissão de Comércio, onde se estabelece os procedimentos a serem seguidos diante de reclamações dos países-membros.

A partir do protocolo de Ouro Preto, a estrutura institucional do Mercosul conta com os seguintes órgãos: 1- Conselho Mercado Comum (CMC); 2- Grupo Mercado Comum (GMC); 3- Comissão de Comércio do Mercosul; 4- Comissão Parlamentar Conjunta (CPC); 5- Foro Consultivo Econômico Social (FCES); 6- Secretaria Administrativa do Mercosul (SAM). Contudo, somente os três primeiros órgãos mencionados possuem capacidade decisória, de natureza intergovernamental. O Conselho Mercado Comum formado pelos Ministros de Relações Exteriores e da Economia é o órgão superior, o qual se incumbem da condução política e das tomadas de decisões, inclusive de negociar e firmar acordos com outros países ou grupo destes ou organismos internacionais, em nome do Mercosul. O Grupo Mercado Comum, é o órgão executivo formado por quatro membros titulares e quatro suplentes representantes de cada país quer seja dos Ministérios das Relações Exteriores, da Economia ou dos Bancos Centrais. Entre

suas funções, destacam-se: fixar programas de trabalho, modificar ou suprimir órgãos, instituir e destituir os subgrupos de trabalho, negociar por delegação da CMC. A Comissão de Comércio do Mercosul é o órgão encarregado de assistir ao GMC, competindo-lhe também propor novas normas ou suas modificações em matéria comercial e aduaneira. A Comissão Parlamentar Conjunta é o órgão representativo dos Parlamentos tendo como finalidade acelerar internamente nos países os procedimentos legais requeridos das decisões tomadas no processo de integração. O Foro Consultivo Econômico Social é o órgão de representação dos setores econômicos e sociais e tem a função consultiva, manifestando-se mediante recomendações ao GMC. Por sua vez, a Secretaria Administrativa atua como órgão de apoio operativo ao CMC, ao GMC e ao CCM, estando atualmente sediada em Montevideú.

Subordinados ao Grupo Mercado Comum, o Protocolo de Ouro Preto redefiniu os subgrupos de trabalho criados no Tratado de Assunção. Esses subgrupos são os fóruns de discussão de medidas a serem tomadas nos respectivos setores representados. Assim, foram redefinidos: 1- Comércio; 2- Mineração; 3- Regulamentos Técnicos; 4- Assuntos Financeiros; 5- Transportes e Infra-estrutura; 6- Meio Ambiente; 7- Indústria; 8- Agricultura; 9- Política Energética; 10- Assuntos Trabalhistas, Emprego e Seguridade Social. Mais recentemente, em outubro de 1996, foi criado o subgrupo 11, o de Saúde.

Como o objetivo final do acordo entre os países membros é o mercado comum, esta forma de integração requer à priori que duas etapas anteriores e já consideradas clássicas, sejam percorridas: a formação da zona de livre comércio e a união aduaneira¹⁶. O mercado comum implica pois, numa etapa posterior à estas, agregando a livre circulação de serviços e fatores produtivos (capital e trabalho) com a eliminação de todas as formas

¹⁶ A zona de livre comércio compreende o espaço geográfico de dois ou mais países em que se elimina significativamente os direitos alfandegários e outras formas de restrição comercial à circulação de produtos da região; e a união aduaneira, compreende, além disto, a aplicação, por parte dos países-membros, das mesmas tarifas alfandegárias e da mesma política comercial para produtos originários de terceiros países de fora da região (Thorstensen, et. al, 1994:39).

de discriminação. O tipo de integração que se almeja no Mercosul - como o próprio nome diz -, é portanto mais profundo do que o proposto no NAFTA (onde só se propõe a zona de livre comércio) e mais próximo da UE porém não tão profundo já que esta última propõe além de um mercado comum, a união monetária e a união política¹⁷.

De forma ambiciosa, o Tratado de Assunção previa o funcionamento do mercado comum a partir de 1º de janeiro de 1995, ou seja, em menos de quatro anos a partir da sua assinatura, significando que haveria segundo a Comissão Parlamentar Conjunta do Mercosul (CPCM, 1996:67-68) a: livre circulação de pessoas, bens, serviços e capital; eliminação dos direitos alfandegários e restrições não tarifárias (como cotas e exigências sanitárias) para a circulação de mercadorias; estabelecimento de uma tarifa externa comum, adoção de uma política comum em relação a terceiros Estados e coordenação de posições em foros econômicos e comerciais quer regionais ou internacionais; coordenação de políticas macroeconômicas e setoriais entre os Estados-Partes; harmonização das legislações em todas as áreas e setores pertinentes ao processo de integração.

No tocante ao nosso particular interesse nesta tese, nesse curto prazo previa-se a livre circulação dos profissionais de saúde nos mercados de trabalho dos países; a coordenação política do setor saúde nos quatro países; a harmonização legal e fiscal em relação à migração dos profissionais, das questões trabalhistas e ainda, em relação à formação e exercício profissional.

Mais realisticamente, o Protocolo de Ouro Preto definiu 31 de dezembro de 2005 como o prazo limite para completar a segunda etapa do processo de integração, ou seja, a união aduaneira, podendo o mercado comum existir portanto, apenas a partir de 2006.

¹⁷ Segundo ainda Thorstensen, consideradas como respectivamente a quarta e quinta, ou as últimas etapas de integração total entre os países, nas quais, ao final do processo é criada a moeda única - como é a proposta do EURO - e a criação de uma política comum de relações externas, de defesa e de segurança.

Comercialmente, o bloco Mercosul já vem apresentando crescente volume de negócios e seu impulso acelerado atraindo a adesão de outros países da América Latina como é o caso da Bolívia e do Chile e as negociações iniciadas com o Peru, Venezuela e a Colômbia. O Chile e a Bolívia passaram a associar-se gradualmente ao Mercado Comum do Sul a partir de 1996, não como Estados-Partes ou países-membros, mas como participantes da zona de livre comércio, num processo previsto para se completar em dezoito anos. Como participantes do Pacto Andino, a Bolívia (assim como o Peru, Venezuela e Colômbia) enfrenta como obstáculo à participação de país-membro do Mercosul, o próprio Tratado de Assunção que não permite a entrada de países pertencentes a outros blocos (na condição de membro) e sim, através de acordos mais superficiais do que o mercado comum. Peculiar é a situação do Chile que não pertencendo ao Pacto Andino, se associou ao Mercosul por meio apenas do livre comércio. O país na verdade representa a experiência pioneira de aplicação da doutrina neoliberal na América Latina desde o longo período ditatorial de Augusto Pinochet (1973-1990). Mesmo o governo civil eleito em 1990, não alterou as principais diretrizes econômicas, fazendo com que hoje o Chile apresente a economia mais aberta do continente com taxas alfandegárias bastante inferiores às atuais e pretendidas gradualmente no Mercosul. O país pleiteia, então, participar como membro no NAFTA. Como destacado anteriormente, estão em pauta as negociações nas três Américas, a formação da Área de Livre Comércio das Américas (ALCA), na qual, o Mercosul vem sendo o ator principal de diálogo e posicionamento da América Latina. Além desses processos de integração em zonas de livre comércio, o Mercosul e a União Européia já assinaram em 1995, as bases de um acordo entre ambos (Chacon, 1996:68), no qual as partes se comprometem a intensificar as suas relações comerciais.

Se ao mesmo tempo em que o Conselho Mercado Comum e os governos avançam nas negociações tanto internamente no Mercosul quanto em relação às associações de países com este, segundo a observação de Ribas (1996:12), as críticas do empresariado brasileiro têm crescido quanto a forma de condução do Itamaraty de negociar primeiro os acordos no Mercosul e depois comunicar. O que já não aconteceu nas discussões da ALCA em Belo Horizonte em 1997 e na segunda Cúpula das Américas em 1998 - fatos amplamente divulgados - em que os empresários foram chamados (também, claro, por seus interesses) para fortalecer a posição brasileira de não aceitar o cronograma apertado proposto pelos EUA.

Esta forma de condução das negociações é peculiar ao Mercosul dado que a sua instituição jurídica concentra os poderes decisórios apenas em três órgãos principalmente no Conselho Mercado Comum que embora os poderes executivos dos países não o componha, estes tem sido na verdade os verdadeiros condutores dos processos envolvendo o Mercosul. Nesse sentido, como analisa Medeiros (1996:105) no estudo comparado do Mercosul com a União Européia, os Estados-Partes do primeiro bloco encontram-se filiados mais às tradições presidencialistas e que, embora a democracia representativa exista, o processo de construção institucional do Mercosul convive com a hipertrofia dos Poderes Executivos. Considerando esse poder centralizado nos presidentes, uma história política democrática recente comum aos países do bloco e da América Latina e ainda lembrando a tentativa de golpe militar ocorrida em abril de 1996 no Paraguai pelo general Lino Oviedo, evidentemente justifica-se a preocupação da inserção de uma Cláusula Política (assinada no protocolo da reunião em Buenos Aires em 19 de junho de 1996) na qual consta que só permanecem ou entram no Mercosul os países cujos governos sejam democráticos. Em 17 de abril de 1998, foram negados a Lino Oviedo pela Suprema Corte

Paraguaiá, tanto a suspensão da sua detenção quanto o seu apelo para a candidatura ao governo do país.

Se de um lado o empresariado expressa suas queixas quanto à sua participação nas negociações do Mercosul, por outro, em situação mais delicada encontram-se os trabalhadores, já que a partir da união aduaneira se pressupõe a sua livre mobilidade no mercado de trabalho do Cone-Sul. O que se percebe é que os interesses econômicos inerentes ao processo de integração estão sendo conduzidos rapidamente, sendo selados acordos bastante delineados entre os países. O mesmo não se pode dizer que vem ocorrendo em relação aos trabalhadores e às questões trabalhistas. Interessante observar que embora o Tratado de Assunção em suas justificativas preliminares destaque as vantagens sociais almejadas no Mercosul como ... “acelerar seus processos de desenvolvimento com justiça social ... modernizar suas economias para ampliar a oferta e a qualidade de bens e serviços disponíveis, a fim de melhorar as condições de vida de seus habitantes” (Figueiras, 1996:171) o próprio Tratado não explicita a área social e de mercado de trabalho como o faz para as demais áreas no seu artigo 1º. Este prevê a coordenação das políticas macroeconômicas e setoriais - de comércio exterior, agrícola, industrial, fiscal, monetária, cambial e de capitais, serviços, alfandegária, transportes e comunicações e outras que se acordem - e o compromisso dos Estados-Partes de harmonizar suas legislações nas áreas pertinentes. Portanto, o Tratado de antemão e contraditoriamente não se compromete com as questões sociais, as trabalhistas e, relacionado ao nosso tema, o setor saúde e, ainda, o de educação. Subentende-se que o setor saúde estivesse incluído talvez no setor de serviços. Lembrando que o Grupo Mercado Comum tem a prerrogativa de constituir os subgrupos de trabalho, o mesmo aprovou apenas após cinco anos de assinatura do Tratado, o subgrupo nº11, o de Saúde, em 1996 (Boletim Banco do Brasil, 1996:26). Em relação às questões dos trabalhadores,

um subgrupo de trabalho denominado de Relações de Trabalho, Emprego e Seguridade Social, foi criado em dezembro de 1991 (após nove meses da assinatura do Tratado) o qual se manteve com o Protocolo de Ouro Preto sob n(10 passando a se chamar Assuntos Trabalhistas, Emprego e Seguridade Social. O setor de educação por sua vez, ainda não foi contemplado como subgrupo específico de trabalho, cujas questões inerentes, estão sendo tratadas no Plano Educacional aprovado na reunião de Las Leñas de 1992.

2.5. - A INTEGRAÇÃO NOS SETORES SOCIAIS

Tendo julho de 1997 como data limite de acompanhamento de acordos, decisões e discussões, é importante ressaltar e analisar os encaminhamentos e os problemas já gerados no setor saúde, no educacional, nas questões relativas à mobilidade de trabalhadores sobretudo naquelas específicas à enfermagem no Mercosul.

SAÚDE

No setor saúde foram formados grupos de estudos (no subgrupo Saúde, que por sua vez, foi criado recentemente em outubro de 1996) criados pelos Ministérios de Saúde que vêm tratando de questões ligadas à vigilância sanitária de produtos médico-hospitalares, farmacêuticos e agropecuários e de questões comerciais ligadas aos planos privados de saúde. São participantes desses grupos, os próprios Ministérios e suas instituições afins de vigilância sanitária e, como convidados, representantes de associações médicas, de planos de saúde e de empresas fabricantes de artigos médico-hospitalares e farmacêuticos. O trabalho tem consistido em definir um sistema de qualidade para os

produtos buscando-se a adoção de um padrão único de inspeção sanitária nos países-membros para a circulação de insumos utilizados no setor saúde, como a uniformização do controle sanitário de produtos agropecuários. O padrão para os insumos do setor, denominado “Boas Práticas de Fabricação de Produtos Médicos” (BPFPM), estabelece uma lista de requisitos que serve de base para a avaliação dos produtos médico-hospitalares que só livremente podem circular com o “Registro Harmonizado de Produtos Médicos”, com os padrões normativos estabelecidos pela BPFPM e ainda de acordo com a “ISO 9001” (International Standart Organization) norma que define sistemas e modelos para a garantia de qualidade (Boletim Banco Central do Brasil, 1996:22-26,21-24, 1997:20-23). O setor saúde, na verdade, está sendo visto e discutido como um atrativo negócio e, principalmente como vigoroso mercado para as empresas de planos de saúde, devidamente apoiado pelos próprios governos dos países via subsídios e isenções fiscais. Assim, Falak no artigo “Un negocio llamado salud” (1997:14-16) analisa esse potencial através de dados do Banco Mundial relativos ao poder de compra dos serviços de saúde, particularmente no novo mercado da Argentina o qual representa um lucrativo negócio em torno de 20.000 dólares anuais. E para o qual o governo já ordenou uma ampla reforma do sistema de saúde, acordada com o Banco Mundial comprometendo-se ainda com o Fundo Monetário Internacional, que prevê a total desregulamentação do setor privado de saúde para 1998. Exemplificando este potencial de negócios, o autor cita o caso da Amil Internacional que já opera no Brasil, no Texas e Nevada e recentemente na Argentina totalizando 1,2 milhão de filiados com um faturamento de 1.300 milhões de dólares. Iniciativa também tomada pela Unimed que desde 1995 criou a Unimed Mercosul com sede em Florianópolis tendo já assinando acordo com o Centro de Assistência do Sindicato Médico do Uruguai e a Federação Médica da Província de Buenos Aires.

EDUCAÇÃO

No setor educacional, acompanhando as negociações econômicas, foi acordado o Plano Trienal para o Setor Educacional no Processo de Integração do Mercosul, na II Reunião do Conselho Mercado Comum realizada em Las Leñas na Argentina, em 26 e 27 de junho de 1992 (Plan Trienal, 1992:10-29). Como pressupostos para a ação do Plano, constam: políticas educativas articuladas com as estratégias de desenvolvimento; agilização das modalidades de planificação e de gestão vinculadas a processos de reforma estatal em curso; fortalecimento da eficácia da governabilidade dos sistemas educacionais; eficiência da distribuição de recursos e da efetividade na transmissão de habilidades, destrezas e conhecimentos; melhoria de qualidade educacional em todos os níveis; oferta das mesmas oportunidades educativas aos integrantes de todos os setores sociais; promoção de programas atualizados em que a formação e a capacitação docente considere o conteúdo e a didática; e ainda, estabelecimento de uma nova aliança entre o setor educativo e o setor produtivo, com vistas ao atendimento dos processos de reconversão competitiva, em que ocorra uma aproximação generalizada e igualitária do conhecimento científico e tecnológico (Plan Trienal, 1992:10-12). Como áreas prioritárias o Plano aponta: a formação da consciência cidadã favorável à integração; capacitação de recursos humanos para contribuir para o desenvolvimento da economia; e a harmonização dos sistemas educativos dos países. Foram ainda previstas definições de medidas que facilitem a mobilidade de docentes e de técnicos nos processos de capacitação de recursos humanos e de criação de mecanismos que permitam o reconhecimento dos estudos e a homologação de títulos obtidos nos diferentes países (Plan Trienal, 1992:13-19).

Apesar dos apelos à justiça social contidos nos pressupostos do Plano e que consideramos de marco utópico (tal qual o acesso universal e igualitário à educação e

apropriação generalizada do conhecimento científico e tecnológico), percebe-se a predominância dos princípios de produtividade e competitividade para o setor educacional, o qual estaria também estreitamente vinculado ao setor produtivo ou ao desenvolvimento econômico dos países. Essa predominância ideológica do Plano já vem suscitando polêmicas no meio acadêmico principalmente no que se refere à integração entre pesquisa acadêmica e empresa. Como foi o confronto de idéias no seminário internacional “O Papel da Universidade no Processo de Integração Latino-Americana - O caso do Mercosul” em que de um lado se defendeu a maior sintonização das universidades com as necessidades práticas e imediatas do setor produtivo para o desenvolvimento econômico, por outro, se rejeitou esta idéia por reduzir o papel da universidade à execução de pesquisas dispostas num “cardápio” estabelecido pelas empresas privilegiando a pesquisa aplicada em detrimento da básica (UNESP, 1995:5).

Na essência segundo nossa percepção, espera-se com o Plano (elaborado pelos Ministros da Educação dos países) a reorganização universitária para o desenvolvimento e a corrida tecnológica em acordo com a reordenação capitalista já em curso na América Latina. Embora se conteste, na verdade, a universidade já vem tendo que acompanhar a reordenação capitalista, visível pelas pressões e mudanças sobre ela, no sentido de sua reorganização através do seu sucateamento, processo já instalado nos países do Mercosul segundo a análise de Leite (1994:296-297). Assim atuam a pressão sobre os salários dos professores, redução de verbas para as universidades públicas, corta-se recursos das agências financiadoras de pesquisas e implanta-se sistemas de controle de qualidade total nas universidades. Esse meio adverso ao corpo docente e intelectuais vem propiciando suas saídas das universidades públicas precocemente ou por desligamento, à contribuição com instituições privadas de ensino, ou ainda a cooptação dos segundos, em que os mais renomados estão sendo levados a colaborar com os governos, aparecendo como

defensores do sistema neoliberal, procurando intervir no processo de reordenação universitária.

A realidade com que passa as universidades do Mercosul, as suas assimetrias e problemas, tem sido identificadas e discutidas por grupos de estudos específicos organizados nas universidades e em seminários internacionais tais como os ocorridos no Brasil, “Universidade e Integração no Mercosul” realizado em novembro de 1993 no Rio Grande do Sul e o já citado seminário “O Papel da Universidade no Processo de Integração Latino-Americana - O Caso do Mercosul” realizado em agosto de 1995 em São Paulo. Os temas de discussão de tais grupos e seminários tem sido predominantemente a identificação das assimetrias dos sistemas educacionais dos quatro países como também a discussão apontada do papel da universidade no processo de integração. Os impasses à harmonização dos sistemas educacionais pretendida pelo Plano se revelam de grande monta já que seus sistemas de ensino apresentam grandes diferenças que estende-se desde a sua origem (data de criação dos sistemas de ensino superior, modelos que os inspiram, magnitude e dependência administrativa) até diferenciações conjunturais como forma de acesso, composição, qualificação do corpo docente e desenvolvimento dos diferentes tipos de ensino, como graduação e pós-graduação. Assim, Morosini (1994:30-32), Saraiva e Corrêa (1993:2-7), apontam como grandes entraves à harmonização dos sistemas educacionais superiores dos países do Mercosul, os diversos paradigmas de formação (predominantemente teórico e erudito no Brasil, humanístico no Uruguai e profissionalizante na Argentina e Paraguai), a diversidade interna e entre os países, do sistema em relação a quantidade, a natureza institucional e a dependência administrativa. Nas quais o Brasil internamente por si só apresenta grande diversidade entre as 918 instituições de ensino superior (das quais 95 ou 10,3% são universidades, divididas em públicas e privadas e o restante constitui estabelecimentos de ensino isolados ou integrados

com predomínio de 80% de privados). Bem como na Argentina, que de 807 instituições de ensino superior, apenas 49 ou 6% são universitárias (27 públicas e 22 privadas) e as restantes 758 instituições não universitárias, e entre estas, 54% públicas. Em contraponto à oferta de apenas 38 instituições no Paraguai (2 universitárias, divididas em pública e privada e o restante não universitárias com predominância de 72% das públicas) e de 28 no Uruguai (2 universitárias, divididas em pública e privada e o restante não universitárias, com predominância de 77% das públicas). As autoras apontam ainda o grande desenvolvimento da pós-graduação brasileira, a sua praticamente inexistência nos demais países com conseqüente menor qualificação do corpo docente de ensino superior e ainda o acesso à graduação bastante diferenciado (vestibular no Brasil, acesso garantido a todos os estudantes que concluem o segundo grau no Uruguai e na Argentina e o exame de admissão no Paraguai).

Pode-se perceber então que a harmonização pretendida dos sistemas, constitui uma tarefa impossível considerando essas diferenças de natureza interna e entre os países já o que estaria em jogo uma harmonização de conteúdos curriculares nessas marcadas assimetrias como condição indispensável para a mobilidade discente.

Com base na análise das experiências de integração universitária na União Européia e no Nafta, Morosini (1994:24-27) destaca que apesar dos programas serem política e financeiramente sustentados por acordos entre países, estes vêm apresentando obstáculos onde se destacam a insuficiência de recursos financeiros, as restrições de imigração, a variedade de línguas, a existência de uma estrutura de programa sobre a estrutura universitária já existente, o surgimento de um processo de burocratização com uma grande e adicional administração, os diferentes anos acadêmicos nos hemisférios norte e sul, a variação da duração dos cursos e as barreiras de transferências de créditos de um país para outro devido a falta de reconhecimento acadêmico e profissional.

Os desafios a serem enfrentados no processo de integração do setor no Mercosul, estendem-se portanto, desde àqueles relativos à concepção de integração (a economia universitária e a competitividade do mercado de trabalho como eixo de integração ou a universidade articulada aos aspectos sócios educacionais da região), até medidas de cunho prático mas bastante complexas. A isto, na perspectiva de um mercado comum, a mobilidade dos profissionais nos mercados de trabalho dos países, soma-se outras dificuldades relativas à diversidade também da regulação profissional em que requisitos de formação, mecanismos de controle e cobrança, direitos e deveres são prerrogativas de instituições externas ao setor educacional (ou as corporativas) que mesmo interagindo com o setor, expressam valores e orientações não acadêmicas mas, reconhecidamente legais e indispensáveis ao exercício profissional.

Espelhando essas dificuldades, o Plano Trienal de 1992, conseguiu apenas encaminhar três projetos até julho de 1997: a aprovação nos respectivos parlamentos dos países, do ensino obrigatório da língua portuguesa e espanhola em 1994 (embora na realidade ainda não ocorra); em 1996, do Protocolo de Integração Educacional, Revalidação de Diplomas, Certificados, Títulos e de Reconhecimento de Estudos de Nível Médio Técnico; e encaminhar outro em 1995 e ainda em apreciação nos países, denominado Protocolo de Integração Educativa sobre Reconhecimento de Títulos Universitários para o Prosseguimento de Estudos de Pós-Graduação nas Universidades dos Países do Mercosul. O primeiro Protocolo (CMC, 1996:1-16) através de uma tabela de equivalência de estudos os Estados-Partes reconhecem os estudos de educação primária e média e se propõem à validação dos certificados expedidos por instituições oficiais de ensino de cada país com o objetivo de permitir o prosseguimento dos estudos para a sua complementação e ou até a formação profissional técnica de nível médio. No Protocolo aprovado em 1995 (CMC, 1995:1-4) nos parlamentos dos quatro países, os títulos

universitários de duração mínima de quatro anos ou de 2.700 horas, só serão reconhecidos com a finalidade exclusiva de prosseguimento de estudos na pós-graduação não habilitando esse reconhecimento, de acordo com seu Artigo Quarto, o exercício profissional.

A mobilidade discente de nível superior e ainda profissional traduzida pelo ingresso e a transferência nos sistemas de ensino superiores e ainda pelo reconhecimento dos títulos para o exercício profissional, como apontamos, constituem os pontos de estrangulamento à integração do setor e sem dúvida, temas polêmicos e complexos e, assim, prorrogáveis.

TRABALHO

Em relação às questões inerentes à mobilidade dos trabalhadores no Mercosul, essas vêm sendo tratadas no atual subgrupo N°10, ou de Assuntos Trabalhistas, Empregos e Seguridade Social. Diferentemente dos outros subgrupos, este tem composição tripartite (governo, empresários e trabalhadores). Mas, embora seja tripartite, como resalta Stuart (1996: 22-23), os dois “parceiros” do governo (empresariado e trabalhadores) não têm poder deliberativo ou de voto: eles apenas fazem recomendações à coordenação. Os trabalhadores são atualmente representados pelas centrais sindicais dos países (CUT brasileira, paraguaia e chilena; CGT brasileira e argentina; Força Sindical Brasileira; Centrais Nacionais da Bolívia e do Uruguai) que formam, por sua vez, a Coordenadoria de Centrais Sindicais do Cone Sul. Esta entidade já havia sido criada desde 1987 marcada pelo objetivo geral de solidariedade entre os trabalhadores da região e destes com o sindicalismo internacional (Stuart, 1996:23). As atividades iniciais do referido subgrupo centraram-se no objetivo de harmonização das legislações de trabalho e de previdência social, as quais, segundo Rodrigues (1996:256-257), ficaram adiadas não só pela prorrogação do mercado comum a partir de 2006, mas, principalmente, pela

complexidade inerente à integração desse porte e dado o período de transição em que as legislações de cada país estão sendo mudadas, tornando a harmonização das legislações, uma tarefa impossível. Apesar dessa situação, o subgrupo identificou as assimetrias no mercado de trabalho nos países em relação aos direitos individuais do trabalho, aos custos trabalhistas, às legislações sobre segurança e saúde no trabalho, aos custos trabalhistas em setores específicos como transportes marítimos e terrestres e ainda elaborou uma proposta de Acordo Multilateral de Seguridade Social do Mercosul (Rodrigues, 1996:256-262).

Segundo Garcia Júnior (1997:37), presidente da Associação Brasileira de Advogados para o Mercosul (ABAM), os quatro Estados-Partes possuem regras legais reguladoras de contrato individual de trabalho muito semelhantes e, mesmo que todos admitam a livre contratação e a livre negociação, elas em princípio, não podem violar certas garantias mínimas asseguradas pelas constituições nacionais e leis trabalhistas. As garantias mínimas basicamente são: salário mínimo; jornada diária máxima; repouso semanal remunerado; férias anuais remuneradas; proteção ao livre exercício da atividade sindical; proteção especial ao trabalho do menor e das mulheres, sobretudo das grávidas; e a indenização por demissão. O Paraguai admite ainda a estabilidade do trabalhador em geral após dez anos de trabalho para o mesmo empregador, como existia a estabilidade no Brasil antes do FGTS e a estabilidade do funcionalismo público brasileiro após dois anos de trabalho (recentemente modificada para três anos e de forma mais restrita já que o servidor pode ser demitido por insuficiência de desempenho ou ainda por extrapolação do teto orçamentário). Entre todos os países, o Uruguai - como ressalta Garcia Júnior - é o único Estado que não conta com uma consolidação de leis trabalhistas (como a nossa Consolidação das Leis do Trabalho, a Lei de Contratos de Trabalho argentina ou o Código Laboral paraguaio), onde a negociação coletiva predomina sobre o regimento legal preservando, todavia, as garantias mínimas dos trabalhadores através de leis esparsas e

ratificações de algumas das Convenções da Organização Internacional do Trabalho (OIT).

Embora tenham sido identificadas as semelhanças e diferenças em matéria trabalhista, e principalmente das garantias mínimas dos trabalhadores, as críticas das centrais sindicais (Rodrigues, 1996:253) vêm sendo dirigidas ao deficiente poder de fiscalização dos Estados e no altíssimo descumprimento das legislações trabalhistas no Cone-Sul, em que de fato, as garantias dos trabalhadores são violadas.

Como outros problemas jurídicos dos trabalhadores no Mercosul apesar das semelhanças evidenciadas, Garcia Júnior (1997:37) aponta os desníveis salariais nos países (grandes diferenças dos salários mínimos); diversidade na jornada de trabalho (de 48 horas na Argentina e Paraguai, 44 no Brasil e no Uruguai para o comércio, sendo 48 horas neste último na indústria); e ainda, a aplicabilidade das leis trabalhistas restrita aos territórios nacionais. Assim, implica que, se o trabalhador for contratado e transferido por uma empresa do Brasil (como exemplo citado pelo autor) para prestar serviços por tempo indeterminado em outro país do Mercosul, a lei trabalhista aplicável será a local, isto é, a do país onde o serviço estiver sendo prestado. A mesma situação ocorreria com o trabalhador que por iniciativa própria se empregasse em outro país diferente do seu de origem. Esse fato implica que o trabalhador fica sujeito a diferentes sistemas de justiça do trabalho, de coberturas de saúde e previdência, tal como a contabilização do tempo de aposentadoria, em que há perda do tempo de serviço prestado em outro país (Garcia Júnior, 1997:37).

Na reunião de Ouro Preto em 1994, as centrais sindicais encaminharam aos presidentes dos países, um documento em que reivindicam a adoção de uma Carta de Direitos Fundamentais dos Trabalhadores do Mercosul ou Carta Social, que contemple o direito da livre circulação dos trabalhadores com igualdade de tratamento, direitos e

condições de trabalho entre empregados nacionais e estrangeiros (Monteiro, 1997:16). Em uma nova investida dos sindicatos, o subgrupo 10 concluiu em 1996 uma minuta que propõe um Acordo Multilateral de Seguridade Social do Mercosul que garanta, a todos os trabalhadores do bloco, cobertura previdenciária e contabilização do tempo de contribuição, mantendo as características dos sistemas de cada país, sendo preservado entretanto, os direitos adquiridos ou em fase de aquisição pelos trabalhadores ou seus dependentes, quando estes se encontrarem em um dos países signatários. Desse modo, para que um estrangeiro (originário de um dos países membros do Mercosul) comprove o período trabalhado ao solicitar o benefício previdenciário, bastaria exibir a carteira de trabalho ou a documentação dos serviços prestados à empresa ou empresas. (Garcia Júnior, 1997:37). Mas, em razão de a Argentina e o Uruguai terem pedido prazo para analisar mais profundamente a matéria, o assunto continua pendente de deliberação no subgrupo 10, bem como a aprovação e adoção da Carta Social (Monteiro, 1997:16).

Na avaliação de Monteiro (1997:16) que também representa os trabalhadores no subgrupo 10, desde 1994 as propostas de acordos continuam apenas no papel, sendo postergadas as decisões sobre questões trabalhistas e previdenciárias no Mercosul pelos negociadores dos quatro países, os quais vêm privilegiando a tomada de decisão referentes às questões essencialmente comerciais.

Na prática, a circulação de trabalhadores entre os países do Mercosul já acontece sob a forma ilegal. É o caso como, cita Garcia Júnior (1995:59-60), de trabalhadores brasileiros contratados por empreiteiras de construção civil do Brasil (que vencem concorrências públicas no Uruguai e Argentina), que os deslocam para os países e os remuneram pelo equivalente a um terço ou um quarto dos salários locais dada as grandes diferenças salariais entre a Argentina e o Uruguai em relação aos níveis salariais do Brasil, que são notoriamente mais baixos. Esses trabalhadores são contratados de forma ilegal,

não têm carteira assinada e não usufruem dos direitos trabalhistas ou previdenciários do Brasil ou do país onde estão trabalhando. Essa prática empresarial de redução dos custos trabalhistas através da exploração dos trabalhadores brasileiros que ao mesmo tempo significa a retirada de empregos locais nos países, segundo Rodrigues (1996:252), vem sendo alvo de críticas e protestos públicos dos sindicatos, principalmente os de construção civil do Uruguai e Argentina; bem como das centrais sindicais quanto à forma do processo de circulação dos trabalhadores que deveria antes visar a melhoria da sua situação na região e não a redução dos custos trabalhistas. Além disso, dadas as assimetrias identificadas no mercado de trabalho, estas deveriam ser niveladas por cima, e não rebaixadas.

Sales (1996:87-98) aponta-nos ainda os fluxos migratórios de fronteira entre o Brasil, o Uruguai e a Argentina, cujo processo tem com ponto de partida a valorização de terras. As recentes migrações dos brasileiros causadas por questões agrárias se caracterizam pela migração tanto de proprietários rurais ou empresários agrícolas em busca de terras mais baratas para produzir ou especular, quanto de trabalhadores rurais ou pequenos produtores movidos pela busca da subsistência. Numericamente, estes últimos são mais relevantes - como afirma a autora - configurando um movimento migratório de maiores proporções e de características clandestina e exploratória, em que os proprietários brasileiros levam consigo os trabalhadores em caráter permanente ou mais comumente em caráter temporário. O trabalhador então se desloca, realiza a tarefa e volta no final do período de safra, qual bóias frias, mas internacionais. Esse movimento, na sua avaliação, também tem grande dimensão, já que atualmente os empresários agrícolas brasileiros de apenas um produto representam cerca de 50% do total dos produtores de arroz no Uruguai e 25% na Argentina. Sales aponta ainda o fluxo Brasil-Paraguai - processo já histórico - como outro importante movimento migratório ilegal basicamente de fronteira,

constituindo atualmente um contingente de cerca de 250 mil brasileiros, equivalente a 7% do total da população paraguaia. Esse contingente é constituído principalmente de pequenos produtores e trabalhadores rurais - os *brasilguaios*¹⁸, que hoje iniciam o movimento de volta ao Brasil - e ainda de brasileiros com atuação comercial de fronteira, basicamente as ilícitas, tais como o contrabando de gado, madeira, produtos eletrônicos, comercialização e tráfico de cocaína e armas. Por outro lado, de acordo com Patarra (1996:112), a entrada atual de estrangeiros no território brasileiro, também tem se evidenciado um movimento crescente, em que o registro consular estima aproximadamente 300 mil imigrantes, sendo incalculável o número de clandestinos, principalmente pelo fluxo migratório ilegal de angolanos, coreanos, bolivianos e peruanos que são explorados como mão-de-obra urbana nos interstícios também ilegais da produção familiar e da comercialização clandestina.

Esses movimentos prenunciam, portanto, as dificuldades a serem tratadas no Mercosul que vem seguindo a tendência internacional de integração primordialmente econômico-comercial, deixando para uma etapa posterior as sérias questões dos trabalhadores, como resumidamente apontamos. A realidade já demonstra ser mais rápida do que as decisões oficiais e, quando definidas, são contraditórias com o próprio objetivo final do Mercosul e, ao mesmo tempo, coerentes com a demanda política interna nos países. Numa situação em que o desemprego nos países signatários encontra-se em uma fase bastante delicada, a circulação de trabalhadores aflora a xenofobia, tomando um caráter de polícia e não de política de integração. Um claro exemplo, é a Lei de Migração argentina em vigor desde 1994, cuja iniciativa constitui um espaço para conflito e não para um entendimento mais amplo no Mercosul, lembrando aquelas iniciativas tomadas na

¹⁸ Os quais segundo Sales (1996:96), na organização da volta ao Brasil aliados ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra, é o momento em que a identidade *brasilguaios* assume a plenitude de sua significação pois são camponeses que exigem da sociedade e do governo brasileiro, que reconheçam sua condição de brasileiros e assim, beneficiários potenciais da reforma agrária em curso.

União Européia e no Nafta. Segundo Garcia Júnior (1995:59-60), a lei elaborada pelo Ministério do Interior argentino em colaboração com empresas e sindicatos nacionais (principalmente da construção civil), objetiva primordialmente diminuir o emprego de trabalhadores ilegais do Brasil, Bolívia, Paraguai e Uruguai, aumentar o controle nas fronteiras, instituir altas multas para os empregadores de imigrantes ilegais (cinco mil dólares por trabalhador) e a autorização de integração na sociedade argentina somente aos imigrantes que estiverem casados com nativos, com um filho no país, ou se forem empresários ou trabalhadores com os devidos comprovantes legais.

ENFERMAGEM

Em relação às questões inerentes à enfermagem¹⁹, estas atualmente estão sendo discutidas na Comissão Regional de Enfermagem do Mercosul (CREM). A criação da Comissão ocorreu por necessidade de representação corporativa no subgrupo “Assuntos Trabalhistas, Emprego e Seguridade Social” (atual subgrupo N°10 do Grupo Mercado Comum), o qual instituiu comissões temáticas de trabalho e entre estas, as “Questões Setoriais” onde as categorias com legislações específicas foram convidadas a participar para debaterem questões relativas à mobilidade profissional no Mercosul. Inicialmente, ou no período de 1992 a 1994, a enfermagem dos quatro países de forma isolada e representada por seus Conselhos Federais vinha participando de eventos internacionais organizados pela Confederação Latino-Americana de Profissionais Universitários (CLAPU) onde se iniciaram os debates de interesse dos profissionais em geral. Bem como nos níveis nacionais, em eventos organizados pela Confederação Nacional de Profissões Liberais (CNPL) do Brasil e as entidades similares dos países-partes.

¹⁹ Examinadas por nós através de toda a documentação referente ao Mercosul contida em cinco pastas disponibilizadas pelo Conselho Federal de Enfermagem do Brasil em junho de 1996.

No VIII Congresso da Confederação Latino-Americana de Profissionais Universitários realizado em Montevideu em 13 e 14 de maio de 1994, e por iniciativa do Colegio de Enfermeiras do Uruguai, estabeleceu-se um primeiro contato entre as entidades de enfermagem (também representada por seus Conselhos) ocasião em que foi instituída a Comissão Regional de Enfermagem do Mercosul com o objetivo de ser o fórum de discussão dos problemas e de encaminhamento de propostas da enfermagem na região (Astoviza ; Mazza. 1996:3). A CREM ficou então composta pelo Colegio de Enfermeiras do Uruguai, o Conselho Federal de Enfermagem do Brasil, a Federação Argentina de Enfermagem e a Associação Paraguaia de Enfermeiras²⁰, com sede em Montevideu (sobre a presidência do Colegio de Enfermeiras do Uruguai) onde também está instalada a Secretaria Executiva do Grupo Mercado Comum (Astoviza ; Mazza, 1996:4). No Brasil, o Conselho Federal vem ainda representando a enfermagem desde 1994 junto a um grupo de trabalho do Ministério da Saúde o qual é composto também pelos Conselhos de Medicina, Farmácia, Odontologia e outras entidades da área de saúde²¹. Tal grupo tem a atribuição de assessorar a tomada de posição do Ministério da Saúde nas seguintes questões: circulação de profissionais de saúde entre os países integrantes (questão em particular dos Conselhos), circulação de insumos utilizados nas atividades e programas do setor saúde, papel da vigilância sanitária no processo de uniformização dos controles de produtos e serviços, o componente qualidade total em saúde e todas as demais implicações aprovadas no setor saúde pela implantação dos termos do Tratado de Assunção (D.O.U. Portaria Nº1.030 de 31/05/94.).

²⁰ Representados na ocasião, pelos seus respectivos presidentes: Raquel Mazza, Gilberto Linhares Teixeira, Rosa Espelo de Viñas e Juana Cáceres de Gomez.

²¹ Fundação Nacional de Saúde, Secretaria de Vigilância Sanitária, Secretaria de Assistência à Saúde, Consultoria Jurídica, Coordenação Geral de Planejamento, Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, Assessoria de Assuntos Especiais de Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento Científico e Tecnologia.

Quando da criação da CREM em 1994, as entidades de enfermagem dos quatro países, agendaram outra reunião para elaborar um plano de trabalho, a qual ocorreu em Montevideu onde se definiu: oficializar a CREM, analisar a situação da enfermagem na região quanto ao perfil profissional, formação, legislação e discutir experiências de integração existentes nas fronteiras. E para tanto foram elaboradas guias de estudo de acordo com os temas. Acordou-se também nessa segunda reunião da CREM, a realização de Encontros Regionais de Enfermagem, com frequência anual e em cada país. (Astoviza ; Mazza, 1996:4-5). Na terceira reunião da CREM ocorrida em 13 e 14 de outubro de 1994 em Montevideu (ocasião também da XVI Jornada Nacional do Colégio de Enfermeiras do Uruguai e ainda do Iº Encontro de Enfermagem do Mercosul), foram acordadas a eleição da sede de sua secretaria no Colégio de Enfermeiras do Uruguai em Montevideu, a eleição de Mabel Astoviza (do Uruguai) como Secretária Geral da Comissão, a constituição de grupos de trabalho em cada país para os levantamentos e discussões dos temas e ainda, a realização de reuniões da CREM junto a eventos científicos (Astoviza ; Mazza, 1996:5-6 ; CREM, 1994:1-3). E de fato, durante o Iº Congresso Paraguaio de Enfermagem realizado em maio de 1995, no qual os membros da CREM expuseram os seus objetivos e o plano de trabalho, realizaram também, a sua quarta reunião. Nessa instância, foi elaborado e discutido um quadro comparativo de formação de recursos humanos em enfermagem segundo níveis e cargas horárias e proposto como carga horária mínima para a formação dos enfermeiros no Cone-Sul, de 3.000 horas e para os licenciados, de 4.200 horas.

Na quinta reunião da CREM em 24 e 25 de agosto de 1995 em Buenos Aires, foram convidados a presidente da Federação Pan-Americana dos Profissionais de Enfermagem (FEPPEN) Dra Olívia Zurita, o vice-presidente do Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE) Don Máximo González e ainda a assessora da OPS/OMS Sra Susana Espino que realizaram palestras sobre experiências de integração profissional

latino-americana e de profissionais espanhóis na União Européia. Os dois grupos de trabalho que examinaram e discutiram a formação dos recursos humanos de enfermagem na região, concluíram que: a força de trabalho de enfermagem nos quatro países apresenta um alto predomínio de auxiliares e de empíricos; existe grande preocupação quanto ao número decrescente de ingressantes na graduação e ainda quanto à profissionalização dos empíricos; existe semelhanças nas leis do exercício profissional do Brasil e da Argentina como dos projetos de leis do Uruguai e Paraguai; e existe um propósito comum na América Latina de alcançar relações mais aceitáveis do número de enfermeiros e auxiliares de enfermagem por população. As conclusões e propostas dessa reunião foram sintetizadas em plenária: a existência de uma aproximação diagnóstica da enfermagem regional; o prosseguimento dos grupos de trabalho para aprofundar o conhecimento relativo às questões de enfermagem na região; e a proposição de oficialização da CREM como órgão supragovernamental, assessor e normativo da enfermagem, oficialmente reconhecido pelas instituições do Mercosul (Astoviza ; Mazza, 1996:6-7).

Atendendo à solicitação da presidente da FEPPEN, a sexta reunião da CREM foi realizada em Havana em outubro de 1995 durante o VII Congresso Cubano de Enfermagem e o IX Congresso da FEPPEN, ocasião em que foram apresentados os objetivos e a agenda de trabalho da CREM. Em maio de 1996, em Córdoba na Argentina, realizou-se a sétima reunião e pela única vez (até julho de 1997) com participação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), por solicitação da sua presidente (Maria Goretti David Lopes). Nesta ocasião, os trabalhos novamente se concentraram no diagnóstico da situação curricular dos níveis de formação em enfermagem, das legislações profissionais dos quatro países; na discussão do projeto de oficialização da CREM como órgão supragovernamental com o objetivo de assessorar e de normatizar o exercício profissional nos países do Mercosul; e ainda na proposta de reconstituir os grupos de

trabalho. Temas que continuaram em discussão na oitava reunião da CREM ocorrida em 11 e 12 de outubro de 1996 em San José no Uruguai (Astoviza ; Mazza, 1996:6-7). Conforme proposta aprovada, a CREM realizou em 21 e 22 de novembro de 1996 em Santana do Livramento no Rio Grande do Sul, o segundo Encontro de Enfermagem do Mercosul junto ao VII Congresso de Enfermagem do Uruguio de Enfermagem que basicamente teve como temário a apresentação dos objetivos e evolução da CREM, informes sobre o Seminário Internacional de Enfermagem do Mercosul (ocorrido em Florianópolis em outubro de 1996) e discussão de integração relativa a investigações, ensino de pós-graduação (notadamente entre a região Sul e o Uruguai), como também do papel político dos profissionais universitários diante da proposta do Mercado Comum do Cone-Sul (Hernandez ; Machado, 1996:1-4).

Em nossa percepção através da análise documental, a CREM até a data limite de nossa observação (julho de 1997), constitui ainda uma Comissão de caráter informal onde nas suas reuniões e através dos grupos de trabalho, representantes dos países buscam a aproximação do conhecimento da dinâmica da enfermagem no Cone Sul, tentando estabelecer as diferenças e semelhanças relativas à formação de enfermagem nos diversos níveis, da regulamentação e controle do exercício profissional e do ensino de pós-graduação, além de primordialmente, terem como meta a oficialização da CREM como órgão assessor e normatizador da enfermagem regional legalmente reconhecida junto às instituições do Mercosul. Tal projeto (CREM, 1996:1-5), preocupação prioritária atual, conferiria à CREM as funções de assessorar tecnicamente o Grupo Mercado Comum nas questões relativas ao livre trânsito dos profissionais de enfermagem no Mercosul, autorizar e controlar o exercício profissional na região segundo a sua normatização, aplicando inclusive sanções frente ao descumprimento das normas quanto ao exercício profissional bem como, realizar pesquisas de caráter regional para melhorar a qualidade da

atenção e das condições de trabalho de enfermagem e ainda, promover capacitação de pessoal de enfermagem diante das necessidades detectadas e em acordo com as instituições oficiais de ensino da região.

Percebe-se que as discussões em torno das questões de enfermagem no Mercosul de longe não estão esgotadas e que a CREM ainda não avançou em propor acordos mas, de certa forma, merece destaque o esforço em realizar um diagnóstico comum entre os países do Cone Sul no tocante à situação da enfermagem, mesmo que suas conclusões apontem para os já conhecidos problemas. Ou seja, os países, guardadas as diferenças, compartilham de problemas comuns. O atual encaminhamento da CREM é de sua legitimação para que, como órgão oficial normativo e também na verdade fiscalizador, direcionar e intervir na mobilidade da enfermagem no Cone Sul. A busca é portanto, de poder decisório. Um amplo poder decisório centralizado que não trata somente da mobilidade dos profissionais mas que permeia todas as questões inerentes à enfermagem como formação, currículo, pós-graduação, política de recursos humanos, salários e empregos que obviamente têm implicações diretas com possíveis acordos inclusive os de livre trânsito discente, docente e profissional. E como tal extrapolam os limites de atuação dos Conselhos Nacionais já que envolvem outras representações corporativas (culturais, sindicais) e diversas instituições na área da saúde e de educação. Além do fato de que os Conselhos que propõem sua atuação no Mercosul não conseguem exercer plenamente suas funções nos seus próprios países (mesmo como órgão normativo e fiscalizador oficialmente reconhecido como é somente o caso do Brasil) ou ainda por não constituírem, mesmo nos níveis nacionais, órgãos legais de regulamentação e controle do exercício profissional (na Argentina, no Uruguai e no Paraguai, onde a regulamentação e o controle de todos os profissionais são centralizados nos seus respectivos Ministérios da

Saúde), sendo que, nos dois últimos países, sequer existe legislação do exercício profissional da enfermagem aprovada pelo Parlamento.

O poder pleiteado pela CREM, sem dúvida deve ser revisto quanto à sua capacidade política e operacional do exercício pretendido considerando a inexistência de representatividade de diversas áreas como das instituições de saúde e de educação ou ainda a precária representatividade corporativa através apenas dos Conselhos, principalmente no caso do Brasil, que apresenta uma enfermagem mais organizada com diversas representações influentes de diferentes categorias profissionais, complexo sistema de ensino e uma grande e diversificada força de trabalho.

CAPÍTULO 3 - O ENFERMEIRO NO CONE-SUL

3.1. - FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Unificando as diversas nomenclaturas utilizadas no Cone-Sul para os recursos humanos com formação de terceiro grau em enfermagem, estamos utilizando o termo enfermeiro. Assim são designados no Brasil, mas no Uruguai e Paraguai, correspondem aos “Licenciados en Enfermeria”. Na Argentina, além dos “Licenciados, existem os “Enfermeros”, ambos de formação de nível superior, mas só aos licenciados (com cerca de 1.000 horas curriculares acrescidas aos cursos dos enfermeiros) compete as atribuições de ensino, assessoria e chefia dos serviços de enfermagem.

Nos quatro países, a conclusão do nível secundário completo constitui o pré-requisito de escolaridade para o graduação em enfermagem: correspondente no Brasil, ao segundo grau (ou 11 anos de estudos sendo entre estes, 8 do primeiro grau); ao nível secundário na Argentina e Uruguai (ou 12 anos de estudos no qual está incluídos os dois últimos anos de bacharelado); e também ao nível secundário no Paraguai (o qual totaliza 9 anos de estudos sendo 3 de nível básico e seis de nível secundário onde também se inclui os dois últimos anos de bacharelado). O acesso ao ingresso na graduação em enfermagem, a exceção do Brasil que institui o exame vestibular, é garantido através da conclusão da escolaridade exigida, com um bacharelado entre as diversas áreas do conhecimento (biológica, social, ciências exatas, humanas) e da disponibilidade de vagas. No Paraguai, segundo a diretora do Instituto Andrés Barbero, Maria Luiza de Velazquez²², são aplicados, ainda, exames pré-admissionais, não eliminatórios, e correspondentes a testes de

²² Em entrevista dia 02/04/96 na referida escola da Universidade Nacional de Assunção.

aptidão e de conhecimentos gerais para que, quando necessário, o aluno também ingresse num programa de estudos complementares.

A garantia automática de uma vaga na graduação em enfermagem na Argentina, bem como a aceitação do bacharelado em diversas áreas do conhecimento, não reverte entretanto, para uma alta demanda nos seus cursos. Segundo Muñoz, et. al. (1995:49), a questão do baixo *status* dos enfermeiros, as precárias condições de emprego e trabalho, a rigidez e a desatualização do programa de estudos, entre outros determinantes, contribuem para a baixa demanda na graduação em enfermagem. No Paraguai, segundo a diretora, Maria Luiza de Velazquez, também não ocorre uma grande procura para o curso. A alta demanda para apenas uma escola existente no Uruguai, segundo sua diretora, Haydeé Ballester²³, propicia uma média mínima e máxima de 300 e 400 ingressantes anuais. No seu entender, a grande acessibilidade do ingresso na carreira, contribui também para o alto índice de abandono do curso, em torno de 30% (ou de 90 a 120 alunos no primeiro período), necessitando ser investigada a participação dos egressos secundaristas de ciências exatas humanas e sociais, nessa deserção. No Brasil, de 1986 a 1992, a relação candidato/vaga foi em média de 3,5 candidatos. A ocupação das vagas, tem sido em média de 90% (do total em média, de 6.900 vagas anuais). Entre as profissões de saúde, a enfermagem e a nutrição têm sido as carreiras menos procuradas pelos vestibulandos do Brasil nesse mesmo período (MS, 1993:23-25). Vieira e Silva (1994:14-15), verificaram que a relação candidato/vaga na enfermagem, diminuiu a partir da década de 80, ao mesmo tempo em que houve um substancial crescimento das escolas no período de 1975 a 1985 (de 50%, ou de 45 escolas). Este fenômeno ocorreu em maior importância na região Sudeste onde houve maior crescimento da rede formadora, e na Sul, regiões que apresentaram desde 1985, as menores taxas na relação candidato/vaga, inferiores inclusive,

²³ Em entrevista, dia 20/05/97 no Instituto Nacional de Enfermeria.

às da década de 70. Em 1991, segundo as autoras, a relação candidato/vaga no Sudeste foi de 1,3; no Sul, de 1,4; no Norte, de 6,9; no Nordeste, de 6,3; e no Centro-Oeste, de 5,1 candidatos por vaga oferecida.

Como pode ser observado na Tabela 5, o Brasil e a Argentina dispõem de uma grande rede instalada de instituições de ensino para a graduação em enfermagem (respectivamente 120 e 103 escolas), em contraponto à situação do Uruguai com apenas 1 escola e do Paraguai com 3 escolas. A concentração geográfica é uma característica em todos os países. No Brasil, 46% das escolas (ou 55 do total de 120 escolas), localizam-se na região Sudeste, principalmente nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro; na Argentina, 68% (70 escolas) na região Centro, sendo a maioria, ou 54,4% (56 escolas), na província de Buenos Aires. No Uruguai, na capital Montevidéu, localiza-se a única instituição, o “Instituto Nacional de Enfermeria” que mantém uma filial no Departamento de Salto onde oferece os dois primeiros anos de curso, numa tentativa de minimizar o alto índice de abandono de curso²⁴. No Paraguai, em Assunção, estão sediadas as três instituições de ensino existentes: o “Instituto Andrés Barbero da Universidade Nacional de Assunção, a “Escuela de Enfermeria de la Universidad Católica” e a “Escuela de Enfermeria do Hospital Bautista” que mantém duas filiais no interior do país, nas cidades de Vilarica e Encarnación (Asociación Paraguaya de Enfermeras, 1994:10).

²⁴ Segundo a diretora do “Instituto Nacional de Enfermeria”, Sra. Haydeé Ballestero, em entrevista dia 20/05/97.

TABELA 5

Número e Distribuição Regional dos Estabelecimentos de Ensino de Graduação em Enfermagem no Cone-Sul.

BRASIL	TOTAL ESCOLAS (1995)	REGIÕES									
		SUDESTE		NORDESTE		SUL		C. OESTE		NORTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	120	55	46	29	24	26	22	5	4	5	4
ARGENTINA	TOTAL ESCOLAS (1995)	REGIÕES									
		CENTRO ¹		NOA ²		NEA ³		CUYO ⁴		PATAGÔNIA ⁵	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	103	70	68	14	13,6	9	8,7	4	3,9	6	5,8
URUGUAI (1997)	TOTAL ESCOLAS	MONTEVIDÉU									
		Nº		%		%		%		%	
		1	100	1	100						
PARAGUAI (1997)	TOTAL ESCOLAS	ASSUNÇÃO									
		Nº		%		%		%		%	
		3	100	3	100						

Fontes: (Brasil) MED/CSEE, 1995:35-39; (Argentina) Muñoz, et. al. 1995:48; (Uruguai) Haydée Ballester, diretora do "Instituto Nacional de Enfermería"; (Paraguai) Juana Caceres de Gomes, Presidente da "Asociación Paraguaya de Enfermeras" e Maria Luiza de Velazquez, diretora do "Instituto Dr. Andrés Barcero".

1. CENTRO: Córdoba, Santa Fé, Buenos Aires;
2. NOA: Salta, Jujuy, Tucumán, Santiago del Estero, La Catamarca Rioja;
3. NEA: Misiones, Chaco, Formosa, Corrientes, Entre Ríos;
4. CUYO: Mendoza, San Juan, San Luis;
5. PATAGÔNIA: La Pampa, Neuquén, Chubut, Rio Negro, Santa Cruz, Tierra del Fuego, Islas del Atlántico Sur.

Em relação à dependência administrativa, entre o total das 120 escolas do brasileiras, 58,9% (70 escolas) são públicas (sendo 36 federais, 22 estaduais e 12 municipais); e 41,1% (50 escolas) são instituições de ensino privadas (MED, 1995:45-47). Na Argentina, segundo os dados disponíveis, das 103 escolas, 24,3% (ou 25 escolas) correspondem a universidades nacionais, provinciais e privadas; e 75,7% (78) correspondem a escolas terciárias não universitárias que dependeram, até 1994, do Ministério da Educação ou da Superintendência Nacional de Ensino Privado. Atualmente, encontram-se sob dependência administrativa e financeira das Secretarias de Saúde e da Educação das Províncias. Entre o total das 103 escolas do país, apenas 10 oferecem a licenciatura. (Muñoz, et. al. 1995:47). No Uruguai, o “Instituto Nacional de Enfermeria”, pertence à Universidade da República, com subordinação direta ao seu Conselho Diretor, situação conquistada em 1994, que até este ano, a instituição então denominada de “Escuela Universitaria de Enfermeria”, estava sob subordinação direta da Faculdade de Medicina desta Universidade²⁵. No Paraguai, entre as três escolas²⁶, a única instituição de natureza privada pertence à Universidade Católica.

A formação universitária do enfermeiro no Brasil, desde dezembro de 1995, prazo para início da vigência do novo currículo conforme Portaria N°1.721 de 15 de dezembro de 1994 do Ministério de Estado da Educação e do Desporto (DOU, 1994:19.80-19.802), tem a duração mínima prevista de quatro anos (ou oito semestres letivos) e máxima de seis anos (ou 12 semestres), compreendendo uma carga horária mínima de 3.500 horas/aula, incluídas às destinadas ao estágio curricular supervisionado (não podendo ser este inferior a dois

²⁵ Segundo a diretora Haydeé Ballesterro, a “Escuela Universitaria de Enfermeria” foi criada em 1952 por substituição à primeira escola criada na década de 30 pelo sanitarista Carlos Nery, com auxílio de enfermeiras inglesas.

²⁶ Segundo entrevista dia 02/04/96 com Juana Caceres de Gomez, presidente da Associação Paraguaia de Enfermeiras e Maria Luiza de Velazquez, diretora da Escola de Enfermagem do Instituto Andrés Barbero, esta instituição foi incorporada à Universidade Nacional de Assunção em 1963, criada inicialmente em 1939 pelo Ministério da Saúde e Bem Estar Social sob o nome de Escola de Visitadoras de Higiene, recebendo em 1941, o nome de Escola Polivalente de Visitadoras de Higiene, formando enfermeiras hospitalares, obstetrias rurais e nutricionistas. A “Escuela de Enfermeria do Hospital Bautista” foi criada em 1960 e a “Escuela de Enfermeria de la Universidad Catolica”, em 1976.

semestres letivos ou 875 horas) e excluída a disciplina obrigatória por força de legislação específica (educação física). Como legalmente os currículos plenos dos cursos de graduação em enfermagem são elaborados pelas instituições de ensino a partir do mínimo previsto pela referida portaria, no Brasil, de acordo com a sua grande rede instalada de escolas, os currículos plenos, suas respectivas cargas horárias totais, bem como a metodologia utilizada, sofrem grandes variações.

Ainda na vigência do currículo anterior, Angerami, et. al. (1996:31-46) ao estudarem comparativamente as disciplinas do currículo mínimo com o pleno utilizadas pelas escolas de enfermagem da região Sudeste (que concentra a maior rede),encontraram uma amplitude de carga horária total de 2.500 horas até de 5.574 horas, uma diversidade considerável na estrutura dos cursos, com características bem particulares, resultando uma grande variedade na forma de distribuição e dos nomes das disciplinas, como também, de diferentes nomes utilizados para uma mesma disciplina. As autoras chamaram atenção para a característica curricular, ou seja, a grande fragmentação, além das dificuldades e limitações que esta situação oferecia em relação à transferências de alunos, mecanismo vital na formação de recursos humanos, já que este processo abre a possibilidade de aproveitamento de estudantes para ocupação de vagas ociosas, principalmente nas escolas públicas, onde os alunos (geralmente os menos favorecidos) poderiam usufruir do ensino gratuito.

O novo currículo implementado a partir de 1996 pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, tem uma carga horária total de 4.245 horas. A Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro por sua vez, implantou o novo currículo com uma carga horária total de 3.590 horas (sendo 65% ou 2.334 horas de teórica e de 35% ou 1.256 horas de estágio), optando pedagogicamente pela problematização da realidade para permitir a reflexão, a crítica e os conhecimentos indispensáveis à transformação da prática profissional dos enfermeiros. Opcionalmente, oferece

um curso de 5.850 horas com o internato, que constitui uma experimentação do exercício profissional nas diferentes áreas de atuação do enfermeiro, o qual, segundo Caldas (1995:237), representa o “fazer aprendendo”.

De acordo com a Portaria Nº1.721, do currículo novo, as áreas temáticas que fazem parte do currículo mínimo da formação do enfermeiro brasileiro são quatro (DOU. 1994:19.802):

1 - Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem

Compreende 25% da carga horária total (ou 875 horas) e inclui obrigatoriamente conteúdos das ciências Biológicas e Humanas. As ciências biológicas compreende as disciplinas de: Morfologia, (Anatomia e Histologia); Fisiologia (Fisiologia, Bioquímica, Farmacologia e Biofísica); Patologia (Processos Patológicos Gerais, Parasitologia, Microbiologia, e Imunologia); e Biologia (Citologia, Genética e Evolução Embriológica). As Ciências Humanas, compreende: Antropologia Filosófica; Sociologia; e Psicologia Aplicada à Saúde.

2 - Fundamentos da Enfermagem

Ocupa outros 25% do total da carga horária do curso e inclui os conteúdos técnicos, metodológicos, os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do enfermeiro e da enfermagem na assistência de enfermagem a nível individual e coletivo (em hospitais, ambulatórios e rede básica de saúde). Inclui as disciplinas: História da Enfermagem; Exercício da Enfermagem (Deontologia, Ética Profissional, e Legislação); Saúde Ambiental; Semiologia e Semioética de Enfermagem; e Metodologia da Pesquisa.

3 - Assistência de Enfermagem

Compreende 35% da carga horária total do curso (ou 1.225 horas) e inclui os conteúdos teóricos e práticos que compõem a assistência de enfermagem a nível individual e coletivo, prestada à criança, ao adolescente e ao adulto, considerando o perfil epidemiológico e o quadro sanitário do país, região, estado, predominantemente sob a forma de estágio

supervisionado em situações: Clínicas; Cirúrgicas; Psiquiátricas; Gineco-Obstétricas; e Saúde Coletiva.

4 - Administração e Enfermagem

Ocupa 15% da carga horária total (ou 525 horas) e inclui os conteúdos teóricos e práticos de administração do processo de trabalho e da assistência de enfermagem, priorizando hospitais gerais e especializados de médio porte, ambulatórios e rede básica pública de saúde.

Em geral, no final do curso, está previsto um trabalho de investigação. O novo currículo é fruto de intensas discursões promovidas pela Associação Brasileira de Enfermagem de 1987 a 1991, que resultou em uma proposta encaminhada e aprovada no Ministério da Educação e Desporto em 1994. A justificativa de mudança, encontrava-se na constatação de que o currículo vigente desde 1972 (Parecer do CFE, N°163/72), tinha um enfoque tecnicista e funcionalista, focado no modelo biomédico de assistência hospitalar, inadequado portanto, para o ensino na realidade sanitária do país. O novo currículo mínimo aprovado pelo Parecer do CFE, de N°315/94, homologado pela Portaria N°1.721 de 15 de dezembro do MED, tem como referencial, uma visão crítica das condições de vida, do perfil epidemiológico das diretrizes das políticas de saúde voltada para a descentralização e regionalização dos serviços e municipalização das ações de saúde, implementadas no país a partir da década de 80. As principais diferenças entre os currículos ocorreram: no aumento da carga horária total do curso (de 2.500 na graduação ou 3.000 na graduação e habilitação, para 3.500 horas sem habilitação); a extinção das habilitações, assegurando assim a integralidade e terminalidade da formação; na abordagem das ciências biológicas e humanas, com conteúdos concernentes ao exercício profissional do enfermeiro; na inclusão das disciplinas: Ética Profissional, História da Enfermagem, Semiologia e Semioética de Enfermagem, Metodologia da Pesquisa e Antropologia Filosófica; na substituição de Introdução à Saúde Pública para Saúde Coletiva; na exclusão da disciplina de Didática e Introdução à Enfermagem; e finalmente, na mudança

em relação ao estágio curricular de 1/3 do tronco profissional para obrigatoriamente igual ou superior a dois semestres letivos. Mas, principalmente, o Parecer N°314/94 aponta novo paradigma curricular dos enfermeiros: a compreensão conjuntural do país e do contexto da saúde e a estreita relação entre processos de formação e de trabalho da enfermagem.

Na Argentina, tendo como base a estruturação curricular do Curso de Enfermagem da Universidade de Buenos Aires (UBA), uma de suas escolas mais antigas e de modelo para as demais, a formação do enfermeiro tem a duração de 2 anos e meio com uma carga horária total de 2.136 horas, sendo 55,8% (ou 1.191 horas) de carga teórica e 44,2% (ou 945 horas) de prática. Ao enfermeiro cabe estritamente o desempenho na prática, da assistência de enfermagem. Para o exercício da docência, de chefia de enfermagem, o enfermeiro deverá complementar o seu curso com mais um ano e meio de estudos (incluindo a apresentação de uma monografia), acrescentando 1.000 horas/aula (580 horas teórica e 420 de prática) para obter o título de Licenciado. Esta titulação é conferida portanto, após quatro anos de estudos, com carga horária total de 3.136 horas, sendo 56,5% de teórica (ou 1.771 horas) e 43,5% de carga horária prática (1.365). Segundo Muñoz et. al. (1995:47), devido a grande rede de ensino, a graduação dos enfermeiros apresenta variações podendo durar de 2 a 3 anos com média de carga horária curricular mínima e máxima, de 2.000 e de 2.600 horas.

Na Universidade de Buenos Aires, o currículo para formação tanto dos enfermeiros quanto dos licenciados, divide-se em três áreas (UBA, 1996:1-5):

1 - Ciências Sociais e Metodológicas

Na formação do enfermeiro ocupa apenas 18,5% (ou 398 horas) do total da carga horária do curso (ou 2.136 horas), aumentando para 35% (ou 1.102 horas do total de 3.136) para a formação do licenciado. Nesta área, são ministradas as disciplinas: Introdução às Ciências Psicosociais; Introdução ao Conhecimento Científico; Introdução ao Conhecimento da Sociedade e do Estado (no primeiro ano); e Psicologia Evolutiva (no segundo ano). Com o

prosseguimento dos estudos para licenciatura, são acrescentadas as disciplinas: Didática em Enfermagem; Bioestatística; Pesquisa em Enfermagem I (no segundo semestre do terceiro ano); e Dinâmica de Grupo; Pesquisa em Enfermagem II; Trabalho Científico (no quarto ano de curso).

2 - Profissional

Esta área ocupa para a formação do enfermeiro, 63% (ou 1.340 horas) do curso e para o licenciado, 65% (ou 2.034 horas). Constitui a área que também com a anterior, complementa o conteúdo curricular para a licenciatura. A área profissional representa também, a quase totalidade da prática de enfermagem no curso. Nela, na formação do enfermeiro, são administradas as disciplinas: Enfermagem Médica I e II; Introdução à Enferm. de Saúde Pública; Enferm. Saúde Pública I e II; Enferm. em Saúde Mental; Enferm. Cirúrgica (no segundo ano). E no primeiro semestre do terceiro ano, as disciplinas de: Enferm. Obstétrica; Enferm. Pediátrica; Enferm. Psiquiátrica; Introdução à Administração. Na formação do licenciado, nesta área, ministra-se as seguintes disciplinas no quarto ano letivo: Enferm. Avançada; Enferm. em Saúde Pública III; Administração em Enferm.; e Seminário.

3 - Ciências Sociais e Biológicas

Na formação do enfermeiro esta área ocupa 18% (ou 398 horas) do total da carga horária; não fazendo parte da complementação dos estudos para a formação do licenciado. Portanto, quer seja para o enfermeiro quanto para o licenciado, em apenas 398 horas/aula a área social e biológica deve ser incorporada através das disciplinas: Anatomofisiologia; Química Ecológica; Física Biológica; Microbiologia; Parasitologia e Nutrição (no primeiro ano); e Dietoterapia (no segundo ano).

Percebe-se que, na verdade, a área denominada de Ciências Sociais e Biológicas, se classifica essencialmente como biológica dado o seu conteúdo disciplinar. As ciências sociais são contempladas na área Ciências Sociais e Metodológicas tanto para os enfermeiros quanto

para os licenciados, apenas com 126 horas/aula através de duas disciplinas: Introdução às Ciências Psico-Sociais (54 horas/aula) e Conhecimento da Sociedade e do Estado (72 horas/aula), ministradas no primeiro ano do curso. Esta última disciplina bem como a disciplina Introdução ao Conhecimento Científico, são ministradas na formação dos enfermeiros e licenciados, por força da obrigatoriedade como conteúdo curricular do ciclo básico comum para todos os cursos da Universidade de Buenos Aires.

Em todo o país, apenas dez escolas oferecem curso de licenciatura, razão porque os licenciados são, numericamente, bem inferiores. Entre estas, as Escolas Universitárias de Córdoba e Rosário, que desenvolvem a licenciatura à distância, projetos que vêm possibilitando o maior acesso desta formação para os enfermeiros argentinos. A escola da Universidade de Rosário vem também desenvolvendo com apoio da Fundação Kellog, um projeto de implementação desta modalidade de ensino na licenciatura, em cinco universidades do país (Muñoz, et. al., 1995:53-54).

Segundo avaliação de Abramzón (1995:68), a formação dos enfermeiros argentinos realiza-se a partir de currículos desintegrados, que enfocam os aspectos curativos da prática e os componentes biológicos do processo saúde/doença, sem considerar os condicionantes sociais a partir dos quais esses processos ocorrem. Segundo Muñoz et. al. (1995:49-50), os planos de estudos em sua maioria na Argentina, não apresentam o contexto histórico e sócio-político; marco teórico que explicita o sistema de valores que rege a formação; os conteúdos são organizados segundo as especialidades médicas privilegiando o conhecimento do indivíduo em seus aspectos predominantemente biológicos. Aham também que não contemplam os aspectos epidemiológicos, de investigação, teorias de enfermagem, e ainda, que a assistência de enfermagem é tratada de forma fragmentada com ênfase nos aspectos técnicos em detrimento do social e do humanístico. Afirnam que durante a formação do enfermeiro, existe um divórcio entre teoria e prática e que esta última, é ministrada sem reflexão conceitual, fato

que contribui para a formação de profissionais com pouco senso crítico, baixo impacto para mudanças nos serviços de saúde e nas condições de saúde da população. Em relação à formação dos licenciados, as autoras avaliam que seus respectivos planos de estudos privilegiam o enfoque academicista, são desarticulados pedagógica e administrativamente da inserção profissional dos enfermeiros, como também, o conteúdo de administração enfoca o ainda o taylorismo e os conteúdos de investigação, o modelo empírico científico excluindo os modelos das ciências sociais e de seus marcos epistemológicos.

Assim, de acordo com Muñoz, et. al. (1995:57), o processo de formação dos enfermeiros e dos licenciados contribui, em muito, para a baixa autonomia profissional. Afirmam ainda que, o processo de trabalho destes profissionais encontra-se subordinado aos médicos e administradores de unidades de saúde, com os quais estabelecem uma forte relação de subordinação e dominação no trabalho, sendo freqüentemente imputado aos enfermeiros e licenciados, os erros ocorridos nos serviços de saúde e que estes profissionais raramente são designados para cargos de chefias de unidades.

No Uruguai, a formação do enfermeiro (ou licenciado, como é denominado), de acordo com o currículo mais recente aprovado em 03/08/93 pelo Conselho Diretor da Universidade, ocupa uma carga horária total de 4.248 horas distribuídas em nove semestres, sendo 34% (1.438 horas) de carga teórica e de 66% (2.810) de prática. O currículo divide-se em quatro áreas (Escuela Universitaria de Enfermería, 1993:1-8):

1 - Enfermagem no Processo Saúde-Doença

Corresponde ao primeiro ano de curso com 900 horas/aula teórica, dividida em quatro módulos. O primeiro, Estruturas e Funções Normais, de 500 horas, percorre todo o primeiro ano, dirigindo ao conhecimento do corpo humano e inclui as disciplinas: Anatomia; Fisiologia; Bioquímica; Biofísica; Histologia; e Embriologia. O segundo módulo, O Estudante no seu Ambiente Educativo, com 80 horas, introduz o aluno na elaboração conceitual da profissão e

na sua ligação com o âmbito universitário, assim como a evolução e tendências da enfermagem. Inclui as disciplinas: Epistemologia da Enfermagem; Metodologia Científica; e Educação Sociológica. O terceiro módulo, de 120 horas, denominado de O Ser Humano em sua Integridade Bio-Psico-Social, inclui as disciplinas: Saúde Individual e Coletiva; Nutrição Microbiologia; Saúde Mental; e Bioestatística. O quarto módulo, de 200 horas, ou Um Grupo Populacional em sua Expressão Bio-Psico-Social, orienta o estudante a realizar um diagnóstico da situação de saúde e aplicação de medidas preventivas. Corresponde ao início do desenvolvimento das habilidades técnicas e dos métodos em enfermagem, incluindo uma única disciplina, o Diagnóstico de Saúde Individual e Coletiva.

2 - Saúde-Doença nos diferentes Grupos Etários

A área corresponde ao segundo e terceiro ano de curso, com um total de 1.800 horas (22% teórica, ou 390 horas e 78% de prática ou 1.410 horas), sendo dividida em três módulos. No primeiro, ou o Processo de Atenção de Enfermagem para o Adulto e o Ancião, que ocorre em 900 horas, são ministradas as disciplinas: Fisiopatologia Médica e Cirúrgica; Farmacologia; Nutrição; Dietoterapia (que ocupam 680 horas do total das 900 horas); e ainda, Bioética e Aspectos Legais; Educação para a Saúde; Sociologia; Administração; Saúde do Trabalhador; Epidemiologia; Metodologia Científica; Microbiologia; e Parasitologia. No segundo módulo, ou Processo de Atenção a Gestantes, Recém-Nascidos, Puérperas e Núcleo Familiar, inclui a assistência de enfermagem, com 380 horas e inclui as disciplinas: Sociologia; Bioética e Aspectos Legais; e Metodologia Científica. No terceiro módulo, ou Atenção à Infância e à Adolescência, de 350 horas, inclui a Assistência de Enfermagem e as disciplinas: Saúde Mental; Bioética e Aspectos Legais; Metodologia Científica; Administração, Epistemologia da Enfermagem.

3 - Enfermagem na Atenção a Pacientes em Estados Críticos de Saúde e Grupos de População.

Correspondente ao quarto ano de curso, com um total de 900 horas (entre as quais 750 horas de prática), dividida em dois módulos. O primeiro, ou Atenção aos Adolescentes, Adultos e Anciões em Estados Críticos, de 450 horas, inclui a Assistência de Enfermagem e as disciplinas: Administração; Metodologia Científica; e Epistemologia da Enfermagem. O segundo módulo, ou Atenção de Enfermagem Comunitária e Administração de Unidade, com 450 horas, inclui a experiência prática em enfermagem comunitária e administração de unidade (intra ou extra hospitalar) e inclui as disciplinas de Bioestatística e Epistemologia da Enfermagem.

4 - Internato

De caráter obrigatório, ocorre no quinto ano de curso ou no nono semestre, com um total de 450 horas práticas. O aluno se integra a um serviço no qual assume a responsabilidade do serviço de enfermagem de uma unidade de saúde de média complexidade, intra ou extra hospitalar (com dependência administrativa da instituição conveniada e com tutoria da escola). O internato inclui ainda a orientação para o trabalho de investigação.

O curso prevê então, como atividade final, a apresentação de uma monografia (chamada de tese), cujo problema de estudo é selecionado no sexto semestre, o projeto desenhado no sétimo e desenvolvido nos dois últimos semestres sob orientação docente.

No Paraguai, de 1984 a 1991, através da divisão do currículo no terceiro ano, as escolas formavam “Licenciadas em Enfermeria” e “Licenciadas em Obstetrícia”; após este último ano, com a reforma do plano de estudos, aboliu-se esta divisão, certificando os egressos como “Licenciados em Enfermeria”, sendo necessário a especialização Materno-Infantil, para a titulação de “Licenciado em Enfermeria Obstétrica”. Atualmente e tomando como referência o currículo do Instituto Andrés Barbero (modelo para a formação dos enfermeiros no país), a graduação em enfermagem (ou de licenciados como são denominados) tem a duração de quatro anos ou oito semestres com carga horária total de

4.180 horas/aula, sendo 53,6% (2.240 horas) teórica e 46,4% (1.940 horas) de prática. O currículo está organizado em duas grandes áreas (Asociación Paraguaya de Enfermeras, 1994:18-25):

1 - Científico-Básica

Esta área ocupa 28% (ou 1.187 horas/aula) do total do currículo e de forma decrescente em cada semestre letivo. Assim, no primeiro semestre constitui 70% da carga horária; no segundo, 50%; no terceiro, 28,2%; no quarto, 20,6%; no quinto, 13,7%; e no sétimo e no oitavo semestres, apenas 10% do total da carga horária. Inclui as disciplinas: Biología; Microbiología; Parasitología; Bioquímica; Farmacología; Nutrición; Sociología Geral; Sociología Evolutiva e Social; Antropología; Realidade Nacional; Saúde Pública; Metodología do Trabalho Científico; Deontología; Idioma Guaraní; Cultura Física e Artística.

2 - Científico-Profissional

Esta área ocupa 72% (2.993 horas) do total da carga horária e de forma crescente de acordo com os semestres letivos. Ocupa no primeiro semestre, 30% da carga horária passando para 90% no último ou oitavo semestre do curso. Compreende as disciplinas: Introducción à Enfermagem; Tecnología em Enferm. Materno-Infantil; Enferm. de Adulto; Enferm. de Saúde Pública; Enferm. de Saúde Mental e Psiquiátrica; Administración em Enferm.; Investigación em Enferm.; e Medicina Legal.

A carga horária de prática no curso (1.940 horas) acontece também de forma crescente. No primeiro ano, atinge 180 horas; no segundo, 480 horas ; no terceiro e quarto ano, 1.280 horas (640 horas em cada ano). Ao final do curso, os alunos apresentam também um trabalho de investigação, que assim como no Uruguai, é denominado de tese.

Podemos então perceber que existe algumas semelhanças e diferenças nos currículos de graduação em enfermagem do Cone-Sul. Em relação à carga horária e como demonstra o Tabela 6, praticamente no Brasil e na Argentina (na formação do licenciados), a formação se

faz em média com menos 800 horas de carga horária em relação ao total do Uruguai e Paraguai. Nestes dois últimos países portanto, a carga horária é maior, para praticamente os mesmos semestres letivos em todos os países (a exceção do Uruguai que acrescenta mais um semestre letivo, ou nove semestres). A grande diferença que chama atenção, é a formação dos enfermeiros na Argentina, que com um total de 2.136 horas curriculares organizadas em apenas dois anos e meio, obtêm a titulação e a habilitação para o exercício profissional (à exceção legalmente, de chefia e docência) equivalentes às dos outros países. A diferença total da carga horária na formação dos enfermeiros argentinos entre os países, atinge no mínimo e no máximo, menos 1.364 horas (em relação ao Brasil) e menos 2.112 horas (em relação ao Uruguai). Essa diferença máxima é equivalente a outro curso de graduação em enfermagem na Argentina, entretanto, vale a pena lembrar, que para a formação dos enfermeiros brasileiros antes da vigência do novo currículo (1995), o total da carga horária mínima exigida era de 2.500 horas para a graduação, ou seja, apenas 364 horas a mais do que para a atual formação do enfermeiro na Argentina.

Se por um lado o Brasil se destaca entre os países com uma proposta de currículo com maior carga horária teórica e portanto a menor de prática, o Uruguai se destaca no sentido inverso com apenas 34% de carga horária teórica. O fato de ter 66% de carga horária prática associado ao internato obrigatório no nono período e ainda o destaque dado à assistência de enfermagem à grupos de risco, caracteriza a formação do enfermeiro uruguaio como predominantemente técnica, na busca quase que exclusiva da qualidade assistencial, talvez como resultado do esforço feito para conquista da independência técnica e administrativa do curso de enfermagem da Faculdade de Medicina.

TABELA 6

Duração do Curso de Graduação, Carga Horária Total, Teórica e Prática para a Formação dos Enfermeiros no Cone-Sul. 1997.

PAÍSES	DURAÇÃO CURSO (ANOS)	CARGA HORÁRIA					
		TOTAL		TEÓRICA		PRÁTICA	
		N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
BRASIL	4	3.500	100	2.275	65,0	1.225	35,0
ARGENTINA Enfermeiros Licenciados	2 ½ (*)	2.136	100	1.191	55,8	945	44,2
	4	3.136	100	1.771	56,5	1.365	43,5
URUGUAI	4 ½	4.248	100	1.438	34,0	2.810	66,0
PARAGUAI	4	4.180	100	2.240	53,6	1.940	46,4

Fontes: (Brasil) DOU, 1994:19.802; (Argentina) UBA, 1996:2; (Uruguai) Escuela Universitaria de Enfermería, 1993:1; (Paraguai) Asociación Paraguaya de Enfermería, 1994:19.

(*) De acordo com a grande rede de ensino o curso de graduação em enfermagem apresenta variações podendo durar dois a três anos com média de carga horária curricular mínima e máxima de 2000 e de 2600 horas.

De uma forma geral, os conteúdos curriculares nos quatro países, apresentam dois grandes eixos: as ciências biológicas e o conhecimento e a assistência de enfermagem dirigida aos grupos da população (crianças, adultos e idosos). À exceção da proposta curricular brasileira que contextualiza a saúde no panorama social do país, as ciências sociais fazem parte marginalmente dos currículos, representam apenas 72 horas na Argentina, 55 horas no Uruguai e 80 horas no Paraguai, durante todo o curso de graduação e geralmente antes do término do terceiro ano, caracterizando então a sua inclusão, como pontual e não como base para o entendimento do setor saúde, das condições sanitárias dos países e do papel da enfermagem neste contexto. Pode-se dizer também que em relação à gestão de serviços de saúde e de enfermagem, o currículo brasileiro apresenta uma proposta mais elaborada. Devido mesmo às dificuldades gerenciais diagnosticadas com a implantação do Sistema Único de Saúde, com a municipalização das ações de saúde e com esta, a municipalização gerencial, na qual os enfermeiros brasileiros vêm paulatinamente conquistando espaços, com cargos de chefias de unidades de saúde.

Nos quatro currículos, aparece a inclusão da metodologia científica basicamente para a operacionalização do trabalho final de curso, o que no caso do Brasil apresenta uma heterogeneidade de situações entre as escolas (algumas incorporam a metodologia científica ao longo de todo o currículo, enquanto outras apenas ao final, na monografia).

Cada país apresenta um paradigma curricular: no Brasil, o da compreensão conjuntural do país e do contexto da saúde bem como as relações com a enfermagem; na Argentina, essencialmente biológico; no Uruguai, primordialmente técnico-científico; e no Paraguai, essencialmente prático.

A qualidade do ensino não está associada apenas à carga horária, evidentemente, mas também aos conteúdos das disciplinas, à metodologia empregada (que escapam à nossa observação) e ainda à qualificação do corpo docente. Em relação a este último, podemos

afirmar que o Brasil dispõe de um quadro melhor qualificado, já que apresenta uma grande rede de pós-graduação, especialmente *lato-sensu* e vem paulatinamente aumentando a oferta de cursos e vagas no *stricto-sensu*. Segundo o CNPQ (1980:14), os primeiros cursos de pós-graduação em enfermagem no Brasil tiveram início na década de 40, quase todos a nível de especialização e ou aperfeiçoamento e deixaram de funcionar a partir de 1970 por força das normas estabelecidas pela reforma universitária que impôs mudanças no sistema educacional do país, exigindo redefinição do corpo docente, a partir da qualificação através da obtenção de títulos de mestrado, doutorado ou de livre-docente. Assim, com a necessidade de suprir a qualificação dos docentes existentes como também para atender ao aumento dos cursos de graduação no país (de 41 cursos até 1974, para 79 em 1980), foram criados os cursos de *lato* e *stricto-sensu*. Até 1980 de acordo com o CNPQ (1980:14-16), havia 31 instituições (ou 39% do total das escolas) oferecendo o *lato-sensu* (7 no Nordeste, 2 no Norte, 9 no Sudeste, 9 no Sul, 4 no Centro-Oeste) e 9 instituições oferecendo o *stricto-sensu* (2 no Nordeste, 5 no Sudeste e 2 no Sul).

Os cursos na modalidade *lato-sensu* tem sido na sua maioria ministrados em caráter de especialização, alguns sob a forma de residência (com a tendência curricular dirigida para a assistência hospitalar) ou em curso intensivo que além de focar a metodologia da assistência, do ensino e da pesquisa, abrange principalmente as áreas de: administração e supervisão de enfermagem, materno-infantil, pediatria social, saúde pública, saúde do adulto, enfermagem psiquiátrica e enfermagem do trabalho. Atualmente, pode-se dizer que poucas são as escolas do país (120 escolas em 1995) que não oferecem cursos de especialização e ou aperfeiçoamento, além da oferta do *lato-sensu* através de cursos ministrados nas instituições de saúde, na maioria sob a forma de aperfeiçoamento e atualização. Estas últimas ofertam também através dos seus centros de estudos, inúmeros eventos científicos, sob diferentes modalidades: seminários, oficinas, encontros, jornadas, etc, como educação continuada. A Associação

Brasileira de Enfermagem merece destaque no desenvolvimento profissional da enfermagem no país. Historicamente, vem cumprindo o seu papel científico-cultural junto aos enfermeiros brasileiros, seja ofertando ou conveniando cursos, seminários e congressos nacionais e regionais (em 1997 promoveu o seu 50º Congresso Nacional), como também apoiando a criação de associações de enfermeiros por especialidades.

Quanto à pós-graduação *stricto-sensu*, cujos cursos foram criados a partir de 1974 (sendo o primeiro doutorado criado em 1981 em São Paulo), até 1980, existiam 9 cursos de mestrado no país sendo 2 no Nordeste, 5 no Sudeste e 2 no Sul (CNPQ, 1980:15). Segundo Almeida, (1993:44-45), até 1991, o país contava com 10 cursos de mestrado (aumentando 1 curso no Sudeste) e 5 de doutorado (4 em São Paulo e 1 no Rio de Janeiro). De acordo com a autora, com a necessidade de manutenção dos cursos de mestrado, como também de repor um número considerável de docentes titulados aposentados precocemente (devido a propostas de mudanças na legislação da aposentadoria no país), bem como para o desenvolvimento e atualização da graduação, a partir de 1990, algumas propostas vem sendo viabilizadas para suprir a formação de doutores (concentrada em São Paulo e no Rio de Janeiro) e de mestres no país. Assim, em convênio com São Paulo, segundo Almeida (1993:45-46), foram criados os doutorados em Minas Gerais (1 na Universidade Federal) e em Santa Catarina (com a participação de seis Universidades da região Sul e da Rede de Pós-Graduação em Enfermagem para a Região Sul - Repensul), além dos projetos de criação de mestrados no Sul, no Pará, no Ceará; e de projetos de doutorado nos estados da Bahia e da Paraíba. Em convênio com a Escola de Enfermagem Anna Nery estão ampliados os cursos de mestrado e doutorado para os estados do Piauí, do Pará e do Espírito Santo. Como o esforço tem sido de desconcentração da região Sudeste da oferta de pós-graduação *stricto-sensu*, obviamente o maior acesso e conseqüente número de titulados no país, crescerá de forma significativa nos próximos dez anos, sem levar ainda em consideração, a grande oferta de

mestrados e doutorados multiprofissionais ofertados nas instituições de ensino superior brasileiras.

Mesmo que a rede de ensino *stricto-sensu* específica para a enfermagem ainda é insuficiente para todo o Brasil, o país encontra-se em situação ímpar em comparação com os outros do Mercosul, os quais não oferecem nenhum curso de mestrado ou doutorado para os seus enfermeiros. Bastante peculiar portanto, esta situação de desenvolvimento profissional dos enfermeiros no Cone-Sul, considerando que cronologicamente, a criação das escolas de enfermagem nos quatro países, não guardam diferenças significativas (criadas nas décadas de 20 e de 30). Na formação *stricto-sensu* na Argentina, segundo Muñoz et. al. (1995:52), os enfermeiros apenas a partir de 1993 passaram a ter acesso somente a três mestrados multiprofissionais na área da saúde e a sua participação no doutorado, ainda é objeto de três projetos, em Córdoba e Santa Fé. Na pós-graduação *lato-sensu*, apesar da considerável rede de escolas de graduação (103 escolas), nenhuma oferece cursos de especialização (Muñoz, et. al 1995:50). Segundo estas autoras, a partir de 1980, as residências começaram a ser implementadas no país, no entanto, não conferem título de pós-graduação, objetivando na realidade, melhorar a qualidade da assistência de enfermagem e da administração nos serviços, como avaliam o trabalho daqueles enfermeiros que participaram das residências multiprofissionais em saúde mental a partir de 1983. Assim, até 1995, existia na Argentina, apenas 15 enfermeiros com titulação de mestre, a grande maioria dos docentes da graduação não tem curso de especialização como também a licenciatura, cujo título habilita legalmente para o exercício da docência em enfermagem (Muñoz, et. al. 1995:52).

No Uruguai, de acordo com as informações da diretora do “Instituto Nacional de Enfermeria”, Haydeé Ballester²⁷, o fato desta instituição contar com uma coordenação de pós-graduação, os cursos de “post-grado” oferecidos, se resumem à cursos de atualização com

²⁷ Obtidas em entrevista nesta instituição em 20/05/96.

duração média de 40 horas, em diversas áreas de enfermagem que são proporcionados de acordo com a demanda ou necessidade profissional. O Instituto ofertou nos últimos anos (1995 e 1996), os cursos de: Educação permanente, Saúde e Família e de Controle de Qualidade para os chefes de enfermagem dos hospitais. O Instituto promove ainda, seminários e encontros, priorizando como clientela, os enfermeiros dos serviços, como estratégia de educação continuada desses profissionais que acompanham os alunos nos serviços de saúde. Comumente, o Instituto em parceria com o “Colegio de Enfermeros del Uruguay” (CEDU) promove o congresso nacional, que, apesar da existência da “Asociación de Nurses” desde a década de 40, em 1995, os enfermeiros uruguaios se congregaram apenas pela sétima vez no país. A única formação *stricto-sensu* reconhecida como tal para os enfermeiros, é o Mestrado em Administração de Serviços de Saúde, curso multiprofissional da Faculdade de Medicina. Embora os enfermeiros concluam os cursos de Mestrado de Saúde do Trabalhador ou de Epidemiologia, não recebem a titulação correspondente: a titulação *stricto-sensu* é apanágio exclusivo dos médicos. Como estratégia para formação de um quadro docente com titulação *stricto-sensu*, o Instituto vem liberando professores para cursarem o mestrado em outros países e principalmente, como projeto mais efetivo, a atual diretora (Profa Haydeé Ballesteró), vem se articulando com a Universidade Federal de Porto Alegre para qualificação de maior número possível do seu total de 120 docentes. Os docentes do Instituto têm como projeto, a transformação deste para Faculdade, com a finalidade de obter maior autonomia acadêmica. Paralelamente, o Instituto busca respaldo legal junto à Universidade da República do Uruguai, para o reconhecimento institucional dos títulos de pós-graduação *strito-sensu* dos professores, como uma das etapas para formação de um quadro docente suficiente para o próprio Instituto, futuramente, oferecer o mestrado em saúde pública.

No Paraguai, segundo informações da presidente da “Asociación Paraguaya de Enfermeras”, Juana Caceres de Gomes e da diretora do “Instituto Andrés Barbero”, Maria

Luiza de Velazquez²⁸, a única possibilidade de pós-graduação *stricto-sensu* para os enfermeiros constitui a busca desta formação no exterior. De acordo com Arnau e Pierantoni (1995:135-137), esta também constitui a alternativa para os médicos, odontólogos, farmacêuticos e os bioquímicos do país, mesmo no caso da formação *lato-sensu*, já que a oferta de cursos nas universidades ou nos serviços de saúde se restringe a cursos de atualização. No entanto, as escolas de enfermagem, oferecem as especializações em Enfermagem Materno-Infantil e Enfermagem de Saúde Pública, correspondendo a mais um ano de estudos. No período de 1992 a 1994, de acordo com as representantes institucionais, alguns enfermeiros participaram do curso multiprofissional de Especialização em Administração Hospitalar oferecido pela instituição brasileira Sociedade Beneficente São Camilo, em convênio com o Ministério da Saúde e Bem-Estar Social.

Portanto, em contraposição à situação do Brasil, na Argentina no Uruguai e no Paraguai, os seus respectivos enfermeiros têm resumidas chances de desenvolvimento profissional no tocante à pós-graduação, principalmente de *stricto-sensu*. O acordo já aprovado e estabelecido em 1995 entre os países do Mercosul (Comissão Mercado Comum, 1995:1-4) através do qual os Estados-Partes por meio de seus organismos competentes deverão reconhecer os títulos universitários expedidos pelas instituições de ensino superior (com duração mínima de quatro anos ou de 2.700 horas) com a finalidade exclusiva para o ingresso de alunos do Cone-Sul nos cursos de pós-graduação, em princípio, poderia facilitar o acesso dos profissionais de saúde à formação *lato e stricto-sensu*.

²⁸ Obtidas em entrevista dia 02/04/96 no "Intituto Andrés Barbro".

3.2. - REGULAMENTAÇÃO E CONTROLE DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

O Brasil, diferentemente dos demais países-membros do Mercosul, é o único que conta com um órgão específico de enfermagem para o controle do exercício profissional de suas categorias, função exercida na Argentina, Uruguai e Paraguai, pelos seus respectivos Ministérios da Saúde. Apenas o Brasil e a Argentina dispõem de legislação do exercício profissional, encontrando-se os projetos de lei do Uruguai e Paraguai, ainda em tramitação nos Congressos Nacionais.

Embora historicamente recente seja a criação no Brasil, do Conselho Federal de Enfermagem - Cofen - e dos Conselhos Regionais - Coren - (em 12/07/73 através da Lei Nº5.905, mas com instalação definitiva em 05/03/75 quando foi publicada a Portaria Nº3.059 do Ministério do Trabalho), atualmente, esta entidade concentra grande poder decisório nas atividades laborais da enfermagem, como também financeiro, dado que a filiação e o respectivo pagamento anual, é de caráter obrigatório. O documento expedido pelos Conselhos Regionais, (além do certificado de conclusão de curso) constitui a credencial reconhecida pelas instituições de saúde e de ensino no país, para o emprego dos profissionais, documento indispensável em concursos ou processos de seleção para empregos ou cursos de pós-graduação *lato-sensu*.

Em todos os estados brasileiros, o Cofen conta com a replicação da sua estrutura para o controle do exercício profissional nos Conselhos Regionais de Enfermagem, cujos dirigentes (eleitos pelos seus filiados) são os votantes nas eleições (ainda indiretas) para os cargos do Conselho Federal.

A preocupação com os aspectos próprios do exercício profissional remonta ao ano de 1945 na Associação Brasileira de Enfermagem - Aben - (entidade científico-cultural brasileira, quando ainda se denominava Associação Brasileira de Enfermeiros Diplomados) através de

iniciativa da sua presidente, Zaira Cintra Vidal. Desde então, a criação do Cofen passou a figurar como matéria constante dos congressos, sendo também tema freqüente dos editoriais da Revista Brasileira de Enfermagem. Muitos foram os anteprojetos de lei elaborados e encaminhados pela Aben aos órgãos competentes desde 1945 e a demora na apreciação destes, bem como as críticas e sugestões apresentadas, obrigaram a freqüentes reinício de trabalho para o encaminhamento e acompanhamento de novos documentos. Finalmente, em 1973, foi aprovada a criação do Conselho Federal de Enfermagem²⁹ cuja direção instalou Conselhos Regionais em vinte estados brasileiros, no Distrito Federal e no Território do Amapá. O estado do Acre e os Territórios de Rondônia, Roraima e Fernando de Noronha, não contavam na época, com profissionais de enfermagem em número suficiente para instalação dos seus respectivos Conselhos (Fiocruz, 1984:105-108).

A lei vigente no Brasil que regulamenta o exercício profissional das categorias de enfermagem, data de 1986 sob N°7.498, com regulamentação do Presidente da República através do Decreto N°94.406 de 08 de junho de 1987. Reconhece como categorias de enfermagem³⁰, os enfermeiros, os técnicos³¹, os auxiliares de enfermagem³² e as parteiras³³. Os

²⁹ Criado como Autarquia Federal mas em 1996 transformado em Empresa Pública (assim como todos os Conselhos de profissionais) por força das Medidas Provisórias N°1.549-35 e N°1.549-36, publicadas no Diário Oficial da União em 09 de outubro e 07 de novembro de 1997.

³⁰ Os atendentes de enfermagem, embora não reconhecidos pelo Cofen por não deterem formação formal, é uma categoria na equipe de enfermagem brasileira que ainda em 1992, representava 13,8% do total da força de trabalho de enfermagem ou respectivamente ocupantes de 142.356 postos de trabalho em saúde no país (IBGE, 1992:85-89). Legalmente, a partir de 1994, de acordo com a Lei N°8.967 do Cofen, foi assegurado aos atendentes admitidos nos serviços de saúde antes da vigência da lei do exercício profissional (08/06/87), o exercício de atividades elementares de enfermagem sob orientação e supervisão do enfermeiro. Sob a denominação genérica de atendentes, fazem parte pessoas contratadas com diversos nomes de acordo com as instituições de saúde: atendente de enfermagem, auxiliar de serviços médicos, auxiliar operacional de serviços diversos, auxiliar hospitalar, visitador sanitário, atendente de saúde rural, instrumentador cirúrgico, agente de saúde e auxiliar de saúde.

³¹ Titulares dos respectivo diploma espedido por escolas brasileiras ou estrangeiras registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem (Cofen, 1990:24). Em 1994, segundo o Cofen (1994:1), totalizavam 50.261 no país.

³² Titulares do respectivo diploma ou equivalente de acordo com a Lei N°2.822 de 1956 e a Lei N°2.604 de 1955 (com certificado espedido até 1961); do certificado de enfermeiro prático ou prático de enfermagem espedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia do Ministério da Saúde; pessoal enquadrado como auxiliar de enfermagem através do Decreto-Lei N°299 de 1967; e ainda os titulares do diploma ou certificado conferido por escolas ou cursos estrangeiros, registrado em virtude de intercâmbio

enfermeiros são considerados os titulares do diploma de graduação; do diploma ou certificado de obstetrix; enfermeira obstétrica; ou de títulos equivalentes conferidos por escolas estrangeiras, registrados em virtude de intercâmbio cultural ou revalidados no Brasil como diploma de enfermeiro (Cofen, 1990:23). Legalmente, aos enfermeiros, cabe em caráter exclusivo entre as categorias de enfermagem (Cofen, 1990:25-26):

- a direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
- consulta de enfermagem;
- prescrição da assistência de enfermagem;
- cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas.

Cabe também aos enfermeiros, como integrantes da equipe de saúde, as atribuições de:

- participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde e dos planos assistenciais de saúde;
- prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, inclusive como membro das respectivas comissões;
- participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de enfermagem;

cultural ou revalidado no Brasil como auxiliar de enfermagem (Cofen, 1990:24). Em 1994, segundo o Cofen (1994:1), totalizavam 197.192 no país.

³³ Titulares do certificado previsto no Decreto-Lei Nº8.778 de 1946; do certificado de parteiro ou equivalente, conferido por escolas ou cursos estrangeiros, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil até 26/06/88, como certificado de parteiro (Cofen, 1990:24).

- participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica;
- prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido;
- participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde do individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;
- acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distocia;
- participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral;
- participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada;
- participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais do trabalho;
- participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra-referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde;
- participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde;
- participação em bancas examinadoras, em matérias específicas de enfermagem, nos concursos para provimento de cargo ou contratação de enfermeiro ou pessoal técnico e auxiliar de enfermagem.

E ainda aos profissionais titulares de diploma ou certificado de obstetrix ou enfermeira obstétrica, além das atividades do enfermeiro como integrante da equipe de saúde, cabe-lhes legalmente (Cofen, 1990:26):

- prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;
- identificação de distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessária.

Na Argentina, tanto a regulamentação quanto o controle do exercício profissional da enfermagem, são atribuições ainda centralizadas no Ministério da Saúde e Ação Social, fato que ocorre também em todas as profissões de saúde. Nem mesmo aos médicos é outorgada a autonomia para estas atribuições. Através dos diplomas expedidos pelas faculdades, o registro

profissional é outorgado no âmbito da capital federal, pela “Dirección Nacional de Control del Ejercicio Profesional” do Ministério da Saúde e Ação Social e no restante do país, pelos órgãos das jurisdições subordinados a este Ministério (Abramzón, 1995:70). No entanto, de acordo com Muñoz, et. al. (1995:66), estes órgãos na maioria das províncias, se limitam à outorga do registro profissional, caracterizando no país, a ausência do controle do exercício profissional das categorias de enfermagem. Tanto para a enfermagem quanto para todas as profissões de saúde, as associações (ou colegiados) são órgãos responsáveis pela ética e a deontologia do exercício profissional (Abramzón, 1995:70).

A única associação nacional de enfermagem existente na Argentina, é a “Federación Argentina de Enfermería” (FAE), criada em 1968, com sede em Buenos Aires, de caráter técnico-científico (responsável também pela ética e deontologia profissional), que congrega apenas os enfermeiros, assim como a Associação Brasileira de Enfermagem. Nos estados, os enfermeiros contam ainda com 22 “Asociaciones Provinciales de Enfermería” que também se dedicam aos aspectos técnicos-científicos dos licenciados e dos enfermeiros, além de uma “Asociación de Escuelas Universitarias” e a Asociación de Escuelas Terciárias” (Muñoz, et. al. 1995:58).

O corpo normativo que regula o exercício das atividades profissionais da enfermagem era estruturado na Lei N°17.132/67 (vigente até hoje para as categorias de saúde que ainda não tiveram aprovadas as sua leis específicas do exercício profissional). Em 23/10/91, através da promulgação da Lei N°24.004, a enfermagem passou a contar com sua legislação específica, a qual, mesmo recente, na opinião de Muñoz, te. al. (1995:66), é inadequada para a realidade da enfermagem nacional.

De acordo com esta lei (Presidencia de la Republica, 1991:1-11), se reconhece no país para o exercício da enfermagem, apenas o “profissional”³⁴ que são os licenciados, os

³⁴ Os atendentes de enfermagem apesar de também não serem reconhecidos legalmente como categoria de enfermagem na Argentina (mais conhecidos por empíricos), representavam em 1994, 11,8% (ou 10.000

enfermeiros e os auxiliares de enfermagem³⁵. Os “profissionais”, são considerados os titulares dos diplomas ou certificados de licenciatura e de enfermeiro outorgado pelas escolas de enfermagem nacionais, provinciais, municipais e privadas reconhecidas; ou os titulares de certificado equivalente, expedido por países estrangeiros, revalidado de acordo com a legislação vigente e os convênios de reciprocidade. Neste último caso, a revalidação pode exigir exames de equivalência e ou complementação curricular.

Aos licenciados, além das atribuições dos enfermeiros, cabe-lhes legalmente em caráter de exclusividade, a docência, o assessoria em enfermagem e a administração de serviços de enfermagem. Embora na prática, segundo Muñoz, et. al. (1995:52), devido a insuficiência quantitativa dos licenciados, essas atribuições são comumente assumidas pelos enfermeiros. Para estes últimos, excluídas a docência, a assessoria em enfermagem e a administração dos serviços de enfermagem, a lei do exercício profissional (Presidencia de la Republica, 1991:3-4) outorga as atribuições de:

- planejar, implementar, executar, supervisionar e avaliar a assistência de enfermagem na prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
- prestar cuidados de enfermagem a pessoas com problemas de saúde de maior complexidade;
- realizar consultas de enfermagem e a prescrição de enfermagem;
- organizar e controlar o sistema de informações e registros pertinentes à enfermagem;
- estabelecer normas de previsão e controle de materiais e equipamentos para assistência de enfermagem;
- planejar, implementar e avaliar programas de saúde juntamente com a equipe interdisciplinar nos níveis nacional e local;
- participar na programação das atividades de educação sanitária;
- participar nos programas de higiene e segurança do trabalho na prevenção de acidentes de trabalho e doenças profissionais;
- participar no desenvolvimento de tecnologia apropriada para a saúde;
- realizar/participar em investigações sobre temas de enfermagem e de saúde;
- participar na elaboração de normas para o funcionamento dos serviços de enfermagem em suas distintas modalidades de atenção e supervisionar o seu cumprimento;

atendentes) do total da força de trabalho de enfermagem no país (OPS/MSASN/SS, 1994:32). E assim como no Brasil, os atendentes argentinos, segundo Munoz, et. al. (1995:53) têm sido clientela prioritária de projetos de escolarização e de profissionalização.

³⁵ Titular do certificado de auxiliar de enfermagem outorgado por instituições nacionais, provinciais, municipais e privadas, reconhecido pelo Ministério da Saúde e Ação Social; ou titular de certificado equivalente outorgado por países estrangeiros que deve ser revalidado (Presidencia de la Republica, 1991:3). Em 1994, de acordo com Munoz, et. al. (1995:34), totalizavam 49.000 auxiliares no país.

- realizar todos os cuidados de enfermagem para satisfazer as necessidades das pessoas nas distintas etapas do ciclo vital.

De acordo ainda com a legislação vigente, aos licenciados e aos enfermeiros é reservado, em caráter exclusivo, o exercício profissional e autônomo, em instituições públicas e privadas, nos domicílios e em consultórios particulares. A legislação incumbe-lhes ainda, as responsabilidades de controle do registro da autorização profissional no Ministério da Saúde, de todos os recursos humanos de enfermagem que trabalham sob as suas coordenações; de denunciar acidentes de trabalho com caráter de delito; de notificar doenças ou qualquer circunstâncias que comprometam a saúde da população; e ainda de adotar medidas exigidas legalmente para controlar as condições de higiene e limpeza nas instituições de saúde.

No Uruguai, para que o enfermeiro - como também para qualquer profissional de saúde - possa exercer sua profissão, é necessário que o título obtido no país seja registrado no Ministério de Saúde Pública através do Departamento de Coordenação e Controle, que outorga uma carteira de habilitação profissional. Obrigatoriamente também se faz o registro na “Caja de Jubilaciones y Pensiones Profesionales”. O enfermeiro estrangeiro tem seu título examinado pelo “Instituto Nacional de Enfermería” que o revalida ou indica e fornece a complementação dos estudos para equiparação curricular. Uma vez revalidado o título, o profissional deverá fazer os mesmos registros, sendo que, o direito ao emprego público só será concedido mediante comprovada cidadania uruguaia, não necessária nas instituições privadas de saúde (Rígole, et. al. 1995:124 ; Campos, et. al. 1995:42). Para a obtenção da cidadania segundo a Constituição vigente (de 1967, com reformas de 1989 e 1994), é necessário que o indivíduo com família constituída tenha residência habitual de três anos no país, ou solteiros com residência habitual de cinco anos ou ainda obtenha permissão especial da Assembléia Geral por serviços notáveis ou méritos relevantes. O Art. 76, prevê que somente após três anos, a pessoa com cidadania legalizada, poderá ser chamada nos empregos públicos e ainda,

veda a cidadania para o desempenho de funções de professor no ensino superior do país (Republica Oriental del Uruguay, 1967:16-17).

A centralização da outorga do exercício profissional no Ministério de Saúde Pública data de 1934 com a Lei Orgânica N° 9.202, que criou o próprio Ministério e previu uma “Comisión Honorária de Salud” responsável no país até hoje pelo controle deontológico e do exercício dos profissionais de saúde (Rígole, et. al. 1995:124). De acordo com esta Lei, no seu Capítulo VI, a Comissão de Saúde Pública é presidida pelo Ministro da Saúde e constituída por mais quinze membros designados pelo poder Executivo (aplicando-se a proporcionalidade fixada para a participação de membros dos serviços descentralizados), com atribuições além de constituir um tribunal disciplinar para profissionais de saúde, de amplos poderes referentes a todas as questões técnicas e administrativas relacionadas com a assistência e higiene pública do país (Republica Oriental del Uruguay, 1934:4-5).

O MSP reconhece como categorias de enfermagem³⁶, os enfermeiros e os auxiliares de enfermagem³⁷. Para o devido registro e controle do exercício profissional, o MSP reconhece como enfermeiro, aquela pessoa que se graduou como “Licenciado en Enfermeria” no “Instituto Nacional de Enfermeria”; como “Licenciada” ou “Nurse” da “Escuela de Nurses Dr Carlos Nery”, do MSP. Reconhece ainda, apesar das discordância do “Colegio de Enfermeras del Uruguay” (devido as disparidade do currículo), os trinta e um egressos da “Escuela de Salud Dr. José Scosería” do MSP, ou seja, as “Nurses Licenciadas en Enfermeria” (Pitamiglio, 1995:34). De acordo com o regime jurídico dos profissionais de saúde, o nível superior de enfermagem recebe várias denominações equivalentes : Enfermeiro, Nurse, “Licenciado en Enfermeria” e “Nurse Licenciado en Enfermeria” (Pitamiglio, 1995:139-141).

³⁶ Os “empíricos”, ou os atendentes de enfermagem, também não são reconhecidos legalmente no Uruguai como categoria profissional apesar de totalizarem em 1994, segundo Clemente (1994:12), 6.000 pessoas em todo o país.

³⁷ Titulares do certificado de auxiliar de enfermagem expedido pela “Escuela de Sanidad” do MSP ou de instituições privadas de ensino e reconhecido pelo MSP. Em 1994, totalizavam 17.000 no país (Clemente, 1994:6).

Para distinguir o nível superior de enfermagem, o “Colegio de Enfermeria” como o “Instituto Nacional de Enfermeria del Uruguay”, utilizam a denominação “Enfermeria Profesional” (Instituto Nacional de Enfermeria ; Colegio de Enfermeras del Uruguay, 1995:9).

A criação de um Colegiado, de uma lei de exercício profissional, bem como o controle profissional pelas categorias de saúde segundo Rígole, et. al. (1995:124), constituem antiga aspiração no país. Até hoje, os médicos não conseguiram a criação do seu Colegio e a sua lei do exercício profissional, projetos que tramitam desde 1988 no Parlamento Nacional. Os enfermeiros por sua vez, conseguiram a aprovação Parlamentar em 1992, do “Colegio de Enfermeras del Uruguay” para o qual, tiveram auxílio decisivo do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), da Federação Pan-americana de Profissionais de Enfermagem (FEPPEN) e da Organização Internacional do Trabalho (OIT)³⁸. Porém, o projeto de lei do exercício profissional da enfermagem no país (para substituir o absoleto “Regulamento de Nurses” de março de 1934), encontra-se desde 1991, em tramitação no Parlamento Nacional. Tal projeto foi inicialmente elaborado pelo “Comité Nacional de Legislación de Enfermeria” ou CONADELE (integrado por licenciados e auxiliares de enfermagem), posteriormente analisado em diferentes regiões do país e aprovado em um encontro nacional de enfermagem em 1990 e revisado em maio de 1995 pelo “Colegio de Enfermeras del Uruguay” (Colegio de Enfermeras del Uruguay, 1995:1).

De 1994 a 1992, os enfermeiros eram representados pela “Asociación de Nurses Del Uruguay” mas, com a aprovação Parlamentar em 1992 do Colegiado, atualmente o “Colegio de Enfermeras del Uruguay” (CEDU), constitui a única organização de representação corporativa (exclusiva dos enfermeiros) no país. Em maio de 1996, o CEDU contava com 1.000 enfermeiros filiados (55,5% do total de 1.801 enfermeiros ativos), pagantes de uma quota mensal de quarenta e dois pesos (cinco dólares e meio). Com sede própria em

³⁸ Segundo relato da Secretária Geral do “Colegio de Enfermeria”, Sra. Ema Magnami, em 21/05/96.

Montevideu (na verdade adquirida pela “Asociación de Nurses”), sustenta-se através das quotas mensais, mas principalmente, através das rendas obtidas de eventos culturais (cursos, encontros, seminários e congressos). Comumente, o CEDU promove esses eventos em parceria com o “Instituto Nacional de Enfermeria”.

De acordo com o seu estatuto, o “Colégio de Enfermeras del Uruguay”, tem como objetivos (Colegio de Enfermeras del Uruguay, 1992:1):

- Propiciar o desenvolvimento profissional de seus filiados;
- Assessorar e assistir seus filiados em assuntos gremiais (corporativos) e profissionais através de uma Comissão Gremial;
- Contribuir para elevar o nível de assistência dos serviços de enfermagem;
- Participar com as autoridades nacionais nas definições de políticas de saúde da população e da profissão;
- Realizar atividades entre os membros da própria profissão e interdisciplinar no âmbito nacional em assuntos de caráter científico ou corporativo;
- Realizar intercâmbio da enfermagem profissional, a nível internacional;
- Controlar a aplicação da legislação e do código de ética do enfermeiro a nível nacional.

Percebe-se através desses objetivos, que o CEDU acumula duas atribuições de importância para a categoria, ou seja, a de desenvolvimento profissional (de caráter mais cultural), e a de controle do exercício profissional. Entretanto, como o Estado através do MSP (em particular da Comissão de Saúde Pública), controla de fato e de direito o exercício de todos os profissionais de saúde no país, o CEDU não tem na verdade, a autonomia desejada nesse aspecto profissional embora explicita-a no seu estatuto. Vale lembrar, que o Colegio só dispõe até hoje de um “Regulamento de Nurses” de maio de 1934 (considerado obsoleto, já que não contempla as questões profissionais atuais) como também ainda não obteve a aprovação Parlamentar da lei do exercício profissional da enfermagem no Uruguai. Ao mesmo tempo, segundo a Secretária geral do CEDU, Sra Ema Magnani, o Colegio faz parte do

Conselho de Ética da FEPPEN e adota o código de ética do CIE que foi aprovado em maio de 1973 no México, pelo seu Conselho de Representantes Regionais (Consejo Internacional de Enfermeras, 1973:1).

Em que pese esse cenário de controle do exercício profissional centralizado no Estado, da falta de um instrumento legal para o controle do exercício da profissão, o CEDU através do seu “Comité Gremial”, colocou em instância jurídica duas causas do âmbito profissional³⁹. Uma se refere às egressas da Escola de Saúde do MSP, ou as “Nurses Licenciadas en Enfermería” (legalmente tituladas por decreto presidencial). A outra, se refere à contestação judicial contra os auxiliares de enfermagem, que em 1995, criaram uma entidade associativa sob o nome de “Unión Nacional de Enfermeros”, correspondendo a uma segunda iniciativa de apropriação do nome “Enfermero” já que entre 1982 e 1989, criaram e desfizeram por questões financeiras, a “Asociación de Enfermeras del Uruguay”. Essas iniciativas demonstram uma forte disposição do CEDU, mesmo com a centralização decisória no MSP, de se responsabilizar, ou ser reconhecido como órgão normatizador e de controle das questões de enfermagem no país. Por outro lado, evidenciando esse estado de ambigüidade legal, na verdade, o CEDU está operacionalizando um dos objetivos do seu estatuto aprovado pelo Parlamento: assessorar e assistir seus filiados em assuntos gremiais (corporativos) e profissionais através de uma Comissão de Assuntos Gremiais.

Segundo ainda a Secretária Geral do CEDU, essa Comissão desempenha o papel de mediador de conflitos e de acordo com próprio estatuto do CEDU, compete a essa Comissão entre outras atribuições, representar o Colegio em toda reunião, entrevista ou audiência com representantes de empregadores de enfermeiros ou de autoridades públicas, onde se tratem assuntos relacionados aos direitos corporativos ou trabalhistas de seus filiados (Colegio de Enfermeras del Uruguay, 1992:10).

³⁹ Segundo relato da Secretária Geral do “Colegio de Enfermería”, Sra. Ema Magnami.

Na estrutura do Colegio consta: a Assembléia Geral (com autoridade suprema e soberana), o Conselho Diretor (como instância executiva e administrativa), o Presidente, o Vice-Presidente e o Secretário Geral (representantes do Conselho Diretor em todas as funções executivas e administrativas), a Comissão Fiscal, a referida Comissão de Assuntos Gremiais e da Comissão Assessora (formada um representante do “Instituto de Enfermeria”, do Ministério de Saúde Pública, do Hospital de Clínicas da Universidade, do Banco de Previdência Social e de um representante de instituições privadas de saúde de Montevideu e do interior, escolhido de acordo com o tema de assessoramento. As eleições por voto direto dos filiados, estão previstas para um intervalo de três anos (Colegio de Enfermeras del Uruguay, 1992:2-14). Compõe ainda o Colegio segundo a Secretária Geral, um “Comité Técnico ou “Comité de Trabajo” (embora não conste do estatuto), que promove os eventos culturais, fonte de arrecadação importante para o CEDU.

O “Proyecto de Ley Nacional de Enfermeria”, revisado em 1995 e cuja aprovação ainda é aguardada e aspirada pelo Colegio (como instrumento legal de suporte para o controle do exercício profissional da enfermagem no país através deste órgão em substituição ao MSP), em seus sete artigos, define (Colegio de Enfermeras del Uruguay, 1995:1-3):

- como profissionais de enfermagem, os “Licenciados en Enfermeria” com título expedido ou revalidado pela Universidade da República; e os “Assistentes de Enfermeria” (ou os titulares do certificado de auxiliar de enfermagem expedido pelas instituições públicas de ensino.
- como competências exclusivas do Licenciado, conduzir o processo de assistência de enfermagem; participar no processo de assistência e de ensino nos distintos ciclos vitais do indivíduo assumindo tarefas mais complexas; formular diagnóstico, tratamento e avaliação de enfermagem; assumir a responsabilidade do ensino em todos os níveis de formação; promover e participar de investigações nas áreas de sua competência; administrar serviços docentes e de assistência de enfermagem nas instituições públicas e privadas; exercer a direção das divisões e departamentos de enfermagem nas instituições públicas e privadas de assistência médica; avaliar a capacidade profissional do pessoal de enfermagem em concursos, provas de ingresso, admissão, promoção; e realizar auditorias e consultorias em enfermagem.
- como integrante da equipe de saúde, ao Licenciado compete participar na determinação, execução e avaliação das políticas, planos e programas de saúde; na promoção, proteção da saúde e prevenção das doenças, enfatizando a atenção primária de saúde; na elaboração de projetos de construção e reformas de unidades de assistência de saúde; e participar na investigação na área da saúde.

- dirigir e supervisionar as atribuições e o trabalho do assistente de enfermagem de complexidade técnica de acordo a formação curricular.
- que os profissionais de enfermagem, na data de aprovação desta lei possuir o título de “Enfermera Universitaria”, ou o certificado de “Auxiliar de Enfermeria”, deverão optar pelo título de “Licenciado en Enfermeria” ou pelo certificado de “Assistente de Enfermeria” respectivamente, dentro de um prazo de dois anos, cumprindo com os requisitos e formalidades estabelecidas pela regulamentação desta lei.

No Paraguai, a primeira menção legal para o exercício da enfermagem e particularmente das obstetizes, data de 1936, através do Decreto–Lei número 2001, que em seus Art.9 (Inc. 6) e Art.21 (Republica del Paraguay, 1936:3–4), encarregou o Ministério da Saúde Pública como regulamentador do exercício profissional do médico cirurgião, farmacêutico, odontólogo e obstetra, cujos títulos de habilitação outorgados ou reconhecidos pela Universidade Nacional, seriam inscritos neste Ministério. Os praticantes de medicina, enfermeiras⁴⁰, nurses, massagistas, ortopédicos, óticos e outros afins, estariam isentos desta inscrição e suas atividades foram consideradas legais.

Porém, somente em 1952, que as enfermeiras passaram para o nível superior com a criação do primeiro curso de Licenciatura em Enfermagem e de Licenciatura em Obstetrícia no país, na Escola de Enfermagem do Instituto Andrés Barbero. Este Instituto foi incorporado à Universidade Nacional de Assunção em 1963, através do Decreto N°29.107 (Republica del Paraguay, 1963:1–2), que reconheceu este instituto como apto à formação universitária de enfermeiras, obstetizes e assistentes sociais.

Por sua vez, o Decreto N°35.094 de 1958 (República del Paraguay, 1958:1–2), estabeleceu como requisitos para exercer a profissão na qualidade de enfermeira, as possuidoras de diplomas expedidos pelas escolas de enfermagem reconhecidas no país que seguissem um conjunto mínimo de exigências de acordo com as recomendações do Conselho Internacional de Enfermeiras; as diplomadas por escolas de enfermagem estrangeiras com títulos previamente revalidados; as Visitadoras de Higiene Polivalente e as Visitadoras de

⁴⁰ No feminino conforme mencionado no decreto.

Higiene Social, com títulos expedidos pelo MSPyBs; e as obstetrizas egressas da “Escuela de Visitadoras de Higiene Polivalente”, com títulos expedidos pelo MSPyBS. Ao mesmo tempo outorgou ao MSPyBS o registro profissional e a regulamentação do próprio Decreto.

Atualmente, a regulamentação a nível nacional do exercício profissional na área da saúde (inclusive dos técnicos e auxiliares), está enunciada no Código Sanitário. O Art.215, estabelece como requisitos para o exercício das profissões em ciências da saúde, a titulação expedida pelas universidades do país, ou revalidadas pela Universidade Nacional de Assunção, e o registro habilitado pelo Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (Republica del Paraguay, 1980:24). Portanto, o controle do exercício profissional em saúde e em particular dos enfermeiros, está centralizado no Ministério da Saúde, a cargo do Departamento de Controle Profissional, que por sua vez, encarrega à Direção dos Serviços Médicos, o registro dos profissionais, o qual outorga a carteira de habilitação profissional (MSPyBS, 1986:1). O sistema de registro foi implantado em 1986 através da Resolução Nº 74 do Ministério da Saúde que determinou um período de seis meses para a inscrição de todos os profissionais existentes no país até esta data; a inscrição de novos habilitados; e estabeleceu, em cinco anos, a validade dos registros. Para revalidação do registro, ou mesmo para o registro inicial, não existe requisitos adicionais (exames de capacitação), além do diploma universitário (MSPyBS, 1986a:1-2). Para os profissionais formados no exterior, toda a documentação e título exigidos são examinados pela Universidade Nacional para a revalidação da titulação correspondente, e posterior registro nos Serviços Médicos do MSPyBS, não havendo impedimento Constitucional para o exercício profissional em saúde no país, exceto em relação ao nível técnico e auxiliar de saúde (MSPyBS, 1986:1-2 ; MSPyBS, 1986a:2 ; Republica del Paraguay, 1992:16-17).

Em que pese a outorga ao Ministério da Saúde a atribuição relativa à regulamentação do exercício profissional do enfermeiro (e de todos os outros profissionais de saúde); até a

atualidade, não existe no país, uma lei de exercício profissional para esta categoria. Em 1994, a “Asociación Paraguaya de Enfermeras”, reconhecendo que a legislação da profissão se constitui numa necessidade diante da livre circulação de mão-de-obra prevista no Mercosul, elaborou o “Projeto de Legislación Laboral de la Enfermería Paraguaya” entregue ao Poder Legislativo neste mesmo ano, onde até hoje encontra-se para apreciação. Depara-se com esta mesma situação, o Projeto de Lei que regulamenta o “Colegio de Enfermeras/os del Paraguay” e o “Codigo de Etica” (Asociación Paraguaya de Enfermeras, 1994:30).

Em vigência, portanto, o Ministério da Saúde reconhece como categorias de enfermagem, os enfermeiros, os técnicos e os auxiliares de enfermagem⁴¹. Como enfermeiro (ou “Licenciado en Enfermería”) o MSPyBS reconhece este profissional, cujo perfil é simil à definição elaborada pela “Asociación Paraguaya de Enfermeras” (em 1987 e em conjunto com os representantes do “Consejo Internacional de Enfermeras” e da Organização Mundial de Saúde), que conceituou enfermeira⁴² como ... “una persona que ha cursado enteramente enseñanza básica de enfermería y está autorizada para ejercer la enfermería en su país. La enseñanza básica de enfermería es un plan de estudios oficialmente reconocido que proporciona un núcleo amplio y sólido de conocimientos en ciencias de la conducta, biológicas y de la enfermería para la practica general de esta última, el liderazgo dentro de la misma y enseñanza especializada avanzada o post-básica” (Asociación Paraguaya de Enfermeras, 1994:8). A enfermeira, está portanto, qualificada e autorizada para trabalhar na formação da saúde, na prevenção das doenças, no cuidado aos enfermos físicos e mentais, das pessoas impedidas de qualquer idade, em todos os contextos da assistência de saúde e do trabalho comunitário; para ser encarregada de ensinar a assistência de saúde; para participar plenamente

⁴¹ Titulares de certificados expedidos pelas instituições de ensino do Paraguai e reconhecidos pelo MSPyBS, cujo equivalentes estrangeiros são Constitucionalmente impedidos para o exercício profissional no país (Asociación Paraguaya de Enfermeras, 1994:23-26). Em 1992, segundo o Cenco (Republica del Paraguay, 1994:25-28), os técnicos e os auxiliares de enfermagem totalizavam respectivamente, 516 e 2.726. Entretanto, entre estes, existiam os “empíricos”, além de outro grande contingente de atendentes de enfermagem no país, estimado em 5.000 em 1992 (Asociación Paraguaya de Enfermeras, 1994:33).

⁴² No feminino, de acordo com o texto original.

como membro na equipe de assistência a saúde; para supervisionar e instruir as auxiliares⁴³ de enfermagem e de assistência à saúde; e para participar na pesquisa (Asociación Paraguaya de Enfermeras, 1994:8).

Atualmente, a forma de organização de interesses dos enfermeiros no Paraguai, está representada somente pela “Asociación Paraguaya de Enfermeras”, criada em 1952, com sede na Escola de Enfermagem do Instituto Andrés Barbero. Esta entidade está ligada ao Conselho Nacional de Saúde do MSPyBS, com o qual mantém relações que lhe garante a própria sobrevivência⁴⁴. Vale dizer que os trinta e cinco anos de regime militar não permitiram a associação e ou sindicalização livre dos funcionários nacionais do setor saúde, a não ser sob a tutela do Estado.

Segundo Arnau e Pierantoni (1995:141), apesar dos impedimentos legais e da lei do funcionário público (que também coíbia as associações corporativas ou sindicais), os profissionais se organizaram nas instituições de saúde tornando-se em alguns casos (particularmente no Hospital das Clínicas da UNA), focos de resistência ao regime de Stroessner, liderando estas associações em alguns momentos, a mobilização em oposição ao governo autoritário. Na análise das autoras, após 1989, com o início do período de transição para a democracia, observa-se a tendência ao estabelecimento de associações por instituições (em hospitais públicos), por profissões (médicos, enfermeiros, bioquímicos) e a constituição da Federação dos Profissionais de Saúde. Observam também que, embora haja atualmente a liberdade de expressão e associação, ainda tem sido lenta a retirada dos obstáculos jurídicos à associação.

⁴³ No feminino, conforme texto original.

⁴⁴ Conclusão nossa diante das informações (sobre o total de recursos, verba obtida através de eventos, quotas de associados, apoio financeiro e subordinação política e técnico ao MSPyBS) obtidas na entrevista com a Presidente da Associação Paraguai de Enfermeiras, Licenciada Juana Caceres de Gomes, em 02/04/96, na escola de enfermagem da UNA.

Assim, tanto os enfermeiros, quanto os médicos⁴⁵, vêm tentando criar os seus Colegiados, aguardando a sanção da Câmara dos Deputados para suas respectivas Leis de Colegiados, através das quais pretendem obter respaldo legal para regulamentação e controle do exercício profissional no país através da associação corporativa. Embora a nova Constituição, garanta em seu Artigo 42 do Capítulo VI da Saúde, que ... “Toda persona es libre de asociarse o agremiarse con fines lícitos, así como nadie está obligado a pertenecer a determinada asociación. La forma de colegiación será reglamentada por Ley” ... (Republica del Paraguay, 1992:13), percebe-se a incoerência com o Código Sanitário ainda em vigência, o qual garante ao MSPyBS, o poder de regulamentação e controle do exercício das profissões de saúde no país. Sem dúvida, a atualização do Código Sanitário e a criação de leis que regulamentem o referido Artigo Constitucional, constituem pontos importantes de estrangulamento na livre associação corporativa, ao mesmo tempo que representam uma ameaça de esvaziamento e enfraquecimento dos órgãos técnicos do MSPyBS.

Apesar de estar sob a tutela do Estado e de possuir relação de dependência com o MSPyBS, a Associação Paraguaia de Enfermeiras, buscou ao longo dos anos, parcerias internacionais como apoio no desenvolvimento da representação dos enfermeiros no país. Desde 1966, a Associação é membro da “Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería” (FEPPEN); em 1977 filiou-se ao Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE); e também é membro da “Fundación Ibero Americana de Enfermería Siglo XXI” – FIDE S.XXI (Asociación Paraguaya de Enfermeras, 1994a:2). Na década de 80, por iniciativa da Associação, foi criado um comitê de legislação para os enfermeiros no Paraguai (em abril de 1984), o qual iniciou suas atividades com seminário nacional sobre este tema. A partir de 1988, a Associação manteve parceria e colaboração com a CIE, quando esta passa a organizar seminários na América Latina (com o apoio da Fundação W.R.Kellogg e da Fundação

⁴⁵ Para esta categoria, a informação foi obtida durante entrevista dia 29/03/96 com Dra. Maria Cintia Prieto Conti, representante do MSPyBS para os assuntos de saúde no Mercosul.

Internacional Florence Nightingale), com o propósito de assistir às associações de enfermeiros na formação e operacionalização de planos e estratégias para estabelecer sistemas de regulamentação de enfermagem. Paralelamente aos seminários latino-americanos (18 a 23 de abril de 1988 em Quito – Equador, 24 a 29 de abril de 1989 no México, 25 a 30 de junho de 1991 em San Juan de Puerto Rico), a Associação realizou seminários internos no país (quatro no total). Esses fóruns propiciaram a retomada do processo de elaboração e aprovação de uma legislação e discussão da categoria sobre representatividade profissional no Paraguai. Operacionalmente, este processo tornou-se factível com a assinatura do “Acuerdo Técnico-Financiero para el Desarrollo de la Enfermería en América Latina” (firmado durante o VIII Congresso Panamericano de Enfermería, em Cartagena de Indias – Colômbia, de 4 a 7 de junho de 1991), que estabeleceu o convênio entre a FEPPEN, a OPS e a Associação Paraguaia de Enfermeiras, com o objetivo de fornecer, a esta última, apoio técnico e financeiro para continuidade do “Anteproyecto de Legislación de Enfermería en el Paraguay” (Asociación Paraguaya de Enfermeras, 1994:30 ; 1994a:2-3). Como comentado, encontra-se em tramitação no Congresso, desde 1994, os frutos desses esforços (o “Proyecto de Legislación Laboral”, o “Codigo de Etica” e o “Proyecto de Ley que regula el Colegio de Enfermeras/os del Paraguay”).

O objetivo da criação do Colégio é que, este órgão, enquanto real organização corporativa dos enfermeiros no Paraguai, possa ... “contribuir a la promoción de la salud del usuario, individuo, familia y comunidad, promover el desarrollo de la enfermería y controlar la concesión de licencia para ejercer la profesión, ejercer la vigilancia y jurisdicción disciplinaria en relación con el ejercicio profesional prestando especial atención al logro de la jerarquización del Colegio de Enfermeras/os del Paraguay – CEP”. (Asociación Paraguaya de Enfermeras, 1994a:8).

O projeto de regulamentação do Colégio de Enfermeiras/os do Paraguai, define entre em 25 artigos, a sua composição (“Asamblea General” como instância soberana, “La Junta Directiva”, “Tribunal Examinador” e “Tribunal de Conducta”); as atribuições dessas instâncias; a forma de eleição e periodicidade de gestão (eleição anual de 50% da Junta Diretiva em cada dois anos); os filiados (enfermeiros graduados); os direitos e deveres dos filiados; a renovação da licença para o exercício profissional (a cada três anos); e as formas de manutenção financeira (Asociación Paraguaya de Enfermeras, 1994a:8–13). Define também, a “Enfermera Profesional”, como ... “la persona que ha cursado enteramente enseñanza básica de enfermería y está autorizada para ejercer la enfermería en el país, para prestar servicios profesionales que requieran comprensión de los principios de las ciencias físicas, biológicas y sociales y la aplicación de estos principios a la promoción, prevención de enfermedades, restauración, cuidados de los enfermos y rehabilitación”. Ao Colegio caberia também a responsabilidade de autorizar o exercício profissional dos enfermeiros no país, expedindo licenças, suspendendo-as ou revogando-as, em substituição destas atribuições do Ministério da Saúde. Embora o projeto não mencione o controle do exercício profissional de toda a enfermagem - somente dos enfermeiros - em seu Artigo 25 se prevê a posterior regulamentação a partir do reconhecimento legal do Colegio de Enfermeiras. (Asociación Paraguaya de Enfermeras, 1994a:8-13).

O que se pode perceber em comum nas descrições sobre regulamentação da enfermagem no Cone-Sul, é que, apesar do não reconhecimento legal do exercício da enfermagem pelos “empíricos”, ele ocorre na prática e representa a grande força de trabalho da equipe de enfermagem. No Brasil, esta força de trabalho vem sendo utilizada tanto no subsetor privado quanto no subsetor público. Assim, de acordo com Amâncio Filho (1997:19), ... “associam-se a esse fenômeno não apenas a redução de custos mas também a característica da contratação como mecanismo de clientelismo político”.

Entretanto, os atendentes são objeto de preocupação, no sentido de sua escolarização e profissionalização, apenas no Brasil e na Argentina. Mesmo que a lei brasileira do exercício profissional, o projeto de lei argentina (que mais especificam as atribuições de acordo com as categorias de enfermagem) e ainda dos projetos de lei uruguaia e paraguaia, explicitem as atribuições exclusivas dos enfermeiros e os limites da prática dos técnicos e dos auxiliares, na realidade, em comum, os países convivem com a assistência de enfermagem prestada principalmente pelos atendentes e os auxiliares de enfermagem em todos os níveis de complexidade nos seus sistemas de saúde.

A exclusividade das atribuições dos enfermeiros, são portanto, utópicas em relação à prestação dos cuidados de enfermagem no Cone-Sul. Pode-se dizer que exceções seriam as instituições que, com recursos humanos suficientes - principalmente enfermeiros - conseguem distribuir as tarefas por nível de complexidade de acordo com a qualificação profissional das categorias de enfermagem. No Brasil, o exemplo se situa principalmente na assistência de enfermagem a pacientes de alto risco (primordialmente no subsetor público) como constitui o caso dos centros de tratamento intensivo onde usualmente trabalham os recursos humanos de enfermagem mais qualificados. Além da docência, da investigação e da assessoria, os enfermeiros do Cone-Sul dão bastante ênfase na exclusividade de atribuições mais “nobres” (prestação de cuidados de enfermagem que envolve maior risco, maior complexidade e que utiliza maior tecnologia), na busca talvez, de maior reconhecimento social, mesmo compreendendo que, na realidade, esta prática na assistência de enfermagem não ocorra. A toda esta situação em que diferentes tarefas, com diversas complexidades são exercidas indiferentemente pelas categorias de enfermagem, para a sociedade nestes países o enfermeiro é todo aquele que, não sendo da equipe médica, se veste de branco. Não raramente, as categorias de enfermagem não são identificadas pelos próprios médicos, companheiros permanentes do trabalho em saúde.

Vale destacar em relação ao controle do exercício profissional que, embora saibamos que no Brasil, devido ao grande quantitativo dos recursos humanos de enfermagem, bem como, do quantitativo e da complexidade da rede de instituições de saúde, os Conselhos Regionais não dão conta de um controle eficaz do exercício ilegal da enfermagem, mesmo sendo o único país no Cone-Sul, que conta com um órgão (e sua rede de filiais) com autonomia e instrumento legal para esta finalidade.

Embora a Argentina disponha da legislação, encontra-se na mesma situação do Uruguai e Paraguai (sem ainda legislação específica) em que seus respectivos Ministérios da Saúde, centralizam o poder da outorga da licença e do controle do exercício profissional. Considerando a estrutura disponível nos países para o controle do exercício profissional, as referências da Argentina e as tentativas de coleta de dados de recursos humanos no Uruguai e Paraguai nos Ministérios da Saúde (cujos arquivos além de precária condição física de armazenamento, estão contidos em envelopes que não obedecem lógicas como ano, ordem alfabética e sim número de inscrição de registro para todas as categorias de saúde), podemos afirmar que a outorga do registro é um processo sem confiabilidade nesses países e que praticamente inexistente o controle do exercício profissional, a não ser talvez, em caso de denúncia de exercício ilegal.

Os colégios da Argentina, Uruguai e Paraguai, por sua vez, apesar da pretensão de regulamentar e controlar a prática da enfermagem nos seus países, não dispõem além dessas prerrogativas legais, de infra-estrutura física, de filiais nos estados, de recursos humanos e financeiros. Situação mais precária ainda, encontra-se o Colégio do Paraguai que nem sequer conta com sede própria (não podendo inclusive pagar aluguel de sala), utilizando uma sala cedida no Instituto Andrés Barbero, na qual apenas encontra-se arquivos e nenhuma estrutura de apoio para a presidente.

Vale lembrar, como comentado no segundo capítulo (item 2.5.), que são estes os Colégios, além do Cofen, que associados, formaram a Comissão Regional de Enfermagem do Mercosul (CREM) e que através da sua pretendida legalização junto às instituições do Mercosul, como órgão representativo da enfermagem na região, aspiram além do assessoramento técnico junto ao Grupo Mercado Comum, a responsabilidade pela regulamentação, autorização e controle do exercício profissional de todas as categorias de enfermagem no Mercosul, expedindo autorizações, aplicando sanções, controlando o exercício profissional, a migração dos recursos humanos e também, pretensiosamente, almejando realizar pesquisas de caráter regional, como ainda, promover capacitação dos recursos humanos de enfermagem no Cone-Sul.

3.3. - A OFERTA DE ENFERMEIROS NO CONE-SUL

A oferta de enfermeiros no Brasil pode ser visualizada através dos concluintes anuais da graduação e do número de enfermeiros registrados nos Conselhos Regionais de Enfermagem, com dados nacionais consolidados no Conselho Federal de Enfermagem.

De 1977⁴⁶ a 1992, a rede de escolas de graduação em enfermagem no país, formou 57.896 enfermeiros (MEC, 1977-1987:43, 1988-1992:32). No registro do Cofen em 1992, constavam 56.321 enfermeiros (Cofen, 1992:1), revelando que 1.575 concluintes ainda não tinham solicitado o seu registro profissional nesta instituição; equivalendo esta diferença, à mais da metade de concluintes de um ano. Este contingente tanto poderia se constituir de recentes graduados, quanto daqueles que mesmo trabalhando, não se registraram, ou ainda, daqueles que retardaram ou não ingressaram no mercado de trabalho.

⁴⁶ Ano em que o Ministério da Educação do Brasil iniciou o levantamento quantitativo nacional de cursos, candidatos ao vestibular, matriculados e formados em todas as carreiras universitárias.

Como pode ser verificado na Tabela 7, a média de concluintes no período de 1977 a 1992, corresponde a 3.860 graduandos anuais. Verifica-se que entre os anos de 1982 a 1986, foi o período que mais se lançou profissionais no mercado de trabalho (com média de 4.607 concluintes anuais). Em contraponto, o período compreendido entre 1987 a 1992, apresentou decréscimo no quantitativo de graduandos (para uma média anual de 3.526 concluintes, ou no total, menos 1.081 enfermeiros). Este decréscimo da capacidade de formação foi acompanhado ao mesmo tempo, do grande crescimento da rede de escolas de enfermagem no país. Se considerarmos 3 e 4 anos de duração do curso de graduação, quando o país contava com menor rede de ensino (em 1977 e em 1980 com respectivamente 63 e 79 escolas), esta apresentou uma melhor “performance”, ou seja, uma média em 1979, de 41 e de 50 concluintes por escola (63 escolas); e uma média em 1980, de 56 e de 62 concluintes por escola (79 escolas). Doze anos após, ou em 1989, com uma rede de 96 escolas no país (equivalente a um crescimento de 52% do número de escolas), a média de concluintes por escola decresceu para 36 graduandos, considerando 3 e 4 anos de estudos. Na verdade, a tendência de decréscimo total de concluintes pode ser observada desde 1984, perdurando até 1989, período em que houve negativos incrementos relativos de graduandos (ou respectivamente de: -2,3%, -4,6%, -7%, -8,3%, -3,7 e -12,1%).

TABELA 7

Evolução dos Concluintes de Graduação das Escolas de Enfermagem. Brasil. 1977 - 1992.

ANOS	Nº CONCLUINTES	% INC. RELATIVO	Nº ESCOLAS
1977	2126	2,5	63
1978	2192	3,1	-
1979	2561	16,8	-
1980	3139	22,6	79
1981	3687	17,5	-
1982	4394	19,2	83
1983	4934	12,3	84
1984	4823	-2,3	-
1985	4603	-4,6	90
1986	4281	-7,0	91
1987	3924	-8,3	93
1988	3779	-3,7	95
1989	3320	-12,1	96
1990	3359	1,2	102
1991	3434	2,2	106
1992	3340	2,7	107
-	57.896	-	-

Fonte: MEC, 1977 - 1987:43; 1988 - 1992:32.

De acordo com a distribuição da rede de ensino e os percentuais de vagas ofertadas nas Unidades da Federação, no período de 1988 a 1992, do total de 17.232 concluintes, o Sudeste lançou no mercado 49,1% (8.464) dos graduados; o Nordeste, 24,9% (4.286) ; o Sul, 17,7% (3.047) ; o Norte, 4,9% (838) ; e o Centro-Oeste, 3,4% , com 594 diplomados.

Importante é ressaltar que somente os estados de São Paulo e Rio de Janeiro em 1992, foram responsáveis por 40% dos concluintes de enfermagem do país e que o Rio de Janeiro contando com menos da metade das escolas de enfermagem de São Paulo, apresentou maior produtividade. Em 1990, os concluintes de São Paulo e do Rio de Janeiro totalizaram respectivamente, 661 e 693; em 1991, 635 e 744; e em 1992, 594 e 739 enfermeiros (Vieira, 1996:16-19).

Praticamente, a mesma distribuição geográfica dos concluintes de graduação no país pode ser verificada em relação aos enfermeiros registrados no Cofen. Em 1992, do total de 56.321 registrados, 54,3% (ou 30.588 enfermeiros) se localizava no Sudeste; 18,9% (10.637) no Nordeste; 14,9% (8.390) no Sul; 6,2% (3.496) no Norte; e 5,7% (3.210) no Centro-Oeste (Cofen, 1992:1).

Supondo que os enfermeiros registrados constituíam a população de profissionais na ativa, podemos visualizar então, no Mapa 2, a sua distribuição geográfica em 1994 (Cofen, 1994:1). Neste ano, a região Sudeste continuava concentrando os enfermeiros do país com 52,6% destes (ou 31.468, sendo 45% apenas nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro); o Nordeste, com 22,2% (13.304); o Sul, com 14,6% (8.741); o Norte, com 4,6% (2.763); e o Centro-Oeste, com 6,0% (3.556) dos enfermeiros. Apenas no espaço de dois anos, a região Nordeste apresentou um incremento percentual de 3,3% enquanto que nas outras regiões (exceto no Centro-Oeste que manteve estável a sua participação), a tendência foi de decréscimo na participação percentual do total dos enfermeiros no país, notadamente o Sudeste, embora estivesse ainda concentrando a oferta dos enfermeiros brasileiros.

A Argentina, contando com uma rede de ensino de 42 escolas até 1989, conseguia por sua vez, lançar no mercado de trabalho, uma média anual de 500 enfermeiros, ou uma produção de apenas 12 concluintes por escola de graduação. A partir de 1989, com o aumento da rede de ensino, (de 145%, passando de 42 escolas em 1989 para 103 em 1995), a média de concluintes até 1994, aumentou para 1.000 graduandos anuais, diminuindo a média anual de concluintes por escola para 10 graduandos, considerando a existência até 1994, de 95 escolas de enfermagem (OPS/MSyASN/SS, 1994:4-5).

Através da Tabela 8, podemos visualizar o ritmo de crescimento da oferta na Argentina, tanto dos enfermeiros, quanto dos licenciados, sendo estes últimos, quantitativamente bem inferiores, mas em acordo com a pequena disponibilidade destes cursos no país, como vimos no item 3.1. deste capítulo. Assim, em 25 anos, ou no período de 1969 a 1994, os licenciados apresentaram um aumento absoluto de apenas 643 (de 357 para 1.000 licenciados), ou um incremento relativo de 180%, ocorrido principalmente a partir de 1989. Em relação aos enfermeiros, onde também se verifica o maior crescimento da oferta a partir de 1989, em todo o período de 1969 a 1994, o aumento absoluto foi de 10.886 enfermeiros (de 14.114 para 25.000), ou um incremento relativo de 77%.

TABELA 8

Recursos Humanos de Enfermagem de Nível Superior. Argentina. 1969 - 1994.

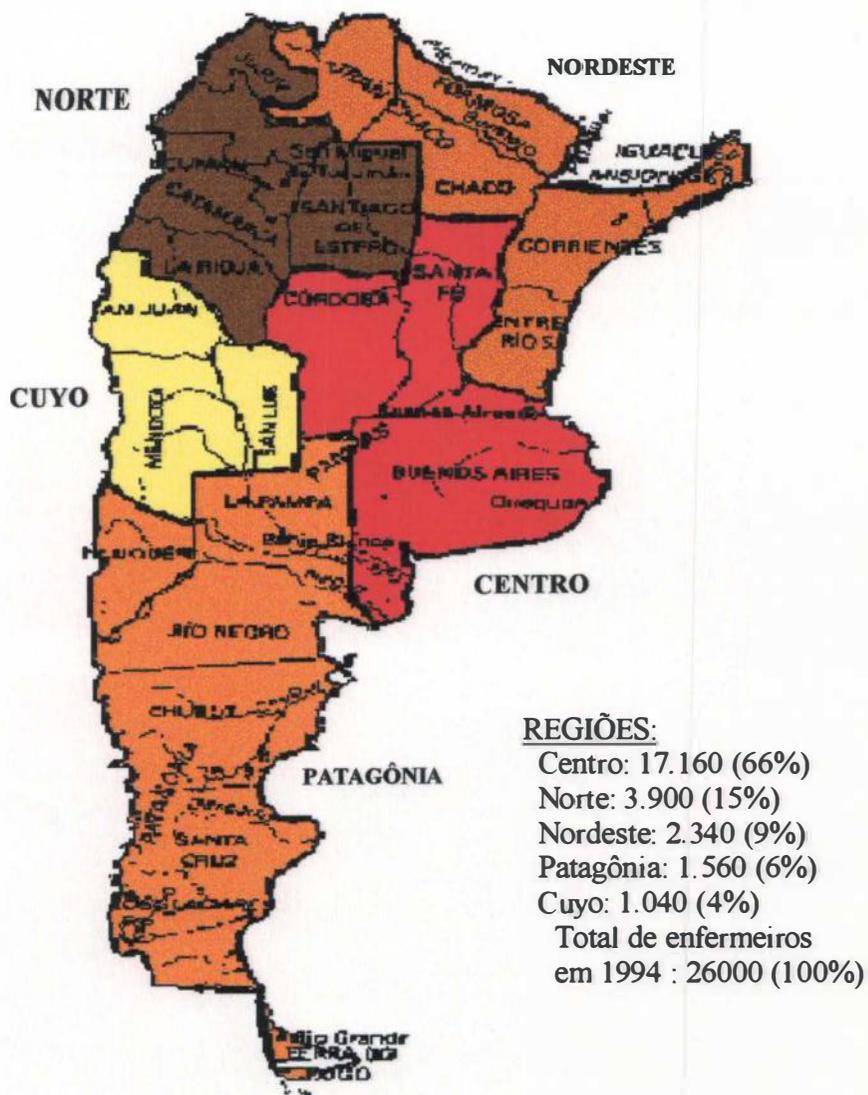
CATEGORIAS	ANOS									
	1969		1979		1988		1989		1994	
	N ^o	%								
LICENCIADO	357	2,5	286	1,7	383	2,2	500	2,5	1.000	3,8
ENFERMEIRO	14.114	97,5	16.090	98,3	17.118	97,8	19.800	97,5	25.000	96,2
TOTAL	14.471	100	16.376	100	17.501	100	20.300	100	26.000	100

Fontes: (1969 e 1979) Munõz, et. al. 1995:34; (1988) MSyASN, 1991:6; (1989 e 1994) OPS/MSyASN,1994:8.

Quanto à distribuição geográfica dos licenciados e dos enfermeiros em 1994, pode-se perceber através do Mapa 3 que a região Centro (Buenos Aires, Córdoba e Santa Fé) concentra a maior da oferta destes profissionais (66% ou 17.160), seguida da região Norte (15% ou 3.900 profissionais), cuja distribuição é coerente com a diponibilidade numérica de escolas no país, conforme também assinalamos no item 3.1. deste capítulo. Assim, juntas, as regiões Nordeste, Patagônia e Cuyo, com menores redes de ensino, dispõem apenas de 19% ou de 4.940 enfermeiros e licenciados do país (OPS/MSyASN, 1994:9-10).

MAPA 3

Distribuição Geográfica dos Enfermeiros na Argentina - 1994



Fonte: OPS/OMS, 1994:8

O Uruguai, mesmo contando com apenas uma instituição de ensino para a graduação em enfermagem, conseguiu de 1989 a 1993, em média, diplomar 138 enfermeiros por ano. Nesse período, de acordo com os Anuários Estatísticos (Republica Oriental del Uruguay, 1990-1994 :54), o “Instituto Nacional de Enfermeria” tituló 690 egressos (90 em 1989, 168 em 1990, 136 em 1991, 145 em 1992 e 151 em 1993). Segundo o “1° Censo Nacional Enfermeria Profesional” de 1993 (Instituto Nacional de Enfermeria ; Colegio de Enfermeras del Uruguay, 1995:57), a projeção do número de graduados para o período de 1994 a 1998 é de 400 enfermeiros, ou seja, uma média de 80 concluintes anuais.

Em 1993, o Uruguai contava com 1.801 enfermeiros (em exercício profissional), detectados pelo primeiro censo nacional desses profissionais, o qual foi realizado com a finalidade de contribuir com a elaboração de uma política de recursos humanos em saúde a nível regional com os países do Mercosul (Instituto Nacional de Enfermeria ; Colegio de Enfermeras del Uruguay, 1995:1,19).

O quadro dos enfermeiros, segundo esse censo, pode ser observado na Tabela 9, onde do total de 1.801 profissionais, 230 ou 12,8% negaram informações sobre emprego e 12 enfermeiros ou 0,7% que também negaram outras informações solicitadas pelo censo.

TABELA 9
Distribuição dos Enfermeiros Segundo a sua Situação Censitária.
Uruguai. 1993.

CATEGORIAS	NÚMERO
Censadas	1559
S/I de Emp.	230
S/ outras Inf.	12
Sub-Total	1801
No exterior	202
Aposentados	55
Falecidos	44

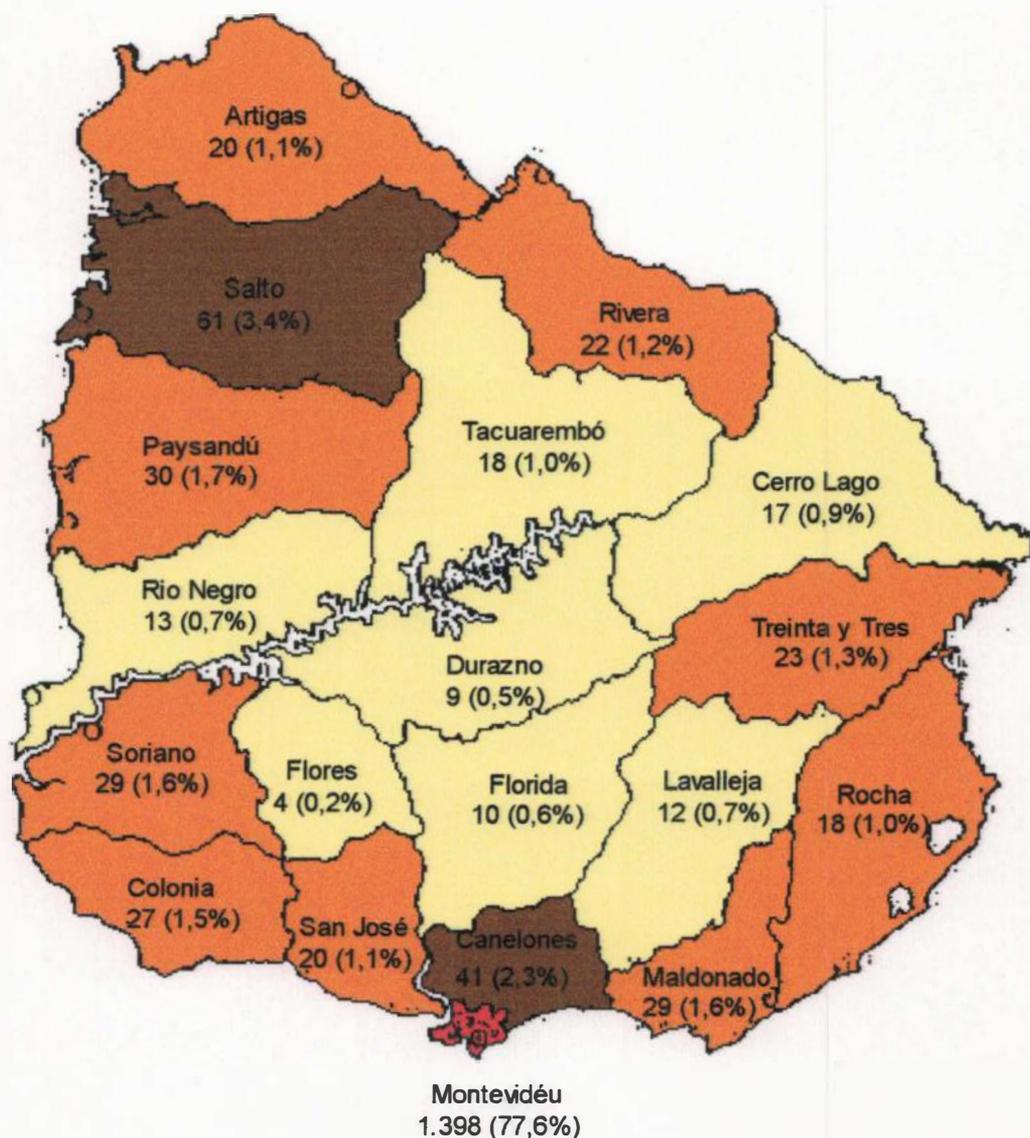
Fonte: INE/CEDU, 1995:1-4. 1° Censo Nacional de Enfermeria Profesional

Assim, contando com os emigrantes, o total de enfermeiros em atividade profissional, era na verdade, de 2.003; entre os quais 10,1% (202) migraram para outros países, correspondendo a uma perda aproximada de duas turmas de graduação ou a nove anos de ensino gratuito público. Os dados sobre os emigrantes foram obtidos através de informantes que declararam como motivo de emigração o exercício profissional em diferentes países. Considerando que o enfermeiro não é de nível superior na maioria dos países da Europa, grande parte dos uruguaios emigrantes estavam exercendo sua profissão nessas condições, já que do total de 202, 63% ou 127 enfermeiros emigraram para a Europa, sendo a Suíça, seguida da Espanha, os países mais eleitos para a migração. A América Latina constituiu a terceira opção de emigração, sendo na realidade, a Argentina o país de escolha. Portanto, os idiomas estrangeiros não constituem obstáculos para esses enfermeiros já que, 76,8% ou 155 profissionais, destinaram-se para países do Continente Europeu e da América do Norte. Demonstrando essa dinâmica, em 1993, dos 1.559 enfermeiros censados, 104 (6,7%) estavam dispostos à emigrar e preferencialmente para a Europa (ou 77,1% dos entrevistados dispostos a emigrar).

Como ilustração da distribuição geográfica da oferta dos enfermeiros no Uruguai, podemos observar no Mapa 4, a alta concentração desses profissionais em Montevideú, onde se localiza 77,6% dos enfermeiros, ou 1.398, no total de 1.801. Em todos os outros departamentos (estados, considerados como interior do país), visualizamos os 403 (22,4%) enfermeiros restantes, mais presentes em Salto, Canelones, Paysandú, Soriano e Colonia (Instituto Nacional de Enfermeria ; Colegio de Enfermeras del Uruguay, 1995:20).

MAPA 4

Distribuição Geográfica dos Enfermeiros no Uruguai - 1993



Montevideo: 1.398 - 77,6%

Interior: 403 - 22,4%

Total: 1.801 - 100,0%

Fonte: INE / CEDU, 1995: 20

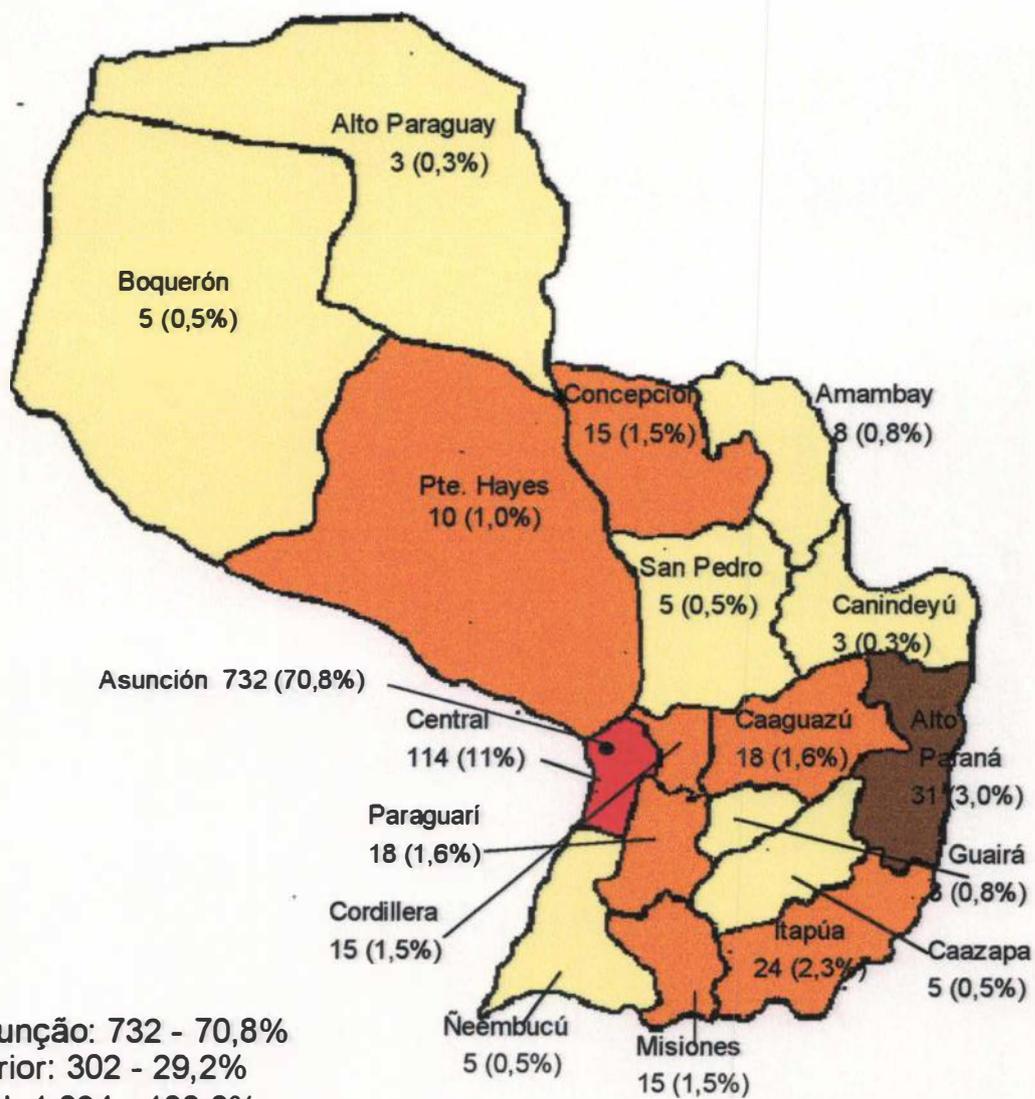
No Paraguai, até 1992, as três instituições de graduação em enfermagem, formaram 1.258 enfermeiros. De 1941 a 1992, a Escola de Enfermagem da Universidade Nacional, o Instituto Andrés Barbero, titulou 894 egressos; a Escola do Hospital Bautista, de 1960 a 1992, 207 egressos; e a Escola da Universidade Católica, de 1976 a 1992, titulou 157 enfermeiros (Asociación Paraguaya de Enfermeras, 1994:15). Até 1985, o país contava apenas com 618 enfermeiros, data em que se realizou o segundo e último Censo Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (MSPyBS/OPS/OMS, 1986:44,49). A partir do primeiro Censo, de 1974 (MSPyBS, 1975:18) que detectou 209 enfermeiros, passa-se a observar, o incremento relativo de 195,6% até 1985 (ou de 409 enfermeiros) e de 103% (ou 640 enfermeiros) de 1985 até 1992. Portanto, no período de 1974 a 1992, o incremento relativo da oferta desses profissionais, foi de 502% ou um crescimento absoluto de 1.049 enfermeiros (de 209 para 1258 enfermeiros).

Porém a oferta de enfermeiros em 1992 em atividade profissional segundo o Censo Nacional de 1992 (Republica del Paraguay, 1994:57-60), era de 1.034 profissionais no país, entre os quais, 732 (ou 70,8%) se concentravam em Assunção e 302 (ou 29,2%) se distribuíam em todos os 17 departamentos nacionais. Assim, como ilustração, podemos visualizar no Mapa 5 que o Departamento Central (estado onde se localiza a capital do país), detinha 81,8% dos enfermeiros existentes (ou 846 profissionais), incluídos os de Assunção. Os 188 enfermeiros restantes (18,2% do total de 1.034), estavam distribuídos por todo o país, ou seja, em 16 departamentos. Entre estes, destacam o Alto Paraná e Itapúa (com respectivamente 31 e 24 enfermeiros), aqueles que detinham até 18 enfermeiros (Concepción, Cordillera, Caagazú, Misiones, Paraguari, Presidente Hayes) e aqueles com menos de 10 enfermeiros (San Pedro, Guairá, Caazapá, Neebucú, Amambay, Canimdeyú, Boquerón e Alto Paraguay). Nota-se também que toda a Região Ocidental, ou do Chaco (formada pelos Departamentos de Presidente Hayes, Boqueron e Alto Paraguay), possuía apenas 18

enfermeiros numa extensão geográfica de 246.952 Km² (ou 60,7% do total do território nacional), onde se dispersavam 105.633 habitantes (ou 2,5% do total da população do país) em 1992 (Republica del Paraguay, 1994:21-23,57-60).

MAPA 5

Distribuição Geográfica dos Enfermeiros no Paraguai - 1992



Assunção: 732 - 70,8%

Interior: 302 - 29,2%

Total: 1.034 - 100,0%

Fonte: Republica del Paraguay, 1994:21-23, 57-60

Através portanto, dos mapas dos países do Mercosul, podemos visualizar um problema comum na oferta de enfermeiros: a alta concentração geográfica destes profissionais, principalmente no Uruguai e Paraguai onde se concentram em mais de 70% apenas nas suas capitais e, na Argentina e no Brasil, nas regiões Centro e Sudeste, capitaneadas pelas cidades de Buenos Aires, São Paulo e Rio de Janeiro. Evidentemente, como centros mais desenvolvidos, dispõem de maior rede de ensino e conseqüentemente maior oferta de profissionais e oportunidades de emprego.

Outro problema comum que atinge a constituição da oferta de enfermeiros nos países, como evidenciamos, é a baixa produtividade das escolas de enfermagem. A partir da década de 80, a média de egressos no Brasil foi de 36 concluintes anuais por escola; na Argentina, de apenas 10 concluintes; e no Paraguai, de 17 concluintes por escola. Embora o Uruguai apresente uma média de mais de 138 concluintes anuais egressos de apenas uma escola, esta convive, assim como o Brasil, com grande índice de evasão durante a graduação, fato que evidentemente traz conseqüências na oferta de enfermeiros. Interessante é observar que, com praticamente uma rede de ensino equivalente à do Brasil, a Argentina apresenta uma diferença marcante na oferta de enfermeiros, ou seja, menos da metade do total destes profissionais do Brasil (ou correspondente a 43,5% do total dos enfermeiros brasileiros). Mais uma vez, o Brasil guarda grande diferença de magnitude, mais evidente em relação à oferta de enfermeiros no Uruguai (1.801 enfermeiros, correspondentes a 3% do total dos enfermeiros brasileiros) e no Paraguai (1.034 enfermeiros, correspondentes a 1,75 do total dos enfermeiros brasileiros).

A ociosidade de vagas durante a graduação, quer seja pelo abandono do curso como pela decrescente demanda para esta carreira, já são fatores identificados e alvos de preocupações e decisões nos países. Como é o exemplo da flexibilização de transferências de matrículas entre escolas de enfermagem e destas com outros cursos da área da saúde tendo em vista a ocupação de vagas ociosas na graduação em enfermagem. A ociosidade de vagas afeta

não somente a oferta de profissionais, mas, hodiernamente, o mercado de trabalho docente, no qual, a relação quantitativa entre professor e aluno, tem sido utilizada como um dos principais indicadores de produtividade docente, interferindo portanto, nas decisões para abertura de vagas ou concursos.

A sub-oferta de enfermeiros, constitui um fenômeno já histórico da enfermagem no Cone-Sul. Tanto assim, que por mais que se envide esforços no sentido de aumentar a capacidade de formação de enfermeiros, a sua pequena participação percentual e absoluta na equipe de enfermagem, não se reverte. Assim, na Tabela 10, constata-se que sua maior participação na equipe de enfermagem é de apenas 30,6% na Argentina; caindo para 13,8% no Brasil; 11% no Paraguai; chegando a 7,3% no Uruguai.

TABELA 10

Distribuição dos Recursos Humanos de Enfermagem por Categorias no Cone-Sul.

CATEGORIAS	PAÍSES							
	BRASIL (1994)*		ARGENTINA (1994)		URUGUAI (1993)		PARAGUAI (1992)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ENFERMEIRO	59.832	13,8	26.000	30,6**	1.801	7,3	1.034	11,0
TÉCNICO ENF.	50.261	11,6	0	0	0	0	516	5,6
AUX. DE ENF.	197.192	45,5	49.000	57,6	17.000	68,5	2.726	29,4
ATENDENTES***	125.823	29,0	10.000	11,8	6.000	24,2	5.000	54,0
TOTAL	433.156	100	85.000	100	24.801	100	9.275	100

Fontes: Cofen, 1994:1; OPS/OMS, 1994:8; Inst. Nacional de Enfermería, 1995:20,26; Clemente, 1994:6,12; Republica del Paraguay, 1994:57,60; Asociación Paraguaya de Enfermeras, 1994:33.

* - Não incluídas 48 parteiras.

** - Incluídos os licenciados

*** - Estimativas de acordo com as fontes nacionais

Um fenômeno ainda não investigado no Cone-Sul (parcialmente à exceção do Uruguai e da Argentina), que certamente influi na oferta de enfermeiros, é a migração destes profissionais. Falta responder que impacto este fenômeno teria sobre a oferta e nos serviços de saúde regional e para onde e porque os enfermeiros migram. No Uruguai, como constatamos, em 1993, 10,1% (ou 202) dos enfermeiros haviam emigrado, principalmente para a Europa e América do Norte. Porém, as motivações desta emigração, permaneceram desconhecidas. Na Argentina, segundo Campos et. al. (1995:51), no período entre 1990 e 1993, a emigração de enfermeiros argentinos para a Europa (principalmente Espanha e Itália) e para os EUA e o Canadá, foi um fenômeno considerável no país, abrangendo cerca de 2.000 licenciados e enfermeiros. Os indícios apontam, portanto, para uma migração que tem como preferência de destino países do primeiro mundo, nos quais, por sua vez, também já se tem notícias de sub-oferta de enfermeiros como se pode comprovar através de ofertas de empregos em revistas internacionais ou até de uma política de imigração incentivada (a exemplo, nos EUA, onde os enfermeiros estrangeiros adquirem automaticamente o Green Card).

Além das diferenças e dos problemas comuns apontados em relação à oferta de enfermeiros no Cone-Sul, acrescentamos também a conhecida participação majoritária do sexo feminino entre os profissionais, cuja condição específica do gênero, traz conseqüências já evidenciadas, ou seja, o menor desenvolvimento profissional devido a encargos familiares, desigualdade na inserção no mercado de trabalho (como menores salários e restrito acesso a cargos gerenciais) que por sua vez influi, certamente, na tendência de decréscimo na procura por esta profissão principalmente na classe média dos países, em que os pais, visualizando o mercado com baixos salários, influenciam seus filhos na escolha da carreira universitária.

Para melhor evidenciarmos a sub-oferta de enfermeiros no Cone-Sul, algumas relações podem ser visualizadas na Tabela 11. Assim e apesar do maior quantitativo de enfermeiros do Brasil em comparação com os outros países do Cone-Sul, na verdade, devido a sua grande

população, a sub-oferta também é um problema no país. Como são comuns e evidentes também, a baixa relação entre enfermeiros e médicos e, como verificado, a sua pequena participação percentual e absoluta na equipe de enfermagem.

TABELA 11

Relação de Enfermeiros por 10.000 Habitantes, e por Número de Médicos no Cone-Sul.

PAÍSES	RELAÇÕES	
	ENF. / 10.000 HAB	ENF. / MÉDICO
BRASIL (1994)	3,8	1 para 3,7 médicos
ARGENTINA (1994)	7,4	1 para 3,4 médicos
URUGUAI (1993)	6,1	1 para 6,7 médicos
PARAGUAI (1992)	2,5	1 para 3,1 médicos

Fontes: Cofen, 1994:1; IBGE, 1997:13-17; OPS/OMS, 1994:8; República da Argentina, 1992:9; Republica Oriental del Uruguay, 1994:6,63; Instituto Nacional de Enfermeria, 1995:20,26; Republica del Paraguay, 1994:6,21-23; Campos, et. al. 1995:36.

Considerando os indicadores de 4,5 enfermeiros por 10.000 habitantes e de 3 enfermeiros por médico apontados pela OPS/OMS como metas na América Latina e Caribe para o período de 1971 a 1980 (OPS/OMS, 1973:27), observa-se a inversão do segundo indicador em todos os países, ou seja, de 3 médicos para cada enfermeiro, sendo esta relação, o dobro no Uruguai. A nível nacional, poderíamos dizer que a Argentina e o Uruguai, teriam uma boa relação enfermeiros/habitantes mas, considerando a alta concentração destes profissionais nas suas capitais, esta relação em todo o restante dos países se reduz para uma média de 2 enfermeiros para 10.000 habitantes. A alta concentração geográfica dos enfermeiros brasileiros e paraguaios contribui mais ainda para a redução da já baixa relação

nacional de enfermeiros por habitantes. No Brasil, com uma média nacional de 3,8 enfermeiros para 10.000 habitantes, apenas os estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e o Distrito Federal, dispunham da relação recomendada pela OPS/OMS, assim mesmo, quatorze anos após o prazo estimado como meta para a América Latina e o Caribe. No Paraguai (com a menor relação nacional, ou de 2,5 enf/10.000 hab), a concentração destes profissionais em Assunção, reduz mais ainda, o indicador, ou seja, para 0,8 enf/10.000 hab em todo o restante do país, enquanto que a capital dispunha de 14,6 enf/10.000 hab.

Evidentemente, esta relação constitui um indicador bruto, mas de utilidade para comparações internacionais. Como verificamos, a concentração e a dispersão tanto dos enfermeiros quanto da população, alteram substancialmente suas relações. Se verificamos baixas taxas de enfermeiros por 10.000 habitantes, na verdade, elas estão otimizadas já que, nem todos os enfermeiros do Cone-Sul estão inseridos no mercado ou empregados nas instituições de saúde, como no item seguinte poderemos constatar.

3.4. - OS EMPREGOS DOS ENFERMEIROS NO SETOR SAÚDE DO CONE-SUL

No Brasil, através dos dados atualizados do número de egressos da graduação em enfermagem (MEC, 1977-1987:43; 1988-1992:39) e do número de empregos criados para os enfermeiros (IBGE, 1977-1987:26; 1992:49), até 1992 (última informação disponível sobre empregos em saúde no Brasil), constatamos, como se verifica no Tabela 12, menos geração de empregos anuais em relação ao número de concluintes por ano. Mas, por outro lado, verificamos o retorno do crescimento na absorção dos enfermeiros no mercado de trabalho em saúde a partir de 1984. Assim, cresceu de 24,5% em 1983 para 45,1% em 1984; 47,3% em 1985; 62,6% em 1987; e finalmente, para 72,1% em 1992.

TABELA 12

Evolução da Absorção dos Enfermeiros no Mercado de Trabalho em Relação ao Número de Concluintes. Brasil. 1977 - 1992

ANOS	CONCLUINTE		EMPREGOS			ABSORÇÃO (%)	No. DE EMP. NECESSÁRIOS
	No.	INC. REL ** (%)	Total	Criados	INC. REL ** (%)		
1977	2.126	2,5	12.107	144	-	6,8	1.982
1978	2.192	3,1	13.104	997	69,2	45,5	1.195
1979	2.561	16,8	13.342	238	-23,9	9,3	2.323
1980	3.139	22,6	15.158	1.816	76,0	57,9	1.323
1981	3.687	17,5	16.133	975	-53,7	26,4	2.712
1982	4.394	19,2	18.383	2.250	130,8	51,2	2.144
1983	4.934	12,3	19.592	1.209	53,7	24,5	3.725
1984	4.823	-2,3	21.766	2.174	79,8	45,1	2.649
1985	4.603	-4,6	23.942	2.176	0,9	47,3	2.427
1986*	4.281	-7,0	-	-	-	-	-
1987	3.924	-8,3	29.082	5.140	136,2	62,6	3.065
1988*	3.779	-3,7	-	-	-	-	-
1989*	3.320	-12,1	-	-	-	-	-
1990*	3.359	1,2	-	-	-	-	-
1991*	3.434	2,2	-	-	-	-	-
1992	3.340	2,7	41.501	12.419	141,6	72,1	4.813
TOTAL	57.896	-	41.501	29.538	-	71,7	16.395

Fontes: MEC, 1977:43; 1992:39; IBGE, 1977-1987:26; 1992:49

* - Nestes anos não foi aplicada a pesquisa assistência médico-sanitária - AMS.

** - Os percentuais de incrementos relacionam-se ao ano anterior.

Apesar de a primeira vista visualizarmos um crescimento percentual da absorção dos enfermeiros no mercado de trabalho a partir de 1987, essa análise é minimizada devido ao contínuo decréscimo da oferta, ou seja, dos concluintes de graduação a partir da segunda metade dos anos 80, aliado à demanda de 1.455 empregos no período de 1988 a 1992 (inferior às médias anuais de quase toda a primeira metade da década de 80). Assim, apesar de visualizarmos o aumento da taxa de absorção dos enfermeiros de 1987 a 1992, aumenta também a necessidade do número de empregos anuais nesse período (na relação de um emprego para cada profissional), mesmo levando em conta o decréscimo anual do número de graduados.

No entanto, importante é constatar que o mercado de trabalho para os enfermeiros brasileiros, apresenta uma característica: a contínua incapacidade de absorção dos graduados. No período de 1977 a 1992, considerando um emprego para cada enfermeiro concluinte, verificamos uma absorção de 71,7% no país, ou a necessidade de 16.395 empregos, do total de 57.896 concluintes para 41.501 empregos. Considerando o número de enfermeiros registrados em 1992 no Cofen (56.321), a absorção era de 73,7%, fato que, na verdade, não modifica a análise da absorção dos enfermeiros no mercado de trabalho utilizando outra fonte de dados de oferta destes profissionais no país. Neste caso, até 1992, na relação de um enfermeiro por emprego, faltavam 14.820 empregos.

Se no Brasil entre 1988 e 1992 a ocupação dos postos de trabalho pelos enfermeiros no mercado de trabalho em saúde foi de 72,1%, podemos visualizar as diferenças regionais no Tabela 13. Chama atenção as menores absorções nas regiões Centro-Oeste (de apenas 35,6 dos enfermeiros) e Norte (com taxa de 53,6% de absorção), em relação às taxas das outras regiões brasileiras. O Nordeste se destaca como a região que mais absorve os enfermeiros no mercado de trabalho, com taxa de absorção de 81,4%, ou seja, exclui do mercado menor percentual de enfermeiros.

TABELA 13

Absorção dos Enfermeiros no Mercado de Trabalho em Relação ao Número de Concluintes, por Regiões. Brasil. 1992

GRANDES REGIÕES	CONCLUINTE		EMPREGOS		ABSORÇÃO (%) 1988 - 1992	EMPREGOS NECESSÁRIOS
	Nº	%	Nº	%		
NORTE	838	4,9	449	3,6	53,6	389
NORDESTE	4.286	24,9	3.488	28,1	81,4	798
SUDESTE	8.467	49,1	6.209	50,0	73,3	2.258
SUL	3.047	17,7	2.060	16,6	67,6	987
C. OESTE	594	3,4	213	1,7	35,9	381
BRASIL	17.232	100,0	12.419	100,0	72,1	4.813

Fontes: MEC, 1992:39; IBGE, 1992:49

Mesmo verificando a subutilização dos enfermeiros no mercado de trabalho em saúde brasileiro desde 1976, entre os empregos para as categorias de nível superior, foram estes profissionais, além dos odontólogos e dos psicólogos, que obtiveram maior incremento relativo de empregos, embora não o fossem em números absolutos. De 1976 a 1992, o incremento relativo dos empregos dos enfermeiros foi de 346,9% (ou de 11.963 para 41.501 empregos), enquanto que o incremento dos médicos foi de 291,4% (de 105.684 para 307.952), dos odontólogos de 353,8% (de 11.732 para 41.509 0 e dos psicólogos de 1.141,8% (de 726 para 8.290 empregos). Nesse mesmo período (1977 a 1992), a participação percentual dos empregos dos enfermeiros entre o total dos postos de trabalho em saúde no Brasil, aumentou de 3,5% (11.963) para 4% ou 41.501 (dos totais de 346.502 em 1976 e de 1.034.386 em 1992); enquanto que a participação percentual dos empregos médicos diminuiu (de 30,5% em 1976 para 28,9% em 1992), bem como dos atendentes de enfermagem (de 124.079 empregos ou 345 do total dos empregos em saúde em 1976 para 142.356 ou 13,85 do total de 1.034.386 postos de trabalho). Os enfermeiros entretanto, na composição dos postos de trabalho da enfermagem no país, ainda representam a minoria dessa força de trabalho, apesar do crescimento do seus empregos (relativo e absoluto) entre 1976 a 1992. Assim, em 1992, representavam 9,2% do total de 451.705 dos empregos da enfermagem, mas, os técnicos de enfermagem, 8,1% com 36.433 empregos; os auxiliares, 51,2% com 231.415 empregos; e os atendentes, 31,5% com 142.356 empregos (IBGE, 1976;19; 1992:42,57).

Embora historicamente os empregos dos enfermeiros se localizem majoritariamente no subsetor público, os dados revelam (Tabela 14) um crescimento dos postos de trabalho no subsetor privado, com conseqüente decréscimo no público capitaneado pela esfera federal. Mesmo verificando o aumento da participação dos municípios em 1992, este não foi suficiente para manter o mesmo nível da década de 80 no total dos postos de trabalho públicos. Vale

lembrar que na década de 80, após a nova Constituição, e o Regime Jurídico Único, ocorreu aposentadoria em massa no serviço público federal. Este fato, aliado à pouca disponibilidade de ingresso (através de concurso) bem como às diretrizes do Sistema Único de Saúde - em direção à descentralização das ações de saúde - justificam o elevado decréscimo de empregos na esfera federal, e em parte, a performance nas esferas estadual e municipal.

Se considerarmos etapas no período de 1980 a 1992, verificamos que: de 1982 a 1992, o incremento total dos postos de trabalho dos enfermeiros foi da ordem de 225,65; de 1984 a 1992, de 190,7%; de 1985 a 1992, de 173,35; e de 1987 a 1992, de 142,75 (IBGE, 1982-1985:22; 1987:27; 1992:42). Portanto, o crescimento dessa força de trabalho se deu num processo contínuo durante os anos 80. Desde 1982, na esfera estadual, os empregos tiveram um incremento de 243,3%. Nos municípios, de fato, o maior incremento se deu entre 1984 a 1992, da ordem de 437,3%, o que equívale a mais da metade de todo o período compreendido entre 1978 a 1992.

TABELA 14

Evolução e Incremento Bruto dos Empregos de Enfermeiros por Esfera Administrativa. Brasil. 1978 - 1992

ANOS	TOTAL DE EMPREGOS				PÚBLICOS		
	DE ENFERM. Nº - (%)	PRIVADOS Nº - (%)	PÚBLICOS Nº - (%)	FEDERAL Nº - (%)	ESTADUAL Nº - (%)	MUNICIPAL Nº - (%)	
1978	13.104 - 100,0	4.905 - 37,4	8.199 - 62,6	3.792 - 29,0	3.214 - 24,5	1.193 - 9,1	
1980	15.158 - 100,0	5.749 - 38,0	9.409 - 62,0	4.599 - 30,3	3.503 - 23,1	1.307 - 8,6	
1982	18.383 - 100,0	6.240 - 33,9	12.143 - 66,1	5.266 - 28,6	5.091 - 27,8	1.786 - 9,7	
1984	21.766 - 100,0	7.064 - 32,5	14.702 - 67,5	6.357 - 29,2	6.294 - 28,9	2.051 - 9,4	
1992	41.501 - 100,0	14.420 - 34,7	27.081 - 65,3	4.984 - 12,0	12.390 - 29,9	9.707 - 23,4	
INC. BRUTO 1978 A 1992	316,7	294,0	330,3	131,0	385,5	813,7	

Fontes: IBGE, 1978, 1980, 1982, 1984:26; 1992:49-51.

Se detectamos como processo o crescimento dos empregos para os enfermeiros ao longo dos anos 80, não podemos apressadamente deduzir que o aumento no subsetor público (nas esferas estaduais e municipais) se explica exclusivamente pela implementação de uma nova política de saúde e de recursos humanos em direção à descentralização, já que foram colocadas em prática somente depois da segunda metade da década de 80. É bem verdade que nos municípios existe coerência entre a política de saúde em relação à municipalização dos recursos humanos e os crescimento dos postos de trabalho para os enfermeiros nesta esfera administrativa, já que, esse substancial crescimento é mais recente. Por outro lado, visualizando o mercado de trabalho em geral na década de 80, e através da análise de Lacerda e Cacciamali (1994:133), encontramos igual performance nos empregos públicos do país. Segundo os autores, o processo de redemocratização implicou em maiores pressões sociais sobre o setor público: ... “os ajustes nos diferentes mercados de trabalho regionais, especialmente naqueles menos desenvolvidos, apoiaram-se no aumento do emprego público promovido pelas administrações municipais e estaduais” (Lacerda e Cacciamali, 1994:135). Dessa forma, segundo os autores, enquanto as regiões Sudeste e Sul expandiram o emprego em apenas 0,4% e 0,8% ao ano; as regiões Nordeste, Norte, e Centro-Oeste, marcaram respectivamente, taxas médias anuais de crescimento da ordem de 3,6%, 3,7% e 4%. Entre 1979 a 1989, a evolução do emprego público ocorreu mais intensamente ao ano, no Norte (9,5%, no Nordeste (8%) e no Centro-Oeste (7%), principalmente nas esferas estaduais e municipais. No período de 1982 a 1985, essas duas esferas governamentais, responderam por 94% dos 649.000 empregos gerados na administração pública do Brasil.

Estabelecendo um paralelo com a evolução do emprego público nesse período (1982 a 1985), o incremento bruto dos empregos dos enfermeiros no país (130,2%), correspondeu quase à metade do período de 1980 a 1985 (273,8%). Na esfera estadual, apenas em dois anos (1982 a 1984), o incremento de 123,6% correspondeu a quase 2/3 daquele relativo ao

período de 1980 a 1984 (179,7%). Também na esfera municipal, em apenas dois anos (1982 a 1984), o incremento dos postos de trabalho dos enfermeiros foi da ordem de 115%, quase a totalidade do período de 1982 a 1984 (157%).

Em 1992, verificamos, tanto no conjunto do país como nas regiões, a expressividade dos empregos estaduais e municipais. Chama atenção, na Tabela 15, a esfera estadual no Norte, Centro-Oeste e Nordeste, com taxas mais elevadas, inclusive, do que o Sudeste, tradicional maior empregador. Nesta última região, o emprego público dos enfermeiros se mantém elevado devido principalmente aos empregos municipais seguidos dos estaduais. A ocupação dos postos de trabalho no subsetor privado na região Sul (bastante elevada em relação às outras regiões) também é um dado interessante já que a sua rede pública de estabelecimentos de saúde é maior. Essa maior ocupação no subsetor privado não ocorre nem mesmo no Sudeste, onde, em números absolutos e percentuais, a sua capacidade instalada é maior do que a pública. Como quadro geral, até 1992, as maiores disponibilidades de empregos encontravam-se na região Sudeste (53,3% dos empregos), seguida do Nordeste (23,3%) e do Sul (14 %), semelhante ao comportamento verificado na oferta e na distribuição da rede de ensino, bem como, coerente com a capacidade instalada de estabelecimentos de saúde no país.

TABELA 15

Empregos de Enfermeiros por Esfera Administrativa e Regiões. Brasil. 1992

REGIÕES	PRIVADO Nº - (%)	TOT. PÚBLICO Nº - (%)	FEDERAL Nº - (%)	ESTADUAL Nº - (%)	MUNICIPAL Nº - (%)	TOTAL EMP. Nº - (%)
NORTE	235 - 13,8	1.465 - 86,2	227 - 13,4	1.013 - 59,6	225 - 13,2	1.700 - 100,0
NORDESTE	2.684 - 27,8	6.970 - 72,2	1.324 - 13,7	4.079 - 42,3	1.567 - 16,2	9.654 - 100,0
SUDESTE	8.044 - 36,4	14.058 - 63,6	2.195 - 10,0	5.434 - 24,6	6.429 - 29,0	22.102 - 100,0
SUL	2.865 - 49,4	2.930 - 50,6	978 - 16,9	677 - 11,7	1.275 - 22,0	5.795 - 100,0
C. OESTE	592 - 26,3	1.658 - 73,7	260 - 11,6	1.187 - 52,7	211 - 9,4	2.250 - 100,0
BRASIL	14.420 - 34,7	27.081 - 65,3	4.984 - 12,0	12.390 - 29,9	9.707 - 23,4	41.501 - 100,0

Fontes: IBGE, 1992:49-51.

Outro fator importante para caracterizar o mercado de trabalho para os enfermeiros através da sua demanda, é a distribuição dos empregos nos estabelecimentos de saúde com e sem internação. Através da Tabela 16 notamos que no país, 75,45 dos empregos são ofertados nos estabelecimentos com internação. No subsetor privado, o enfermeiro trabalha praticamente nos hospitais (92,7% dos postos de trabalho nos estabelecimentos com internação); e , embora no subsetor público a ocupação não seja dessa magnitude (ou de 66,2%), também confirma a grande característica da atuação hospitalocêntrica do enfermeiro no mercado de trabalho em saúde. Nas regiões, entre os subsetores público e privado, esses percentuais de ocupação se mantêm.

TABELA 16

Distribuição dos Empregos Públicos e Privados dos Enfermeiros nos Estabelecimentos de Saúde Com e Sem Internação, por Regiões. Brasil - 1992.

EMP. POR ESTAB PUB E PRIV..	REGIÕES						BRASIL Nº - (%)
	NORTE Nº - (%)	NORDESTE Nº - (%)	SUDESTE Nº - (%)	SUL Nº - (%)	C. OESTE Nº - (%)		
COME SEM INTERNAÇÃO	235 - 100,0	2.684 - 100,0	8.044 - 100,0	2.865 - 100,0	592 - 100,0	14.420 - 100,0	
TOTAL EMP. PRIVADOS	217 - 92,3 18 - 7,7	2.477 - 92,3 207 - 7,7	7.455 - 92,7 589 - 7,3	2.655 - 92,7 210 - 7,3	557 - 94,1 35 - 5,9	13.361 - 92,7 1.059 - 7,3	
TOTAL EMP. PÚBLICOS	1.465 - 100,0	6.970 - 100,0	14.058 - 100,0	2.930 - 100,0	1.658 - 100,0	27.081 - 100,0	
C/ internação S/ internação	954 - 65,1 511 - 34,9	4.530 - 65,0 2.440 - 35,0	9.627 - 68,5 4.431 - 31,5	1.668 - 57,0 1.262 - 43,0	1.145 - 69,1 513 - 30,9	17.924 - 66,2 9.157 - 33,8	
TOTAL EMP. PUB. E PRIV	1.700 - 100,0	9.654 - 100,0	22.102 - 100,0	5.795 - 100,0	2.250 - 100,0	41.501 - 100,0	
C/ internação S/ internação	1.171 - 68,9 529 - 31,1	7.007 - 72,6 2.647 - 27,4	17.082 - 77,3 5.020 - 22,7	4.323 - 74,6 1.472 - 25,4	1.702 - 75,6 548 - 24,4	31.285 - 75,4 10.216 - 24,6	

Fonte: IBGE, 1992:52-54.

Comparando o número de estabelecimentos (com e sem internação) com os postos de trabalho dos enfermeiros, visualizamos na Tabela 17, que para cada estabelecimento com internação, existe em média 4,2 enfermeiros (com significantes diferenças regionais). Já em cada estabelecimento sem internação (em todas as regiões), não se chega a contar com um enfermeiro. Porém se compararmos os empregos dos enfermeiros com os estabelecimentos públicos e privados (Tabela 18), além do Sudeste, o Centro-Oeste também conta com um enfermeiro por estabelecimento público, elevando a média nacional (de 0,8 enfermeiros para o total de estabelecimentos para 1,1 enfermeiro por estabelecimento público de saúde).

TABELA 17

Relação dos Empregos dos Enfermeiros com os Estabelecimentos de Saúde Com e Sem Internação, por Regiões. Brasil - 1992.

REGIÕES	No. ESTABELECEMENTOS		EMP. ENFERMEIROS		TOT. EMP. ENF.	TOTAL ESTAB.	RELAÇÃO ENF. P/ESTAB.
	C/ INTERN.	S/ INTERN.	C/INT. - ** Nº - (%)	S/INT. - ** Nº - (%)			
NORTE	571	2.942	1.171 - 2,1	529 - 0,2	1.700	3.513	0,5
NORDESTE	2.228	10.878	7.007 - 3,1	2.647 - 0,2	9.654	13.106	0,7
SUDESTE	2.547	17.170	17.082 - 6,7	5.020 - 0,3	22.102	19.717	1,1
SUL	1.277	8.735	4.323 - 3,4	1.472 - 0,2	5.795	10.012	0,6
C. OESTE	807	2.521	1.702 - 2,1	548 - 0,2	2.250	3.328	0,7
BRASIL	7.430	42.246	31.285 - 4,2	10.216 - 0,2	41.501	49.676	0,8

Fonte: IBGE, 1992:52-54.

**: Relação enfermeiros por estabelecimento

TABELA 18

Relação dos Empregos dos Enfermeiros com os Estabelecimentos Públicos e Privados de Saúde, por Regiões.
Brasil – 1992.

REGIÕES	ESTABELECIMENTOS		EMP. ENFERMEIROS		RELAÇÃO **	
	PÚBLICOS Nº - (%)	PRIVADOS Nº - (%)	PÚBLICOS Nº - (%)	PRIVADOS Nº - (%)	PÚBLICOS (%)	PRIVADOS (%)
NORTE	2.808 – 10,4	705 – 3,1	1.465 – 5,4	235 – 1,6	0,5	0,3
NORDESTE	8.817 – 32,5	4.289 – 19,0	6.970 – 25,7	2.684 – 18,6	0,8	0,6
SUDESTE	8.721 – 32,2	10.996 – 48,7	14.058 – 52,0	8.044 – 55,8	1,6	0,7
SUL	5.181 – 19,1	4.831 – 21,4	2.930 – 10,8	2.865 – 19,9	0,6	0,6
C. OESTE	1.565 – 5,8	1.763 – 7,8	1.658 – 6,1	592 – 4,1	1,1	0,3
BRASIL	27.092 – 54,5	22.584 – 45,5	27.081 – 65,3	14.420 – 34,7	1,0	0,6

Fonte: IBGE, 1992:49-51.

** : Relação emprego/enfermeiro, por estabelecimento.

Já que os enfermeiros trabalham majoritariamente nos hospitais, interessante também é verificar a distribuição de leitos para cada profissional. Assim, conforme a Tabela 19, do total dos leitos públicos e privados no país, cada enfermeiro (ocupante de emprego no estabelecimento com internação), estaria responsável em média por 17,4 leitos (com diferenças regionais, onde no Centro-Oeste esta média é de 23,7 e no Sudeste de 15,2 leitos por enfermeiro). Mas, o encargo para os enfermeiros torna-se maior no subsetor privado, onde essa relação é de 30,6 leitos por enfermeiro, em contraposição à média de 7,5 leitos no subsetor público. Isto explica-se pelo fato da grande maioria dos postos de trabalho para os enfermeiros encontrar-se no subsetor público de saúde; apesar da maior concentração dos empregos no subsetor privado localizar-se nos estabelecimentos com internação (92%), vis-à-vis uma menor concentração dos mesmos no subsetor público (66%).

TABELA 19

Relação dos Empregos dos Enfermeiros nos Estabelecimentos Com Internação com os Leitos Públicos e Privados de Saúde, por Regiões. Brasil. 1992.

REGIÕES	LEITOS			EMPREGO DE ENFERMEIRO (Estab. com internação)			RELAÇÃO: LEITOS / ENF		
	TOTAL	PÚBL.	PRIV.	TOTAL	PÚBL.	PRIV.	TOTAL	PÚBL.	PRIV.
NORTE	23.075	11.383	11.692	1.171	954	217	19,7	12,0	53,9
NORDESTE	131.506	41.728	89.778	7.007	4.530	2.477	18,8	9,2	36,2
SUDESTE	260.377	56.482	203.895	17.082	9.627	7.455	15,2	5,9	27,4
SUL	89.110	16.613	72.497	4.323	1.668	2.655	20,6	10,0	27,3
C.OESTE	40.289	8.874	31.415	1.702	1.145	557	23,7	7,8	56,4
BRASIL	544.357	135.080	409.277	31.285	17.924	13.361	17,4	7,5	0,6

Fonte: IBGE, 1992:51-54.

A remuneração predominante dos enfermeiros na país, tanto no subsetor público quanto no privado, é o sistema de pagamento por tempo ou salário mensal, com grandes variações salariais conforme estados, municípios, instituições de saúde ou de ensino contratantes. Para uma jornada média de 36 horas semanais nas instituições públicas de saúde (exceto no Instituto Nacional de Previdência Social, de 30 horas semanais de acordo com a conquista do Sindicato dos Enfermeiros) e de 40 horas em média nas instituições privadas, de uma forma geral, o enfermeiro ingressa no mercado com uma remuneração média e mínima em torno de 555 dólares (650 reais), alcançando no final de carreira uma média máxima aproximada de 2.600 dólares (3.042 reais) considerando apenas um emprego. Porém, este teto atualmente, é possível de ser alcançado de fato, em final de carreira e em instituições que dispõem de um plano de cargos, carreiras e salários e ainda que o profissional opte pela dedicação exclusiva de trabalho com contrato de 40 horas semanais. Mesmo com salários menores, os enfermeiros assim como os outros profissionais de saúde, têm sido “convidados” para optar pela dedicação exclusiva em uma instituição empregadora, diante do cruzamento de dados (especialmente o CPF) que trazem informações para os governantes, do duplo ou mais vínculos empregatícios públicos na área de saúde. Nas grandes metrópoles pode-se detectar um fenômeno, cuja ausência de dados não permite apontar como tendência, de absorção de enfermeiros, com salários relativamente bem mais altos, em áreas especializadas no subsetor privado.

Em relação à forma de ingresso no mercado de trabalho de saúde brasileiro, podemos dizer que antes da Constituição de 1988, a ocupação dos postos, majoritariamente, se dava pelo ingresso direto sem concurso público tanto no subsetor privado quanto no público (à exceção no Instituto Nacional de Previdência Social) Atualmente, no subsetor público de saúde, bem como nas instituições de ensino, tanto no nível federal quanto estadual e municipal,

a regra geral tem sido do ingresso através do concurso público, não sendo realidade no subsetor privado onde cada instituição estabelece os seus critérios de seleção admissional.

Pode-se dizer também que as formas ainda predominantes de contrato de trabalho dos enfermeiros no subsetor público são os contratos regidos pelo Regime Jurídico Único (para os servidores federais), os Estatutos de Servidores Estaduais e Municipais (que garantiam integralmente a estabilidade funcional) e ainda pela Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT (que permite mais rotatividade e demissão com maior flexibilidade do que os regimes federal, estaduais e municipais) a qual é a que ainda prevalece no subsetor privado de saúde. Embora os contratos regidos pela CLT já sejam flexíveis, atualmente com a aprovação do Contrato de Trabalho por Prazo Determinado no país, como também, já da prática de utilização de profissionais cooperativados, torna-se mais intensa a flexibilização do contrato e a precarização das relações de trabalho no mercado em geral e no de saúde. Estas novas formas permitem rapidamente a admissão e demissão dos trabalhadores, praticamente sem custos para os empregadores. As cooperativas de profissionais de saúde têm fornecido mão-de-obra qualificada a baixo custo para o Sistema Único de Saúde, principalmente para as Secretarias Municipais de Saúde do país. Como cooperativado, o profissional não ingressa na cultura institucional e os direitos trabalhistas tais como férias, aviso prévio, depósito no Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, décimo terceiro salário e licenças, são eliminados. No contrato de trabalho por tempo determinado, que não pode exceder à dois anos, os encargos sociais são reduzidos para o empregador em 50% do que prevalece no contrato regido pela CLT, a alíquota do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço sobre o salário cai de 8% para 2% e na rescisão contratual, o trabalhador perde o pagamento do aviso prévio e da multa de 40% do FGTS. Certamente, o setor saúde fará uso desta modalidade contratual mesmo o subsetor público, como já o faz na forma de cooperativas, o que permitirá sem dúvida, maiores taxas de rotatividade e substituição de trabalhadores contratados formalmente por um

contingente com data marcada para perder seu trabalho, cujo processo é desenvolvido em pessoas, em situação de recuperação da saúde ou no limiar entre a vida e a morte. Tanto os profissionais cooperativados quanto os trabalhadores contratados por tempo determinado, formarão num futuro próximo, os “bóia-fria” da saúde ou trabalhadores de segunda categoria. A este contexto de flexibilização dos contratos e de precarização das relações de trabalho, a Federação Nacional de Enfermeiros (que congrega treze sindicatos da categoria⁴⁷ e que é filiado à Central Única dos Trabalhadores - CUT), se posiciona na defesa da garantia dos direitos trabalhistas dos seus filiados acreditando assim como muitos analistas econômicos (inclusive de orientação política governista) e até das Federações das Indústrias dos Estados de São Paulo - Fiesp - e Rio de Janeiro - Firjan - (Jornal do Brasil, 1998:22) que a maior flexibilização do mercado de trabalho não irá conter o desemprego no país.

Na Argentina, em 1994, existia 30.200 empregos para os licenciados e os enfermeiros, que, relacionados aos recursos humanos (24.000), dava uma relação de 1,3 empregos para cada profissional, supondo que toda a oferta estivesse em atividade profissional. Do total da oferta de 1994, de 26.000 licenciados e enfermeiros, 2.000 destes profissionais (ou 220 licenciados e 1.780 enfermeiros), haviam emigrado do país no período de 1990 a 1993, principalmente para os EUA, Espanha, Itália e Austrália, atraídos pela oferta de melhores salários (OPS/MSyASN, 1994:16).

Os empregos desses profissionais na Argentina, localizavam-se principalmente na região Centro, com 70% dos postos de trabalho (21.140 empregos), sendo 45% (13.590) somente na cidade de Buenos Aires. Os 30% postos de trabalho restantes, (9.060 empregos) localizavam-se nas regiões Norte, com 14% (4.228 empregos); na Nordeste, com 8% (2.416); em Cuyo, com 3% (906); e na Patagônia, com 5% ou 1.510 empregos

⁴⁷ Em todo o país, apenas os estados de Amazonas, Tocantins, Acre e Amapá que os enfermeiros não dispõem de organização sindical específica ou daqueles representativos das categorias de enfermagem.

(OPS/MSyASN, 1994:18). Tal distribuição dos postos de trabalho mantém coerência com a rede formadora e a oferta dos profissionais nas regiões do país.

De acordo com a organização do setor saúde do país, ou seja, com a divisão dos seus subsetores, como pode ser observado na Tabela 20, a concentração dos empregos localizava-se no subsetor público de saúde, ou seja, 60% (ou 17.062 empregos) do total dos empregos para os enfermeiros e 59% (ou 1.041 empregos) do total dos postos de trabalho dos licenciados no país. O subsetor das Obras Sociais⁴⁸, mesmo tradicional na organização setorial, desempenhava um papel complementar no mercado de trabalho para os licenciados e os enfermeiros, com respectivamente 14,4% e 12,3% dos postos de trabalho. Já o subsetor privado, representava também um importante mercado, com 27,75 (ou 7.877 empregos) do total dos empregos dos enfermeiros e 26,6% (469 empregos) do total dos postos de trabalho dos licenciados no país. Distribuindo então, o total dos empregos das duas categorias, na verdade, para cada licenciado, existia em média, 2 empregos e para cada enfermeiro, 1,2 empregos no país.

⁴⁸ Instituições de saúde que prestam assistência médica (na maioria contratando serviços médicos privados de terceiros) para os seus contribuintes os quais se vinculam de acordo com o ramo de atividade, ou jurisdição administrativa. As Obras Sociais se diferenciam segundo o regime jurídico em : “Obras Sociales Nacionales”, reguladas pela “Administración Nacional del Seguro de Salud” - ANSSAL; “Obras Sociales Provinciales”, agrupadas no “Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la Republica Argentina” - COSSPRA - ; e “Obras Sociales de las Universidades Nacionales” e “Obras de las Fuerças Armadas y de Seguridad; estando cada categoria dotada de um regime regulatório específico (Belmartino, 1995:120).

TABELA 20

Distribuição dos Empregos dos Licenciados e dos Enfermeiros por Subsetores da Saúde. Argentina – 1994.

SUBSETOR	CATEGORIAS					
	LICENCIADOS		ENFERMEIROS		TOTAL	
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
PÚBLICO	1.041	59,0	17.062	60,0	18.103	60,0
OBRAS SOCIAIS	254	14,4	3.497	12,3	3.751	12,4
PRIVADO	469	26,6	7.877	27,7	8.346	27,6
TOTAL	1.764	100,0	28.436	100,0	30.200	100,0

Fonte: OPS/MSyASN, 1994:18.

Se de acordo com a OPS e o Ministério de Saúde e Ação Social da Nação (OPS/MSyASN, 1994:4), a Argentina dispunha em 1994, de 147.010 leitos hospitalares, sendo 62% do subsetor público (91.863 leitos) ou 32,6% do subsetor privado (48.303 leitos) e ainda 5,4% das Obras Sociais (8.079 leitos); a relação leitos por licenciados e enfermeiros, nestes respectivos subsectores, era de 5,1; 5,8 e de 2,1 leitos para cada profissional. Devido a não disponibilidade de dados sobre os empregos dos licenciados e dos enfermeiros nas instituições com e sem internação mas, considerando a afirmativa de Muñoz et. al. (1995:38) a qual cerca de 90% destes trabalhavam em hospitais, esta relação em todo o setor saúde era então de aproximadamente de 5,5 leitos por profissional (do total de 27.180 empregos dos licenciados e dos enfermeiros e de 148.166 leitos disponíveis no setor saúde).

Segundo Muñoz et. al. (1995:39-40), os enfermeiros e os licenciados normalmente trabalham na supervisão das atividades de enfermagem, particularmente nos hospitais, onde a assistência direta aos pacientes fica à cargo dos auxiliares e atendentes de enfermagem. Em

algumas províncias de acordo com as autoras, devido à escassez dos profissionais, não é incomum a ocupação de cargos de chefias e de supervisão de enfermagem por auxiliares, sobretudo em hospitais. Afirmam ainda que, quando os enfermeiros e licenciados exercem a função de atenção direta, o fazem preferencialmente em centros com tecnologia de alta complexidade e que usualmente, nem todos os três turnos de trabalho que cobrem as 24 horas são cobertos pela supervisão destes profissionais.

De acordo com Weinermam, et. al. (1990:12-14), nos últimos anos, tem-se notado o crescimento da força de trabalho masculina (para cerca de 10% dos profissionais), que com uma média maior de idade, tem melhor desenvolvimento profissional no que tange a cursos de aperfeiçoamento e atualização, menor número de filhos em contraposição à maioria da força de trabalho feminina. Como grande característica também, destacam que as mulheres freqüentemente são chefes de família, moradoras de bairros populosos e pobres. Para a maioria dos licenciados e dos enfermeiros, o ingresso na carreira representa uma ascensão social já que majoritariamente se origina de classe social pobre. Segundo ainda os autores, os empregos do subsetor público são ocupados por mulheres de maior faixa etária (acima de 40 anos), casadas, viúvas e com filhos; e no subsetor privado, prevalece as profissionais mais jovens, solteiras, menos qualificadas e com menos filhos e maior percentagem de enfermeiros homens do que no público.

Para uma jornada média de 36 horas semanais no subsetor público e de 40 horas no subsetor privado, o salário médio de ingresso nestes respectivos subsetores, é de aproximadamente de 500 e de 400 dólares mensais, entretanto, variando conforme as províncias e as instituições dos subsetores, entre 200 a 1.000 dólares, cujas menores remunerações são ofertadas no subsetor privado onde também é mínima a diferença salarial entre o pessoal auxiliar e os enfermeiros e licenciados. No final de carreira, considerando um emprego, os licenciados e os enfermeiros podem alcançar como média máxima, uma

remuneração aproximada de 2.500 dólares mensais. Embora o contrato por tempo ou salário mensal protegido pelas legislações trabalhistas seja prevalente ainda para estes profissionais principalmente no subsetor público, atualmente, mais especificamente a partir da década de 80, os contratos temporários (sem direitos trabalhistas) são freqüentes no país, usualmente no subsetor privado de saúde. Mais recentemente, as empresas de produção de tecnologia, equipamentos e medicamentos hospitalar, vêm contratando os enfermeiros e os licenciados para promoção e venda de seus produtos, remunerando-os com salários em torno de 2.500 dólares mensais ou equivalente ao seu salário de final de carreira. Em que pese as condições salariais e as de contrato no país, as associações vêm até hoje priorizando os aspectos científicos não se incursionando na defesa de melhores condições de emprego e salário (exceto a “Asociación de Enfermeros de la Provincia de Salta”), ficando essas reivindicações à cargo da “Federación Argentina de Trabajadores de la Sanidad” ou da “Federación de Profesionales Municipales”, às quais, os enfermeiros e os licenciados assim com os demais profissionais de saúde, são filiados em sua grande maioria (Muñoz, et. al. 1995:32-33, 37, 58).

No Uruguai, o censo de 1993 (INE/CEDU, 1995:23) detectou a disponibilidade e concomitante ocupação de 2.127 empregos no país para o total de 1571 enfermeiros (o que dava uma relação de 1,4 empregos para cada profissional). Podemos observar na Tabela 21, a concentração dos postos de trabalho dos enfermeiros em Montevideu (85,2%), bem como nas instituições privadas de saúde (61,5%). Assim como na capital, em todo o país, os postos de trabalho se concentram nas instituições privadas de saúde. O subsetor público portanto, disponibiliza apenas 38,55 do total dos empregos dos enfermeiros no país (2.127). No interior, devido a rede instalada de atendimento básico de saúde do Ministério de Saúde Pública (MSP), os postos de trabalho são menos concentrados no subsetor privado do que na capital. Nota-se que os maiores empregadores privados constituíam os Institutos de Assistência Médica Coletiva e Sanatórios (responsáveis por 56,5% e 43,3%, respectivamente

em Montevideu e no interior, do total da oferta de empregos públicos e privados no país). O MSP, guardadas as devidas proporções, constituía o segundo maior empregador no país, sendo mais importante no interior (no qual o ensino particular em enfermagem gerava a segunda maior oferta de postos de trabalho). Em Montevideu, além das instituições privadas e do MSP, a maior oferta encontrava-se em ordem decrescente, no Hospital de Clínicas (uma das instituições públicas que melhor remunera os enfermeiros), no ensino público de enfermagem , no Ministério da Defesa Nacional e no Banco de Previdência Social (Instituto Nacional de Enfermeria ; Colegio de Enfermeras del Uruguay, 1995:23).

TABELA 21

Distribuição dos Empregos para os Enfermeiros segundo Área Geográfica e Instituições Empregadoras (Públicas e Privadas). Uruguai - 1993

SUBSETOR	MONTEVIDÉU		INTERIOR		TOTAL	
	Nº de Emp.	(%)	Nº de Emp.	(%)	Nº de Emp.	(%)
Público	670	31,5	149	7,0	819	38,5
Privado	1143	53,7	165	7,8	1308	61,5
TOTAL	1813	85,2	314	14,8	2127	100,0
SUBSETOR PÚBLICO						
1. MSP	190	10,5	132	42,0	322	15,1
2. MDN	70	3,9	2	0,6	72	3,4
3. MI	39	2,2	0	0,0	39	1,8
4. MEC-MTSS	2	0,1	0	0,0	2	0,1
5. BPS	54	3,0	0	0,0	54	2,5
6. IM	26	1,4	4	1,3	30	1,4
7. H. Clínicas	166	9,2	0	0,0	166	7,8
8. SDyEA	27	1,5	0	0,0	27	1,3
9. D. Pública	96	5,3	11	3,5	107	5,0
SUB-TOTAL	670	37,0	149	47,5	819	38,5
SUBSETOR PRIVADO						
10. LP	4	0,2	0	0,0	4	0,2
11. IAMC	1024	56,5	136	43,3	1160	54,6
12. AP	16	0,9	3	1,0	19	0,9
13. CD-DyEM	46	2,5	16	5,1	62	2,9
14. SIV	13	0,7	2	0,6	15	0,7
15. OI	1	0,1	0	0,0	1	0,0
16. TP	13	0,7	0	0,0	13	0,6
17. D. Privada	26	1,4	8	2,5	34	1,6
SUB-TOTAL	1143	63,0	165	52,5	1308	61,5
TOTAL	1813	100,0	314	100,0	2127	100,0

Fonte: INE/CEDU. 1995:23. 1º Censo Nacional Enfermeria Profesional

Setor Público: 1. Ministerio de Salud Pública; 2. Ministerio de Defensa Nacional; 3. Ministerio del Interior; 4. Ministerio de Educación y Cultura y Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; 5. Banco de Previsión Social; 6. Intendencias Municipales; 7. Hospital de Clínicas; 8. Servicios Descentralizados y Entes Autónomos; 9. Docencia Pública.

Setor Privado: 10. Laboratorios de Producción; 11. Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Sanatorios; 12. Asociaciones Profesionales; 13. Clínicas de Diagnóstico. Instituto de Diálisis. Emergencias Móviles. Residenciales de Ancianos; 14. Sociedades e Instituciones Voluntarias; 15. Organismos Internacionales; 16. Trabajo Particular; 17. Docencia Privada.

Através das Tabelas 22 e 23, podemos constatar a realidade do multiemprego dos enfermeiros no país. Do total de 1571 enfermeiros, apenas 1,0% (ou 16 enfermeiros) encontravam-se desempregados. Sem esses, a relação geral, permanece de 1,4 emprego por profissional. Mas, visualizando na Tabela 22, embora 1023 enfermeiros (ou 65,1% do total de profissionais) detinham um só emprego, o multiemprego era presente para 34,0% dos enfermeiros (532) sendo mais freqüente a ocupação simultânea de dois postos de trabalho, ou seja, 31,5% dos enfermeiros (496) detinham 992 empregos ou 46,6% do total da oferta desses postos. Este tipo de ocupação é bem mais freqüente em Montevideú, onde se concentra a rede de estabelecimentos de saúde do país. O mesmo pode ser observado em relação aos enfermeiros que trabalhavam em três empregos (34 profissionais, 2,2% do total de enfermeiros detendo 102 empregos, sendo 75 desses postos ofertados em Montevideú). Nota-se também que dois profissionais de Montevideú conseguiam estar empregados em quatro e seis instituições. Em que pese o impedimento legal de dois vínculos empregatícios em instituições públicas (só sendo permitido dois vínculos públicos com cargos diferentes, de enfermeiro assistencial e de docente), na realidade (como demonstra a Tabela 23), 77 enfermeiros ocupavam dois empregos públicos (70 em Montevideú) e um deles com até três postos públicos. Esses ocupantes de dois e três empregos públicos, podem ser ou não parte dos 96 enfermeiros docentes; o que, por falta de cruzamento dos dados do censo, não podemos afirmar. Chama atenção ainda, demonstrando o multiemprego, os 13 enfermeiros que detinham dois empregos públicos e um privado, os 11 enfermeiros com dois postos privados e um público, os 10 profissionais com três empregos privados e aqueles dois enfermeiros de Montevideú , em que um detinha quatro empregos (dois privados e dois públicos) e o outro seis empregos, ou três públicos e três privados (Instituto Nacional de Enfermeria ; Colegio de Enfermeras del Uruguay, 1995:24).

TABELA 22
Distribuição do Número de Enfermeiros e dos Empregos
segundo a Área Geográfica. Uruguai - 1993

Nº de Empr.	MONTEVIDEU		INTERIOR		TOTAL	
	ENFERM.	EMPREGO	ENFERM.	EMPREGO	ENFERM.	EMPREGO
	Nº - %	Nº - %	Nº - %	Nº - %	Nº - %	Nº - %
0	13 - 1,0	0 - 0	3 - 1,2	0 - 0	16 - 1,0	0 - 0
1	846 - 63,8	846 - 46,7	177 - 72,6	177 - 56,4	1023 - 65,1	1023 - 48,1
2	441 - 33,2	882 - 48,6	55 - 22,5	110 - 35,0	496 - 31,5	992 - 46,6
3	25 - 1,8	75 - 4,2	9 - 3,7	27 - 8,6	34 - 2,2	102 - 4,8
4	1 - 0,1	4 - 0,2	0 - 0	0 - 0	1 - 0,1	4 - 0,2
6	1 - 0,1	6 - 0,3	0 - 0	0 - 0	1 - 0,1	6 - 0,3
TOTAL	1327 - 84,5	1813 - 85,2	244 - 15,5	314 - 14,8	1571 - 100	2127 - 100

Fonte: INE/CEDU. 1995:24. 1º Censo Nacional Enfermeria Profesional

TABELA 23
Distribuição do Número de Enfermeiros e dos Empregos segundo a Área Geográfica
e Instituição Empregadora (Públicas e Privadas). Uruguai - 1993

Nº DE EMPREGOS PUB. - PRIV.	MONTEVIDEU		INTERIOR		TOTAL	
	ENFERM.	EMPREGO	ENFERM.	EMPREGO	ENFERM.	EMPREGO
	Nº - %	Nº - %	Nº - %	Nº - %	Nº - %	Nº - %
0 - 0	13 - 1,0	0 - 0	3 - 1,2	0 - 0	16 - 1,0	0 - 0
0 - 1	591 - 44,5	591 - 32,6	89 - 36,5	89 - 28,3	680 - 43,3	680 - 32,0
1 - 0	255 - 19,1	255 - 14,1	88 - 36,0	88 - 28,0	343 - 21,8	343 - 16,0
1 - 1	265 - 20,0	530 - 29,2	43 - 17,7	86 - 27,5	308 - 19,6	616 - 29,0
0 - 2	119 - 9,0	238 - 13,1	6 - 2,5	12 - 3,8	125 - 8,0	250 - 11,8
2 - 0	57 - 4,3	114 - 6,3	6 - 2,5	12 - 3,8	63 - 4,0	126 - 5,9
1 - 2	7 - 0,5	21 - 1,2	4 - 1,6	12 - 3,8	11 - 0,7	33 - 1,6
2 - 1	12 - 0,9	36 - 2,0	1 - 0,4	3 - 1,0	13 - 0,8	39 - 1,8
0 - 3	6 - 0,5	18 - 1,0	4 - 1,6	12 - 3,8	10 - 0,6	30 - 1,4
2 - 2	1 - 0,1	4 - 0,2	0 - 0	0 - 0	1 - 0,1	4 - 0,2
3 - 3	1 - 0,1	6 - 0,3	0 - 0	0 - 0	1 - 0,1	6 - 0,3
TOTAL	1327 - 84,5	1813 - 85,2	244 - 15,5	314 - 14,8	1571 - 100	2127 - 100

Fonte: INE/CEDU. 1995:25-28. 1º Censo Nacional Enfermeria Profesional

Entre o total (2127) dos empregos no país, 56,3% (1195) eram ofertados em instituições com internação, predominantemente no setor privado (67,2% ou 803), tanto em Montevideu como no interior, onde os enfermeiros ocupavam respectivamente 715 e 88 desses postos de trabalho. As instituições públicas com internação ofertavam apenas 392 desses empregos (32,8%) mais freqüentemente na capital (com 311, em relação aos 81 empregos do interior). Portanto, o restante dos empregos no país (932 do total de 2127) situavam-se em Policlínicas, Centros de Saúde e Ambulatórios. Com maior freqüência, os enfermeiros trabalhavam na assistência direta com o paciente (58,4% do total dos postos de trabalho), como supervisor de turno (14,1%) e chefe de setor (8,5%). As complementações salariais por trabalho noturno, em área especializada, por dedicação exclusiva e por ocupação de cargos de chefia, eram oferecidas por 49,6% (1054) dos empregos no Uruguai. No país, 25,8% dos enfermeiros, 450 entre 1571, trabalhavam além do período contratual (de 36 horas), sendo mais comum até 19 horas extras mensais (Instituto Nacional de Enfermeria ; Colegio de Enfermeras del Uruguay, 1995:25-28).

Considerando o multiemprego verificado e as remunerações, nota-se que representam importantes formas de complementação salarial para os enfermeiros. Por outro lado, o multiemprego aliado ao trabalho de horas extras e outras modalidades de complementação salarial, revelam a busca de manutenção de um padrão financeiro de vida em detrimento da sua qualidade, dadas as condições profissionais estressantes e exaustivas, principalmente se lembrarmos que grande parcela dos enfermeiros no país é responsável pela maior contribuição do orçamento familiar.

Como característica marcante também no Uruguai, o mercado de trabalho concentra-se nas instituições hospitalares, ou seja, 76,1% enfermeiros estavam empregados nas instituições

de saúde com internação, perfazendo uma relação de 54,8 leitos hospitalares para cada enfermeiro (65.458 leitos e 1.195 enfermeiros). Nos hospitais públicos esta relação era de 87,7 leitos para cada enfermeiro (do total de 34.396 leitos e de 392 enfermeiros); e nos hospitais privados, de 38,7 leitos (do total de 31.062 leitos e de 803 enfermeiros) para cada enfermeiro (INE/CEDU, 1995:26-27).

Como outras características dos empregos dos enfermeiros no Uruguai, o censo revela ainda (Instituto Nacional de Enfermeria ; Colegio de Enfermeras del Uruguay, 1995:33,46) que a forma de ingresso nas instituições de saúde se dá mais comumente através de contratações sem concursos públicos (forma de entrada para 64,7% dos enfermeiros, sendo 88% do total dos enfermeiros no interior e 60,4% do total de Montevideú); a faixa etária de 25 a 29 anos é predominante entre os ingressantes no exercício profissional; e o primeiro emprego é ofertado pelas instituições privadas de saúde (realidade para 61% dos enfermeiros), situação que é coerente com a demanda por esses profissionais no país.

Em relação ao contrato de trabalho, a vinculação dos enfermeiros no Uruguai tanto nas instituições públicas de saúde como nas privadas, se dá através do mecanismo jurídico de contrato salarial. Os enfermeiros como funcionários assalariados regidos pela legislação trabalhista do país, recebem remuneração mensal fixa (que pode variar segundo o nível hierárquico ou cargo ocupado nas instituições, por tempo de serviço e adicional noturno), têm direito a licenças (maternidade, doença, para direção de associações corporativas e para freqüentar eventos científicos), gratificações natalina, férias pagas, indenização de seis meses de trabalho nas demissões, aposentadoria e o direito a reajustes salariais estipulados pelos acordos. A estabilidade no emprego é assegurada (exceto nas instituições privadas) de acordo com a forma de ingresso nas instituições públicas, ou seja, somente através de concursos, não sendo garantida através de contratos individuais ou coletivos (Pitamiglio, 1995:19-20).

Nas instituições públicas, onde existe o impedimento legal de dois empregos para os enfermeiros, exceto como professor e como enfermeiro, prevalece o contrato de 36 horas semanais para os enfermeiros e os aumentos salariais são determinados pelo Estado. As pressões e negociações por melhores salários se fazem através das associações dos trabalhadores como a Federação de Trabalhadores do MSP e a Associação dos Trabalhadores do Hospital de Clínicas que constituem forças com menor poder de negociação (comparada com as associações dos trabalhadores no setor privado de saúde), dada a ação do Estado de regulação salarial, de fixação do nível salarial e de condições de trabalho homogêneas para os diferentes trabalhadores em saúde. As associações de trabalhadores de saúde (bem como dos outros setores nacionais) são os seus representantes nos Conselhos de Salários, organismos governamentais subordinados ao Conselho Superior de Salários que por sua vez é integrado por Ministros do Trabalho, da Economia, da Direção Nacional do Planejamento e Orçamento e pela Direção Nacional do Trabalho. O setor público oferece um plano de ascensão funcional num mesmo cargo baseado nos critérios de antigüidade e de méritos dentro da instituição para o qual leva em conta a competência, comportamento, eficiência e idoneidade funcional. Os acréscimos salariais mensais são adquiridos através do trabalho profissional em centros de tratamento intensivo e de hemodiálise (de 10% sobre o salário base); da antigüidade (no sexto ano de trabalho, de 11% sobre o salário base, no décimo ano, de 20%, no décimo quinto, de 25% e no máximo de 40% à partir do vigésimo quinto ano de trabalho); e do trabalho noturno, com 10% mensais sobre o salário base (Pitamiglio,1995:107-109,195, 139-140,173-174).

Nas instituições privadas de saúde, onde em média a carga horária contratual dos enfermeiros é de 36 horas semanais, os aumentos salariais e as condições de trabalho são negociadas pela Federação Uruguaia de Saúde (FUS), a qual representa a maioria dos trabalhadores das diferentes instituições privadas de saúde (exceto os médicos) e reivindica o

mesmo percentual de acréscimo para as diversas categorias profissionais (Rígole, et. al., 1995:123). Atualmente, o setor privado é o que melhor remunera os enfermeiros no país e constitui o seu maior mercado de trabalho.

Assim, em maio de 1996, as instituições privadas pagavam aos enfermeiros (por 36 horas semanais), uma média de 6.500 pesos (cerca de 844 dólares) como salário de ingresso. As maiores remunerações nesse setor encontravam-se na Assistência Espanhola de Socorros Mútuos e na Casa de Galícia com salários de ingresso em torno de 7.500 pesos (974 dólares) podendo chegar a 10.010 pesos (1.300 dólares) como remuneração por chefia de serviço. Já o Ministério de Saúde Pública e o Hospital de Clínicas da Universidade pagavam em média como salário de ingresso, 2.200 pesos (286 dólares) e como máximo de salário, 4.000 pesos ou 519 dólares (sendo mais comum esse teto no Hospital de Clínicas)⁴⁹. Considerando que o salário mínimo vigente no país em maio de 1996, correspondia a 720 pesos ou 94 dólares, percebe-se que os enfermeiros nas instituições privadas garantiam em média 9 salários e nas públicas, somente 3 salários mínimos.

O atual nível salarial do setor público de saúde no país segundo Rígole (1991:28), tem origem na implementação a partir de 1985 (com o retorno da democracia), de uma política do Conselho de Salários (acordada com os representantes dos trabalhadores), de diminuição do valor da hora trabalhada em troca do regime de 8 horas diárias (48 semanais) para jornadas de 6 horas diárias (36 semanais). Embora até meados de 1989 o governo tenha corrigido periodicamente os salários públicos (e o dos trabalhadores de saúde) um pouco acima das taxas de inflação (Bronstein, 1989:94) segundo Rígole (1991:29), nos anos subsequentes, não foi a realidade no setor saúde. Esse autor, afirma que, em troca da diminuição da jornada de trabalho e posteriormente dos aumentos salariais, a estratégia

⁴⁹ As informações sobre salários foram fornecidas nas entrevistas realizadas com as representantes do "Instituto Nacional de Enfermería" e do "Colegio de Enfermeras del Uruguay", bem como do Presidente do Sindicato dos Médicos do Uruguai.

utilizada pelo setor saúde foi a de possibilitar maior oferta de postos de trabalho, levando os profissionais públicos de saúde, com baixos salários, ao multiemprego.

É interessante observar que a fixação salarial através do Conselho Superior de Salários era um mecanismo existente no país antes do período autoritário ou seja, até 1972. Desde o retorno à democracia em 1985, o governo restaurou esse mecanismo como instância decisória e de negociação de política salarial. Mas, segundo Bronstein (1989:94-95), existe uma diferença fundamental na atuação desse Conselho em relação àqueles da década de 50 e 60: a determinação governamental de atribuir papel ativo aos seus representantes nas negociações, em contraste com o “laissez faire” do período anterior de funcionamento do Conselho Superior de Salários.

Assim, mesmo com a garantia de uma instância de negociação, as representações sociais (como é o caso da Federação Uruguaia de Saúde com seus sindicatos de base nas instituições privadas de saúde, das Associações dos Trabalhadores do MSP e do Hospital de Clínicas, do Sindicato dos Médicos do Uruguai e da Federação Médica do Interior), enfrentam duras negociações nesse cenário de resistência governamental num contexto de uma política econômica de ajuste e de decréscimo do investimento no setor social, apesar da reconquista do reconhecimento dos sindicatos e do seu fortalecimento no país.

No Paraguai, segundo o Censo de 1992 (Republica del Paraguay, 1994:24-27), existia 1.233 empregos para os enfermeiros, que relacionados aos recursos humanos, dava uma relação de 1,2 postos de trabalho para cada profissional (1.034 enf.). Assim, podemos constatar a duplicidade de empregos para 99 enfermeiros do país (ou 9,6% do total dos enfermeiros em exercício profissional).

Podemos observar na Tabela 24, a distribuição desses empregos nas instituições de saúde, onde chama atenção o setor público que constituía o maior empregador dos

enfermeiros, oferecendo 76,5% desses postos, capitaneado pelo Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPyBS) que ofertava 47,7% do total dos empregos para os enfermeiros. A segunda maior demanda se encontrava no setor privado (incluídos os empregos da Universidade Católica), com a oferta de 23,5% dos postos de trabalho; e como terceiros maiores empregadores, o Instituto de Previdência Social (IPS) e a Universidade Nacional de Assunção (ou UNA onde estão incluídos os empregos da Escola de Enfermagem e do Hospital de Clínicas), que ofertavam respectivamente 12,9% e 12% do total dos postos de trabalho para os enfermeiros no país. Correlacionando o total de instituições públicas e privadas com o total dos empregos dos enfermeiros nessas instituições, contava-se então, com 1,5 empregos de enfermeiros em cada instituição de saúde do país (1.233 empregos enf., 844 instituições), sendo essa relação de 5,3 e de 1,2 postos de trabalho de enfermeiros para respectivamente o total das instituições privadas (54) e públicas (790). A distribuição dos leitos seria então de 4,9 leitos para cada emprego de enfermeiro (1.233 empregos, 6.083 leitos), sendo essa relação no setor privado de 1,9 leitos (290 emp. enf., 552 leitos) e no setor público de 5,9 leitos (943 emp. enf., 5.531 leitos) para cada posto de trabalho dos enfermeiros. Pode-se notar que as melhores relações no setor privado, não se davam através da maior oferta de empregos para os enfermeiros, e sim, devidas à pequena capacidade instalada de instituições e leitos, em relação com a do setor público.

TABELA 24

Distribuição dos Empregos para os Enfermeiros segundo Instituições de Saúde. Paraguai. 1992.

INSTITUIÇÕES	EMPREGOS	
	Nº	(%)
MSPyBS	588	47,7
IPS	159	12,9
UNA	148	12,0
SANIDAD POLICIAL	12	1,0
SANIDAD MILITAR	13	1,1
CRUZ ROJA	23	1,8
TOTAL PÚBLICO	943	76,5
TOTAL PRIVADO	290	23,5
TOTAL	1233	100,0

Fonte: Republica del Paraguay, 1994:24-27

Considerando que a rede instalada de unidades de saúde tanto pública como privada se concentrava na capital do país, essa também constituía evidentemente uma característica dos empregos para os enfermeiros no Paraguai. A interiorização desses postos de trabalho se dava através da rede básica do MSPyBS.

Tendo em vista os baixos salários ofertados pelo maior empregador dos enfermeiros, o MSPyBS (realidade também dos outros empregadores); e que o multiemprego existia na verdade para 9,6% dos enfermeiros do país (118 enf.), destacamos como característica marcante desse mercado, a sua capacidade de absorver a oferta, embora o seja com baixa remuneração e escasso poder de negociação salarial devido à inexpressividade representativa dos enfermeiros no Paraguai.

No setor saúde do país, existe três modalidades de vinculação jurídica para os trabalhadores: o Contrato de Pessoal Permanente (com estabilidade, designado pelo Poder Executivo, por categorias, com benefícios da previdência); o Contrato de Pessoal Transitório (renovação anual de trabalho, por categorias, sem benefícios da previdência); e o Pessoal Contratado (sem estabilidade de trabalho, contrato por período menor de um ano, não categorizados, sem benefícios da previdência). A forma de pagamento é o sistema de pagamento por tempo (salário mensal), variando os procedimentos de pagamento e nível de salários entre as instituições de saúde. É também a forma mais utilizada nas diferentes modalidades de vinculação jurídica dos trabalhadores. Nas instituições privadas, predomina a modalidade mista de pagamento, ou seja, o sistema por tempo e sistema por resultados (procedimentos ou atos) principalmente para os médicos e odontólogos. Nas instituições públicas, o montante salarial é estabelecido pelo Ministério da Fazenda, com teto orçamentário para cada grupo de categorias de saúde, cuja categorização é definida através de variados critérios deste Ministério e das direções das unidades de saúde. Este procedimento produz uma situação onde, a mesma profissão (com as mesmas atribuições), tem remuneração diferente nos serviços públicos de saúde (Arnau, 1992: 3-6 ; Arnau e Pierantoni, 1995:129-132).

Assim, os salários dos enfermeiros⁵⁰ nas instituições públicas de saúde em abril de 1996, variavam entre 500.000 e 1.200.000 guaranis ou 250 e 600 dólares mensais. Os menores e maiores salários, conforme tempo de serviço no Hospital das Clínicas da UNA, variavam entre 300 a 600 dólares; no MSPyBS, entre 250 e 350 dólares; e nas outras instituições entre 300 a 400 dólares mensais. Através desse sistema de pagamento por tempo (ou salário mensal), os enfermeiros, na sua maioria, estão vinculados às instituições públicas através de Contrato Permanente, com carga horária semanal de 36 horas, ou seis horas diárias. Nas

⁵⁰ As informações sobre salários e vinculação jurídica dos enfermeiros, foram obtidas e cruzadas através de diferentes informantes; Licenciada Juana de Caceres de Gomez (presidente da APE), Dra Cintia Prieto Conti (representante do MSPyBS para assuntos do Mercosul) e Dr Florentino Garcia (consultor da OPS-Paraguai para o Desenvolvimento de Serviços de Saúde, durante entrevista em 01/04/96 na sede da OPS deste país).

instituições privadas, onde o Contrato Transitório é a forma mais utilizada para a contratação da mão-de-obra dos enfermeiros, os salários variam entre 300.000 a 500.000 guaranis ou 150 a 250 dólares mensais por 40 horas semanais trabalhadas, divididas em plantões de 8, 12 ou 24 horas.

Considerando que o salário mínimo vigente era de 446.000 guaranis ou 223 dólares, os enfermeiros garantiam, no máximo, no emprego público, menos de 3 salários mínimos mensais. Levando em conta que o MSPyBS é o seu maior empregador, pode-se dizer que esta categoria é, em média, remunerada no setor público de saúde com menos de um e meio salário mínimo mensal do país. Este nível salarial, segundo depoimento da Presidente da Associação Paraguaia de Enfermeiras⁵¹, tem levado os enfermeiros ao multiemprego (sendo comum dois ou três empregos por profissional). Na visita à Escola de Enfermagem do Instituto Andrés Barbero, podemos constatar que toda a categoria estava em greve (aliada ao movimento do funcionalismo público), chamando atenção os cartazes fixados, onde as enfermeiras se identificavam como “Enfermeras-Taxis”, numa analogia às corridas necessárias para entrada e saída em diferentes empregos.

Diante de decretos presidenciais proibindo a duplicidade de empregos públicos e de um novo decreto de abril de 1996, que coibiu a acumulação de empregos públicos como docente e enfermeiro; logicamente, a tendência será de maior achatamento da condição financeira da categoria no país. Também, como consequência, a maior oferta no mercado privado de saúde (na busca da manutenção do padrão salarial), que tende a desvalorizar ainda mais a mão-de-obra, podendo chegar a um nível que represente um grande desestímulo para o ingresso na carreira.

Apesar da Constituição de 1992 garantir no Art. 96 a liberdade sindical sem autorização prévia para todos os trabalhadores públicos e privados à exceção dos membros das

⁵¹ Em entrevista dia 02/04/96 com Juana Caceres de Gomez na Escola de Enfermagem do Instituto Andrés Barbero.

Forças Armadas e Policiais (Republica del Paraguay, 1992:16), a enfermagem e o enfermeiro ainda não se organizaram nesse tipo de associação. Mesmo tendo em vista a existência de sindicatos por instituições ou grupo de instituições – processo historicamente recente e de representação ainda frágil (Arnau e Pierantoni, 1995:141), os trabalhadores de saúde têm ainda, pela frente, uma conjuntura econômica atual bastante desfavorável, com a implementação de uma política de ajuste no setor público, que conduz, evidentemente, a limitação do número de empregos; a mudanças na forma de vinculação trabalhista; e a conservação e ou mesmo rebaixamento (através da não correção salarial com o custo de vida ou com a inflação) dos níveis salariais. Corroborando ainda com este cenário pouco favorável aos trabalhadores, as instituições de saúde (com a maioria dos recursos financeiros comprometidos com o pagamento de terceiros para a assistência à saúde), também não contam com mecanismos que facilitem a melhoria salarial, ao mesmo tempo que conduzem ao aprimoramento profissional. Seja através dos planos de cargos, do acesso a cargos de nível superior, ou de planos de carreiras com acesso vertical e horizontal. Apenas os docentes e os empregados na Sanidad Policial e Militar (Arnau e Pierantoni, 1995:132), dispõem de planos de carreira profissional. No entanto, a expectativa de acesso para a carreira docente se reduz, na medida em que é limitada a oferta de cursos de especialização e inexistente a pós-graduação stricto-sensu no país para todas as profissões de saúde.

Em que pese as diferenças quantitativas dos empregos nos países, é importante ressaltar as características básicas dos mercados de trabalho dos enfermeiros no Cone-Sul. Quanto à absorção dos graduados pelo mercado, a Argentina, o Uruguai e o Paraguai, se destacam pela capacidade de absorção integral e ainda pela oferta de mais de um posto de trabalho formal para os enfermeiros. A grande característica do mercado de trabalho em saúde do Brasil ao longo de quase três décadas, constitui a sua contínua incapacidade de absorção dos egressos, principalmente na região Centro-Oeste (onde 64,1% dos formados não são

absorvidos) e mesmo no Nordeste, com maior percentual de absorção do país, mas aonde ainda 12,6% dos graduados ficam fora do mercado de trabalho em saúde.

Entretanto, e à exceção do Uruguai, onde os dados foram obtidos através de censo específico, as fontes de informação sobre empregos nos demais países, não pesquisam os consultórios médicos particulares (muitos dos quais se transformaram em clínicas de pequeno porte e vêm empregando os enfermeiros) assim como empresas médicas e de enfermagem que oferecem serviços no domicílio (home-care) e empresas de seguro de saúde que atualmente também abrem postos de trabalho para os enfermeiros nos países. O trabalho autônomo por sua vez, seja no domicílio ou nas instituições de saúde, não é detectado nos quatro países. Portanto, acreditamos que o mercado de trabalho tanto autônomo mas principalmente no subsetor privado, encontra-se subestimado dado a inadequação das pesquisas e censos às recentes modalidades de inserção dos enfermeiros no mercado de trabalho, assim como também ocorre com as cooperativas dos profissionais de saúde no Brasil e com as empresas argentinas de insumos hospitalares que atualmente vêm empregando os enfermeiros. A magnitude dessas novas frentes de trabalho é ainda uma questão a ser investigada pois já são fatos reais no mercado de trabalho dos enfermeiros, com tendência ao crescimento na medida que ocorre a flexibilização e precarização dos empregos formais, notadamente dos empregos públicos, locação histórica dos postos de trabalho dos enfermeiros.

Esta última característica do mercado só não é confirmada no Uruguai onde 61,5% dos enfermeiros trabalham no subsetor privado de saúde, como inserção já tradicional no país, que se explica pela organização histórica do setor saúde que tem como base as instituições de assistência médica coletiva para a assistência da maioria de sua população. Não se tratando portanto, de uma tendência recente de mudança da inserção dos enfermeiros no mercado de trabalho uruguaio.

Se de um lado o Brasil não demanda integralmente a oferta de enfermeiros, por outro, o faz em condições salariais um pouco melhor, em média, do que a Argentina, o Uruguai e principalmente o Paraguai. Estes países de fato absorvem os egressos mas em condições salariais menos favoráveis e já passam pela experiência da emigração (Argentina e Uruguai) como fenômeno indicativo da busca de melhores condições de emprego e salário e, evidentemente, de qualidade de vida já que procuram como países de destino, principalmente os de primeiro mundo.

A alta concentração da demanda em centros urbanos e em regiões mais desenvolvidas dos países como também nas instituições hospitalares, são outras marcantes características do mercado de trabalho dos enfermeiros no Cone-Sul, que espelham claramente a distribuição e organização do setor saúde regional, ou seja, concentrado nas regiões e centros mais desenvolvidos e da assistência à saúde preponderantemente de caráter individual e curativo.

Podemos dizer também que o trabalho dos enfermeiros no Cone-Sul, além de hospitalocêntrico, marcadamente se caracteriza pelas atividades administrativas e de supervisão da equipe de enfermagem em contraposição ao trabalho dos auxiliares e dos atendentes que são, na verdade, os reais prestadores diretos da assistência de enfermagem. Os enfermeiros disponíveis, quando o fazem, predominantemente exercem-na em clínicas ou serviços mais complexos onde é visível a diferenciação do seu trabalho dada a manipulação de equipamentos de alta e média tecnologia. Mesmo que a relação de leitos por enfermeiro seja um indicador bruto, por si só revela que apenas um profissional, humanamente, está incapacitado de prestar assistência direta de enfermagem à grande quantidade de pacientes internados, mesmo que seja em clínicas que não demandem cuidados mais complexos ou intensivos. Através dessa relação, podemos evidenciar que o subsetor privado mantém os enfermeiros nos seus quadros para justamente cumprir o papel que se espera dele: a administração e a supervisão da assistência de enfermagem. No Brasil, no subsetor público, atualmente observa-se um fenômeno de absorção

de enfermeiros para cargos de gerência nas redes básicas de saúde situadas nos municípios. No entanto, não se pode afirmar, ainda, que isto venha a ter algum impacto quantitativo na capacidade de absorção deste subsetor.

Marcadamente, o mercado de trabalho dos enfermeiros também se caracteriza, assim como o mercado de trabalho em saúde do Cone-Sul, pela precária política de desenvolvimento profissional evidenciada através da predominante ausência de planos de cargos, carreiras e salários nas instituições de saúde. Esta falta de perspectiva de progressão profissional nas instituições de saúde aliada às baixas remunerações e ainda às condições de trabalho que, além de insatisfatórias, continuamente processam o risco de adoecer; fazendo com que seja atualmente uma das profissões na área da saúde menos procuradas. Mas, mesmo sob estas condições de inserção no mercado de trabalho, os enfermeiros do Cone-Sul (a exceção dos brasileiros) não se fortaleceram em associações sindicais que privilegiassem as suas reivindicações específicas.

Finalizamos, destacando que o mercado de trabalho para os enfermeiros no Cone-Sul, contrário à lei da oferta e da procura, remunera com baixos salários um profissional de pouca e decrescente oferta.

CAPÍTULO 4 - (I) MOBILIDADE PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS NO SETOR SAÚDE DO MERCOSUL: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em que pese a intensa reestruturação econômica e tecnológica mundial que altera substancialmente as necessidades da força de trabalho, a América Latina, em particular os países do Mercosul, participam, na verdade, periféricamente nesse processo, pois são atingidos por ele sem chance de uma integração mais intensa. Se de um lado a globalização traz um conjunto de modificações na estrutura tecnológica, produtiva, financeira, organizacional e espacial das grandes empresas mundiais, como também a idéia de uma sociedade global, de outro espera-se, além da internacionalização financeira e produtiva, a internacionalização da força de trabalho.

Entretanto, é importante ressaltar que a reestruturação econômica mundial está se processando com crescente desemprego. E neste cenário, os blocos econômicos centrais vêm implementando políticas restritivas à migração de força de trabalho diante das intensas reações deflagradas nestas sociedades contra os imigrantes, devido às pressões que estes exercem sobre a demanda por postos de trabalho e os gastos sociais dos países. As experiências de integração já demonstram, contrariamente à grande mobilidade do capital, a imobilidade da força de trabalho, a exceção daqueles trabalhadores considerados necessários para um projeto específico dos setores econômicos estratégicos e daqueles imigrantes clandestinos que se inserem subterraneamente nos mercados de trabalho. Portanto, as visões de “cidadão do mundo”, “trabalhador do mundo”, ou ainda, de desnacionalização do trabalho, tornam-se utópicas, a não ser para aqueles trabalhadores altamente qualificados que, emigrando, caracterizam a denominada “fuga de cérebros”.

O Mercosul, uma das respostas periféricas da América Latina na reestruturação econômica mundial, vem processando, guardadas as devidas proporções com os blocos centrais, intensas relações comerciais entre os países-membros e articulando, junto a outros blocos e países, acordos comerciais preferenciais. Mesmo que o Tratado de Assunção e o Protocolo de Ouro Preto suponham a livre circulação da força de trabalho, são prioritárias as relações comerciais no desenvolvimento do seu processo de integração regional. Entretanto, o Brasil, a Argentina, o Uruguai e o Paraguai, além do desemprego conjuntural, convivem hodiernamente com o desemprego estrutural. O desemprego vem aumentando a taxas mais elevadas do que aquelas correspondentes aos períodos de intensa crise econômica regional. Nesta situação de desemprego, e acompanhando as experiências da UE e do NAFTA, os trabalhadores imigrantes ilegais têm também aflorado reações, principalmente na sociedade argentina, cujo país já conta com uma recente lei de migração com o objetivo primordial de conter o emprego de trabalhadores do Brasil, da Bolívia, do Paraguai e do Uruguai, aumentando o controle nas fronteiras, instituindo altas multas aos empregadores e estabelecendo critérios mais rígidos para obtenção da cidadania argentina.

O perfil sócio-econômico do Mercosul espelha um quadro de grande exclusão social. E neste, além do desemprego e da pobreza, torna-se mais limitado o acesso à educação e, particularmente, aos serviços de saúde. Sofrendo as consequências do processo de ajustamento econômico, que contrariam o princípio universalista do direito à saúde, o setor saúde nos países do Mercosul também está sendo reestruturado com base nos princípios da descentralização, da privatização e concentração de programas públicos de saúde focalizados em grupos da população escolhidos, em tese, por suas maiores necessidades e urgências.

A descentralização no setor público, nesse processo, concebida como forma de aumentar a eficiência e a eficácia dos gastos, tem propiciado também a utilização de formas alternativas de produção, operação e gestão dos serviços de saúde que se vêm pautando

essencialmente na produtividade da assistência e na precarização dos empregos e flexibilização contratual dos trabalhadores em saúde. Assim, também no setor público de saúde, além do engessamento dos ingressos e salários dos trabalhadores, mobilizando-os para o subsetor privado ou ao multiemprego, terceirizar serviços, contratar temporariamente e utilizar mão-de-obra, qualificada ou não, de cooperativas, já são práticas usuais que replica praticamente o mesmo padrão da agenda de reformas dos setores produtivos. E ainda, operando cada vez mais a privatização através do desengajamento dos governos dos Estados de suas responsabilidades sociais, entre as quais com o setor saúde, seja cortando gastos, não investindo no setor e, portanto, sucateando-o, seja fomentando o crescimento do subsetor privado, no qual as empresas de seguro-saúde vêm garantido seu espaço e clientela.

A condução político-econômica dos países do Mercosul apresenta um paradigma similar. Ideologicamente neoliberal, com profundo desrespeito às instituições e às regulamentações, implementa o ajuste fiscal com corte de despesas, reduzindo drasticamente o papel do Estado nos setores sociais.

Portanto, diante deste cenário no Cone-Sul, especialmente do panorama do setor saúde, torna-se irreal abordar a mobilidade da força de trabalho e, principalmente dos trabalhadores de um setor social como o da saúde, tal como se trata a mobilidade do capital, este sim com tendências marcantes de crescimento da sua mobilidade espacial e grande interdependência financeira entre os blocos e os países, como bem vem demonstrando as duras conseqüências da recente crise econômica asiática.

Nesse sentido, diante do contexto do setor saúde dos países do Mercosul, concluímos nesta tese que as perspectivas favoráveis de mobilidade profissional dos enfermeiros nos seus mercados de trabalho configura-se como um fenômeno bastante limitado. Limites que são delineados não apenas pelos mercados, mas, como teoricamente sugerido, pelo inter-

relacionamento de todos os fatores concorrentes para a mobilidade de mão-de-obra qualificada em processos de integração regional.

Se de um lado o Brasil, comparado aos demais países do Mercosul, apresenta de longe os melhores indicadores econômicos, de outro não consegue resolver nem atenuar a sua intensa desigualdade social. A concentração de riqueza permanece há décadas no cenário sócio-econômico do país. Seus indicadores sociais, tais como o analfabetismo, o desemprego, os reduzidos investimentos na seguridade social e a alta mortalidade infantil ainda prevalente, retratam bem o quadro de exclusão social de grande parcela da população brasileira. A Argentina, o Uruguai e o Paraguai se destacam, comparativamente com o Brasil, com melhores condições de vida. Mas, ao mesmo tempo, apresentam um quadro bastante restritivo no que concerne ao desenvolvimento econômico.

No tocante aos fatores que atuam a nível internacional como atração para o movimento migracional de trabalhadores qualificados - aplicados nesta tese aos enfermeiros - ou seja, maior desenvolvimento econômico e social e melhores condições de vida, nenhum país do Mercosul concilia estas características. O que se traduz, em princípio, pela inexistência de um país com um diferencial de preferência ou de vantagens no nível sócio-econômico com relação à mobilidade profissional dos enfermeiros.

Devemos acrescentar, como dificuldades ou pontos de estrangulamento adicionais para um fenômeno de migração profissional dos enfermeiros entre os países do Mercosul, a problemática da equiparação curricular entre diversas propostas de graduação vigentes e as diferentes realidades no que se refere às regulamentações e controle do exercício profissional, cujas harmonizações integram, evidentemente, a agenda de um projeto de mercado comum que pressupõe a livre circulação de trabalhadores.

Tal mobilidade, de antemão, exige a equiparação curricular e, tendo em vista a diversidade dos currículos, percebe-se de imediato as grandes implicações para o sistema

formador dos países. Neste âmbito, acreditamos que a tendência conciliatória se projete para acordos mais simplistas, em torno da carga horária mínima de graduação para o reconhecimento do profissional enfermeiro na região. Como já foi discutido e sugerido em maio de 1995 na quarta reunião da Comissão Regional de Enfermagem do Mercosul (CREM), na qual seus componentes (Colegio de Enfermeras del Uruguay, Conselho Federal de Enfermagem do Brasil, Federación Argentina de Enfermeras, Asociación Paraguaya de Enfermeras) propuseram uma carga horária total do currículo dos enfermeiros de 3.000 horas e de 4.200 horas para os licenciados. Mesmo levando em conta um acordo pautado apenas na carga horária total mínima, já se pode antever as dificuldades para a equiparação curricular em cerca de 227 instituições de ensino na região, que, por si só, apresentam diversidade interna em cada país, exceto no Uruguai, onde existe apenas uma instituição de ensino. Mas, acordos que apontam apenas a carga horária mínima como critério essencial na equiparação curricular que permita a mobilidade, desconsideram toda a base de construção profissional, ou seja, o seu conteúdo e o seu marco conceitual e metodológico. Como exemplo, os formados no novo currículo brasileiro, preparados para a realidade social e de saúde nacional, estariam competindo igualmente no mercado de trabalho em saúde do país com os enfermeiros argentinos, uruguaios e paraguaios, cujas formações, além de não contemplarem essas perspectivas, essencialmente têm como paradigma as ciências biológicas. O inverso também não é alentador. Os grandes esforços para aprovação, assim como os investimentos tanto acadêmico quanto financeiro para implementação do novo currículo brasileiro, seriam praticamente anulados no exercício profissional em outras sociedades que, embora no geral apresentem semelhanças, apresentam também especificidades nacionais intensas.

Presumivelmente, o profissional requerido para a mobilidade entre os países seria primordialmente o técnico-científico para o exercício de uma enfermagem basicamente hospitalar, isto supondo que os países passassem a considerá-los essenciais, implementando

intensas políticas de imigração profissional dos enfermeiros nos seus mercados públicos ou privados de saúde. Não visualizamos esse fato como realidade num futuro próximo, tal como prevê a proposta de livre circulação dos trabalhadores a partir do ano de 2.006, já que os enfermeiros representam trabalhadores de um setor social, o de saúde, e este, na integração regional, ao contrário das relações comerciais, não constitui um tema prioritário no Mercosul.

No que concerne aos aspectos legais para o exercício profissional dos enfermeiros no Cone-Sul, todos os países prevêem a revalidação do título obtido no exterior para posterior registro profissional. Porém, a revalidação do título só é outorgada após exame do currículo da graduação pelas Universidades Nacionais, as quais têm como critério de análise o currículo legalmente reconhecido no país de destino do profissional imigrante. Esse procedimento de revalidação pode demandar exames de equivalência e ou complementação de estudos mesmo no caso de intercâmbio cultural entre países. Entretanto, no contexto de um mercado comum, com livre circulação de trabalhadores entre os quatro países, nem mesmo os intercâmbios culturais asseguram a revalidação do título obtido, pois tal processo, mais intenso, envolve diversos profissionais de diferentes setores e mercados de trabalho. Devido mesmo a estas dificuldades, só foi acordado no Mercosul o reconhecimento dos títulos universitários, de duração mínima de quatro anos ou de 2.700 horas outorgados pelas universidades reconhecidas de cada país, exclusivamente com o objetivo de prosseguimento de estudos de pós-graduação, sendo evidenciado, neste reconhecimento, o veto para o exercício profissional. Portanto, tal fato nos remete à questão anterior relativa às dificuldades para a equiparação curricular dos enfermeiros no Cone-Sul. No Uruguai, além do acordo de equiparação curricular entre os países para a mobilidade da força de trabalho estrangeira, se requer, ainda, reforma Constitucional, já que na sua Constituição vigente, somente após três anos de cidadania legalizada os imigrantes podem ocupar empregos públicos, como também tal cidadania é vetada para o exercício do magistério nas instituições de ensino superior do país.

A equiparação curricular para o posterior registro e exercício profissional constitui, portanto, etapa anterior e indispensável para a mobilidade dos enfermeiros e dada a sua especificidade, de âmbito educacional, extrapola o poder atribuído às instituições ou organizações regulamentadoras e fiscalizadoras de profissionais, envolvendo primordialmente o setor educacional e organizações culturais de todos os países. Assim, as discussões e encaminhamentos na enfermagem sobre o tema ocorridos na CREM (formada pelos Conselhos ou Colégios de Enfermagem do Cone-Sul), explicita um grande equívoco, principalmente se der prosseguimento às discussões de forma isolada. No âmbito das suas atribuições, ou seja, de registro e de controle do exercício profissional da enfermagem, a Argentina, o Uruguai e o Paraguai não contam sequer com dispositivos e autonomia legal para tais tarefas que são historicamente centralizadas nos seus respectivos Ministérios da Saúde. Além da capacidade política e legal que tais atribuições requerem, os Conselhos, ou a CREM, também não dispõem de capacidade operativa, ou seja, de recursos humanos, financeiros, de estrutura física e, ainda, mesmo corporativamente, não constituem os exclusivos representantes da enfermagem nos países, primordialmente no Brasil que apresenta uma enfermagem, de longe, com maior dimensão e muito mais organizada e desenvolvida sob todos os pontos de vista, principalmente o acadêmico. Este último aspecto se constitui na grande assimetria entre os países estudados.

Dessa forma, num projeto com futuro próximo de livre circulação e, posterior à equiparação curricular, somente para essas etapas legais de registro e controle do exercício profissional não só dos enfermeiros mas da enfermagem nos quatro países, muito se requer ainda de discussões entre as representações institucionais e das categorias, inclusive as sindicais; de planejamento, infra-estrutura física e financeira; de recursos humanos; como também de respaldo legal e autonomia junto aos Ministérios de Saúde, aos governos nacionais e às instâncias institucionais e jurídicas do Mercosul.

Com relação às condições que os países apresentam para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros na pós-graduação *lato e stricto-sensu*, apenas o Brasil possui estrutura nacional de oferta de cursos de especialização, mestrado e doutorado. A primeira vista, poderíamos concluir que estes fatores poderia assumir um papel receptor de enfermeiros em busca dessas formações, principalmente se visualizarmos o acordo já aprovado nas instâncias do Mercosul desde 1995, através do qual os Estados-Partes se comprometem a reconhecer os títulos universitários para o ingresso na pós-graduação. Acreditamos que a mobilidade dos enfermeiros dos demais países na busca da formação em pós-graduação também se apresenta como um fenômeno limitado, ainda que se trate de migração temporária.

Inicialmente, para que as 103 instituições de ensino argentinas, cumpram o determinado no acordo relativo à pós-graduação no Mercosul, demanda-se capacidade de infra-estrutura para modificação curricular que permita totalizar a carga horária mínima, como também, complementar a formação dos enfermeiros já graduados. Como se sabe, apenas dez escolas oferecem a licenciatura cujo currículo é acrescido em cerca de 1.000 horas sobre aquele da graduação. Esta pequena oferta constitui a razão pela qual os licenciados sejam a minoria no país.

Para estes licenciados da Argentina, e principalmente para os enfermeiros uruguaios, a alternativa mais viável, ao nosso ver, para a formação *stricto-sensu*, seria a utilização da oferta de cursos da região Sul do Brasil, devido à proximidade geográfica, sobretudo com os estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Mas, embora o Brasil conte com o *stricto-sensu*, a capacidade de absorver mestrandos e doutorandos dos demais países do Cone-Sul também encontra-se limitada, já que a expansão da oferta, descentralizando-a da região Sudeste, ou seja, do Rio de Janeiro e São Paulo, constitui um processo recente, e como tal, apresenta ainda uma grande demanda de enfermeiros brasileiros a ser contemplada durante muitos anos. Mesmo que a região Sul acorde convênios, principalmente com o Uruguai, o impacto da

formação em pós-graduação de seus profissionais para esse país torna-se reduzido, dada à limitada capacidade de absorção. Por outro lado, essa formação é relevante para os docentes do “Instituto Nacional de Enfermeria”, os quais planejam a implementação do mestrado no país ao conseguirem o reconhecimento dos respectivos títulos na Universidade da República, para o qual já vêm empreendendo esforços. Portanto, a longo prazo, a formação de uma parcela dos 120 docentes deste Instituto, como recursos multiplicadores, poderá propiciar no país uma transformação no desenvolvimento profissional dos enfermeiros. Cabe no entanto lembrar que, em relação aos enfermeiros não docentes, caso as instituições empregadoras de saúde, particularmente as do subsetor privado onde a maioria dos enfermeiros uruguaios têm o seu vínculo empregatício, realmente se interessem pelo investimento em seus recursos humanos, seria necessário licenciá-los ou diminuir a jornada de trabalho mantendo a remuneração, sem o que se inviabilizaria os projetos de pós-graduação *stricto-sensu*.

Para os enfermeiros paraguaios, a opção mais viável, em princípio, para a formação *stricto-sensu*, seria a utilização da oferta da região Sudeste ou ainda a da região Sul, cujas proximidades geográficas, entretanto, não são tão satisfatórias quanto para os enfermeiros uruguaios, a exceção de estados transfronteiriços, como os do Paraná e do Mato Grosso do Sul na região Centro-Oeste, sendo que neste último ainda não se encontra disponível a oferta de cursos. Por proximidade geográfica, a oferta *stricto-sensu* da Rede de Pós-Graduação em Enfermagem para a Região Sul (Repensul), constitui, para os enfermeiros dos países do Cone-Sul, a alternativa mais viável.

Devemos acrescentar, ainda, outros obstáculos a nível terciário ou individual, como também os institucionais relativos à migração temporária dos enfermeiros do Cone-Sul, tanto para a formação *lato* quanto *stricto-sensu*. Estamos nos referindo às dificuldades para o afastamento do país de origem concernentes ao gênero, pois a maioria dos profissionais são mulheres, e, assim, culturalmente com maiores encargos familiares; bem como às dificuldades

financeiras, devido aos baixos salários para a manutenção no exterior, principalmente tendo em vista o tempo de duração da formação *stricto-sensu*, a precariedade do fornecimento de bolsas de estudos, como também a indisponibilidade destas pelo acordo firmado em 1995 entre os países do Mercosul. As instituições empregadoras, além da permissão para o afastamento curto ou prolongado e com manutenção da remuneração, que já é baixa, não oferecem, na sua grande maioria, incentivos para o desenvolvimento profissional como planos de carreiras e salários, exceto nas universidades, mesmo assim não para a sua totalidade nos três países. Certamente, se as condições fossem favoráveis, de há muito o Brasil já teria clientela significativa de enfermeiros argentinos, uruguaios e paraguaios pelo menos nos cursos *lato-sensu*.

Pode-se perceber que o gênero feminino e seus encargos familiares culturalmente peculiares na região e, principalmente considerando que as mulheres cada vez mais vêm desempenhando o papel de chefe de família, constituem fatores adicionais que concorrem para a imobilidade das enfermeiras tanto na emigração temporária para a pós-graduação, quanto na emigração profissional e definitiva para os mercados de trabalho dos países. Aqueles profissionais da região que conseguem emigrar, acompanhando o movimento migratório latino-americano das últimas três décadas, já têm demonstrado que a tendência de mobilidade tem como países de destino os do primeiro mundo.

Uma perspectiva que se abre para os enfermeiros docentes do Brasil nos países do Mercosul, se refere ao grande mercado da pós-graduação *lato e stricto-sensu*, no qual os cursos, devidamente conveniados interinstitucionalmente, poderiam ser implementados na Argentina, no Uruguai e no Paraguai, a exemplo de iniciativas de instituições particulares brasileiras, que já promovem uma descentralização de cursos *lato-sensu* nesses países.

Em relação à inserção dos enfermeiros no mercado de trabalho nos serviços de saúde dos países, mesmo reservada a grande diferença quantitativa da força de trabalho dos

enfermeiros do Brasil em relação aos demais, podemos concluir por grandes características e tendências similares:

- sub-oferta de enfermeiros em todos os países tendo em vista os indicadores internacionais;
- baixa procura pela graduação em enfermagem;
- grande ociosidade de vagas na graduação devido à pequena procura e elevado abandono do curso;
- grande concentração, tanto da oferta quanto da demanda, em regiões e metrópoles mais desenvolvidas;
- manutenção da menor participação dos enfermeiros na equipe de enfermagem, conservando a sua atuação de supervisor da assistência prestada;
- prática profissional hospitalocêntrica;
- concentração dos empregos nas instituições públicas de saúde, exceto no caso do Uruguai;
- salário mensal como forma ainda prevalente de remuneração;
- baixos salários e precárias condições de trabalho em um setor público de saúde em crise;
- tendência de crescimento do multiemprego devido às condições acima;
- tendência de crescimento do emprego no subsetor privado de saúde;
- tendência de surgimento de novas alternativas de inserção no mercado de trabalho, tais como o "home-care", as empresas de seguro-saúde e as empresas de insumos hospitalares;
- tendência de migração profissional, tendo como países de destino os mais desenvolvidos fora da América Latina.

O mercado de trabalho dos enfermeiros brasileiros apresenta sua especificidade: a contínua incapacidade de absorção dos egressos da graduação, ao longo de quase três décadas. Mesmo diante da tendência de decréscimo da oferta verificada a partir dos anos 80, como também do crescimento dos postos de trabalho, principalmente no subsetor público municipal e ainda no subsetor privado, tais movimentos, entretanto, não foram suficientes para absorver a oferta existente. O subsetor privado de saúde do Brasil, cuja capacidade instalada de leitos,

equivale a quase o triplo do subsetor público, apesar desta proporção absorve, comparado ao público, menos enfermeiros, mesmo apresentando uma tendência de crescimento dos seus postos de trabalho.

Situação contrária à do Uruguai, em cujo mercado o subsetor privado, mesmo com uma rede instalada um pouco menor do que a do subsetor público, corresponde ao mais importante empregador dos enfermeiros no país. Isto não é uma tendência recente, mas histórica no mercado do Uruguai, de acordo com a organização do seu setor saúde desde a década de 20, baseada na maior capacidade instalada de instituições de assistência médica coletiva (JAMC) para a prestação dos cuidados de saúde à grande parcela da população do país. Na Argentina e no Paraguai, a maior participação do subsetor privado no mercado de trabalho dos enfermeiros encontra correspondência com a sua capacidade instalada. Entretanto, e principalmente, os mercados argentino, uruguaio e paraguaio, demonstram capacidade de absorção dos enfermeiros egressos da graduação, mesmo que os absorva a baixos salários, o que os leva ao *multiemprego*. Estes níveis salariais, no entanto, não são tão diferenciados assim do que aqueles verificados no Brasil. Apresenta-se como exceção os baixíssimos salários prevalentes em todo o mercado paraguaio, no subsetor público do Uruguai e em uma parcela das instituições públicas provinciais da Argentina, cujos níveis de remuneração mensal, abaixo de 300 dólares, são os mais aviltantes para os enfermeiros do Cone-Sul.

Mesmo que os mercados nos quatro países apresentem uma tendência de crescimento no subsetor privado de saúde, através das suas instituições tradicionais, ou ainda, das novas alternativas de inserção laboral dos enfermeiros, ela ainda não se apresenta de forma nítida. Acreditamos que mesmo num futuro próximo, não se visualiza uma grande capacidade de absorver de forma impactante os enfermeiros do Cone-Sul, a ponto de provocar uma mudança do histórico padrão de inserção destes profissionais no mercado de trabalho em saúde. Parece-

nos que a tendência de crescimento na demanda por enfermeiros no subsetor privado se deve bem mais à oferta de mão-de-obra qualificada que pode ser remunerada com baixos salários, aumentando inclusive a participação dos enfermeiros na sua equipe de enfermagem em substituição à força de trabalho menos qualificada. Isto ocorre na medida em que o subsetor público, cada vez mais, remunera seus profissionais com salários decrescentes, tirando-lhes, inclusive, direitos trabalhistas historicamente conquistados e contratando-os temporariamente. Esta situação se dá num contexto de desregulamentação e flexibilização do mercado de trabalho em geral e de saúde, já vigente na sociedade latino-americana, cuja realidade perpassa estruturalmente pela adoção de políticas de ajuste, em que a contenção dos gastos nacionais recaem, sobremaneira, sobre os setores sociais. A flexibilização do mercado de trabalho não garante a reposição de postos de trabalho suprimidos, contrariamente às argumentações governamentais para a sua adoção como política de emprego nos países, provocando, na realidade, a rotatividade dos empregos, a sua precarização, fomentando a criação de um perfil de trabalhadores de segunda categoria, que, mesmo qualificados, têm data marcada para perder o emprego.

Nesta realidade, e por mais que o Mercosul apresente, no prosseguimento do seu processo de integração regional, desenvolvimento econômico e intensificação das relações comerciais na região e com os demais blocos regionais, no cenário público, particularmente nos setores sociais, essa evolução, ao nosso ver, não encontra contrapartida. O crescimento econômico, como há décadas nós latino-americanos experimentamos, não tem significado desenvolvimento social.

Assim, neste hodierno contexto social e político-econômico dos países do Mercosul, e considerando o panorama da inserção dos enfermeiros nos seus mercados de trabalho em saúde, não acreditamos na mobilidade dos enfermeiros entre os mercados dos quatro países como um movimento migratório significativo na região do Cone-Sul. O que difere de

iniciativas de migração pontuais, pequenas migrações em cidades transfronteiriças, ou ainda, de migração temporária para prosseguimento de estudos na pós-graduação.

O perfil da absorção dos enfermeiros, quer seja nos seus aspectos quantitativos como nos qualitativos, não nos indica atrativos suficientes para a sua mobilidade profissional e definitiva entre os mercados de trabalho em saúde dos países. Na análise destes mercados, não se trata da sobre-oferta dos profissionais enfermeiros ou da saturação do mercado de trabalho em saúde para a busca de empregos em outros países, mas sim das condições de sua inserção neste mesmo mercado. A histórica e já conhecida concentração geográfica dos enfermeiros nos centros mais desenvolvidos, indica não só a concentração da rede assistencial instalada nos países, e assim, também dos empregos, como ainda demonstra a busca por melhores salários, por condições mais favoráveis para o desenvolvimento profissional e por padrões de vida com mais qualidade. Os significativos sinais de migração dos enfermeiros argentinos e uruguaios para países mais desenvolvidos no primeiro mundo, também refletem essa busca.

Se de um lado o Brasil, comparativamente aos demais países, apresenta um perfil econômico diferenciado, maior organização da enfermagem e, de longe, melhores condições para o desenvolvimento profissional em relação à pós-graduação, e ainda, um grande mercado de trabalho em saúde; de outro, essas vantagens são anuladas diante da sua intensa desigualdade social, da menor qualidade das suas condições de vida, do contínuo desequilíbrio entre a capacidade de produzir e absorver os enfermeiros nos mercados de trabalho em saúde e, ainda, de absorvê-los a níveis salariais praticamente iguais aos dos demais países.

A Argentina, o Uruguai e o Paraguai, embora apresentem melhores condições de vida e capacidade de absorver seus enfermeiros nos seus mercados de trabalho em saúde, apresentam, em contrapartida e, comparativamente ao Brasil, um quadro restritivo em relação aos seus desenvolvimentos econômicos, menores mercados de trabalho para os enfermeiros, capacidade

ausente ou muito limitada para o desenvolvimento profissional na pós-graduação *lato e stricto-sensu* e, ainda, níveis salariais cujas remunerações no mercado de trabalho são equivalentes e até mais baixas do que no Brasil.

Dessa forma, considerando no conjunto dos países a análise da dinâmica dos fatores sugeridos teoricamente que concorreriam para a mobilidade de uma mão-de-obra qualificada, concluímos que, na realidade, eles se anulam. Portanto, essa dinâmica não permite indicar uma tendência para uma migração regional significativa da força de trabalho dos enfermeiros, em qualquer direção, entre os países do Mercosul.

Na perspectiva de dar continuidade a esta linha de investigação, constitui nosso particular interesse pesquisar os enfermeiros imigrantes no Brasil, desde a década de 70 até a década de 90, em seus aspectos quantitativos e qualitativos, traçando suas determinações e motivações para a mobilidade, com o objetivo de obter uma análise prévia à livre circulação da força de trabalho no Mercosul. Tal estudo, posteriormente, possibilitaria a comparação com outro, realizado alguns anos após a implantação de fato do Mercado Comum do Cone-Sul.

Evidentemente, conhecer também as determinações e motivações dos enfermeiros emigrantes latinos que se mobilizaram para o primeiro mundo, constitui um fenômeno a ser investigado, considerando a sua inserção em sociedades tão distintas daquelas de origem, estudo este que propiciaria, também, a comparação com um outro que abordasse a migração dos enfermeiros no interior da América Latina.

No tocante ao mercado de trabalho, e considerando as atuais transformações políticas e econômicas que repercutem no mundo do trabalho, tais como as novas modalidades contratuais de inserção no mercado e as alternativas de exercício profissional, torna-se interessante conhecê-las na realidade dos enfermeiros brasileiros e latino-americanos. Propõe-se, assim, obter um recorte mais apurado do mercado de trabalho dos enfermeiros no subsetor privado de saúde, seja no Brasil, no Mercosul, ou mesmo na América Latina.

Conhecer mais amplamente a enfermagem e os enfermeiros latino-americanos, além da oportunidade que os estudos comparados nos fornece de conhecer a nós mesmos através dos outros, permite também fortalecer esta linha que não dispõe ainda de conhecimento e produção significativos no nosso meio acadêmico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMZÓN, M. C. 1995. "Argentina: Situação do Recursos Humanos em Saúde". In: *Recursos Humanos em Saúde no Mercosul*. Rio de Janeiro. OPS/OMS/FIOCRUZ.
- ALMANAQUE ABRIL. 1997. São Paulo. Abril.
- ALMEIDA, M. C. P. 1993. "A Pós-graduação em Enfermagem no Brasil. Situação Atual". *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto. V.1 N°1. Janeiro.
- ALVES, J.S. 1992. *Mercosul. Características Estruturais do Brasil, Argentina, Paraguai. Uma análise exploratória de indicadores econômicos*. Florianópolis. UFSC.
- AMÂNCIO FILHO, A. 1997. "Cenários e Situações da Formação em Saúde no Brasil". *Boletim Técnico do Senac*. Rio de Janeiro. V. 23. N° 3. Setembro/ Outubro.
- ANGERAMI, E. L. ; GOMES, D. L. S. ; MISHIMA, S. M. ; HAYASHIDA, M. ; RIBEIRO, C. M. M. ; JADER, N. R. 1996. "Estudo Comparativo da Nomenclatura das Matérias e Disciplinas do Currículo Mínimo com a Utilizada pelas Escolas de Enfermagem da Região Sudeste-Brasil". *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto. V.4. N°1. Janeiro
- ARNAU, A. 1992. *Patrones de Utilización de Recursos Humanos en América Latina – Estudio de Caso: Paraguay*. OPS. Asunción. Julio.
- ARNAU, A. ; PIERANTONI, C. 1995. "Paraguai: Situação da Formação e Mercado de Trabalho na área de Saúde". In: *Recursos Humanos em Saúde no Mercosul*. Rio de Janeiro. OPS/FIOCRUZ.
- ASOCIACIÓN PARAGUAYA DE ENFERMERAS. 1994. *Situación de Enfermería en Paraguay*. Comité Mercosul. APE. Asunción. (mimeo).
- ASOCIACIÓN PARAGUAYA DE ENFERMERAS. 1994a. *Projecto de ley que regulamenta el Colegio de Enfermeras/os del Paraguay*. Asunción. (mimeo).

- ASTOVIZA, M. ; MAZZA, R. 1996. "Experiencia de la Comisión Regional de Enfermería en el Mercosur". (mimeo).
- BADIE, B. HERMET, G. 1993. *Politica Comparada*. Mexico. Fondo de Cultura Economica.
- BARCELLOS, M. 1997. "Em três anos, países perderam milhões de empregos". Rio de Janeiro. *Jornal do Brasil*. Seção Economia. 29 de junho.
- BARROS, G. 1996. "A Globalização e o Desemprego". Rio de Janeiro. *Jornal do Brasil*. Seção Economia. 6 de outubro.
- BANCO MUNDIAL. 1997. *Relatório de Desenvolvimento Mundial de 1996*. Rio de Janeiro. Fundação Getúlio Vargas.
- BANDEIRA, M. 1993. *Estado Nacional e Política Internacional na América Latina: o Continente nas relações Argentina-Brasil (1930-1992)*. São Paulo. Ensaio.
- BELMARTINO, S. 1995. "Argentina: alternativas de Transformação no Sistema de Serviços de Saúde". In: *Sistemas de Saúde- Continuidades e Mudanças*. Org: BUSS, P. M. ; LABRA, M. E. Rio de Janeiro. Hucitec/FIOCRUZ.
- BOGUE, D. J. 1989. "Internal Migration". In: *The Study of Population*. Chicago. University of Chicago Press.
- BOLETIM BANCO CENTRAL DO BRASIL. 1996-1997. *Mercosul - Informações Atualizadas*. Nº19. Setembro/Dezembro 1996. Nº20. Janeiro/Março 1997. Nº21. Abril/Julho.
- BLOON, D. ; BLENDER, A. 1993. "Labor and the emerging world economy". *National Bureau of Economic Research*. Massachusetts. Cambridge. Nº 4266.
- BRONSTEIN, A .S. 1989. "La Evolución de las relaciones de trabajo en el Uruguay". *Revista Internacional del Trabajo*. V.108. Nº1.

- CALDAS, N. P. 1995. Os Caminhos da Lembrança: um olhar restropectivo sobre a Memória da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Resumo da Tese de Professor Titular da UERJ. *Revista Enfermagem - UERJ*. Rio de Janeiro. V. 3. Nº 2. Outubro.
- CAMPBELL, D. 1994. "Inversión extranjera, inmovilidad de la fuerza de trabajo y calidad de los empleos". *Revista Internacional del Trabajo*. V. 113. Nº 2.
- CAMPOS, F. ; BRITO, P. ; RÍGOLE, F. 1995. "O Campo dos Recursos Humanos para a Saúde no Mercosul". IN: *Recursos Humanos em Saúde no Mercosul*. OPS. Rio de Janeiro. Fiocruz.
- CARLEIAL, L. M. F. 1987. "Integração Internacional e (I)mobilidade de Força de Trabalho". IN: *Integração Região e Regionalismo*. Org. Lavinias, L. ; Carleial, I.M.F. ; Nabuco, M.R. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil.
- CASTRO, M. G. 1994. "Latinos nos Estados Unidos:Unindo Américas, fazendo a América de lá ou perdendo a nossa América?". IN: *Integração Região e Regionalismo*. Org. Lavinias, L.; Carleial, L. M. F.; Nabuco, M. R. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil.
- CHACON, V. 1996. *O Mercosul - A Integração Econômica da América Latina*. São Paulo. Scipione.
- CHOMPRÉ, R. R. LANGE, I. MONTERROSSA, E. 1991. *Enfermería del Siglo XXI en América Latina*. Fundacion W. K. Kellog. Tecnicolor Ltda.
- CLEMENTE, V. 1994. "Situación de Enfermería en el Uruguay". Conferencia en la XVI Jornadas Nacionales del Colegio de Enfermeras Del Uruguay y 1º Encuentro Regional Enfermería-Mercosul. Montevideú. 13 y 14 de Octubre. (mimeo).
- COFEN. 1990. *Documentos Básicos do Cofen*. Rio de Janeiro. Cofen. V.11.
- COFEN. 1992. Registro e Cadastro. *População de Profissionais de Enfermagem Cadastrados até 31/12/92*. Rio de Janeiro.

- COFEN. 1994. Registro e Cadastro. *População de Profissionais de Enfermagem Cadastrados até 31/12/94*. Rio de Janeiro.
- COLEGIO DE ENFERMERAS DEL URUGUAY. 1992. *Estatuto del Colegio de Enfermeras del Uruguay*. CEDU. Montevidéo.
- COLEGIO DE ENFERMERAS DEL URUGUAY. 1995. Proyecto de Ley Nacional de Enfermería. Montevidéo. (mimeo).
- COMISSÃO MERCADO COMUM. 1995. "Protocolo de Integración Educativa sobre Reconocimiento de Títulos Universitarios para la Procsecucion de Estudios de Post-Grado en las Universidades de los Paises del Mercosur". Montevidéo. (mimeo).
- COMISSÃO MERCADO COMUM. 1996. "Protocolo de Integração Educacional, Revalidação de Diplomas, Certificados, Títulos e de Reconhecimento de Estudos de Nível Médio Técnico". Brasília. (mimeo).
- COMISSÃO PARLAMENTAR CONJUNTA. 1996. *Informativo Mercosul*. Brasília. Ano 1. Nº1. Junho/Julho.
- COMISSÃO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO MERCOSUL. 1994. "Relatório da 3ra. Reunião da Comissão Regional do Mercosul". Montevidéo. Outubro. (mimeo).
- COMISSÃO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO MERCOSUL. 1996. "Projeto de Uruguai". Documento Nº6. (mimeo).
- CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TÉCNOLÓGICO, 1980. Área Saúde. Sub-Área Enfermagem. Avaliação e Perspectivas. Brasília (mimeo).
- CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS. 1973. *Codigo para Enfermeras*. México.
- DELUIZ, N. 1995. *Formação do Trabalhador: produtividade e cidadania*. Rio de Janeiro.

Shape.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. 1994. Ministério da Saúde. *Portaria N°1.030 de 31 de maio de 1994*. Sexta-feira, 3 de junho.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. 1994. Ministério de Estado da Educação e Desporto. *Portaria N°1.721 de 15 de dezembro de 1994*. Sexta-feira, 16 de dezembro.

ENCICLOPÉDIA MIRADOR INTERNACIONAL. 1976. Migração- Histórico. São Paulo. *Encyclopaedia Britannica do Brasil* Publicações Ltda.

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA. 1993. *Estructura del Plan de Estudio*. Montevideú.

FALAK, M. 1996. "Mercado de Trabalho-Reforma Polêmica". *Mercosul Revista de Negócios*. Ano V. N°53. Novembro.

FIGUEIRAS, M. S. 1996. *Mercosul no Contexto Latino-Americano*. São Paulo. Atlas.

FIOCRUZ. 1984. Estudo sobre Recursos Humanos em Saúde - Organizações Gremiais, Corporativas e Sindicais de Profissionais de Saúde. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro. (mimeo).

FUENTES, M. R. 1997. "Setor Informal e Reestruturação Produtiva: Uma Alternativa de Emprego nos anos 90 ?". In: *Reestruturação Produtiva e Mercado de Trabalho*. Org. CARLEIAL, L.; VALLE, R. São Paulo. Hucitec-Abet.

GARCIA JÚNIOR. A.A. 1995. "Atritos Trabalhistas". *Mercosul Revista de Negócios*. Ano IV. N°33. Janeiro/fevereiro.

GARCIA JÚNIOR, A. A. 1997. "O Contrato de Trabalho". *Mercosul Revista de Negócios*. São Paulo. Ano VI. N°56. Março.

HERNANDEZ, N. ; MACHADO, R. C. 1996. "Considerações Gerais sobre o II Encontro de Enfermagem do Mercosul". (mimeo).

IANNI, O. 1995. *A Sociedade Global*. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira.

- IANNI, O. 1996. *A Era do Globalismo*. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira.
- IBGE. 1976-1985,1987,1992. *Pesquisa Assistência Médica Sanitária*. Rio de Janeiro. IBGE.
- IBGE. 1980. *Censo Demográfico do Brasil*. Rio de Janeiro. IBGE.
- IBGE. 1991. *Censo Demográfico do Brasil*. Rio de Janeiro. IBGE
- IBGE. 1997. *Contagem Populacional de 1996*. Rio de Janeiro. IBGE.
- INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERIA ; COLEGIO DE ENFERMERAS DEL
URUGUAY. 1995. *1º Censo Nacional de Enfermería Profesional. Noviembre-
Diciembre 1993*. Montevideu. Cedu.
- JORNAL DO BRASIL. 1988. Contrato Temporário. Seção Economia. 14 de janeiro.
- KATZ, J. M. ; LASPIUR, J. 1993. “Reflexiones comparativas sobre el Modelo de
organizacion y Comportamiento del Sector Salud en la Argentina, Chile y el
Paraguay”. *Cuaderno Técnico*. Washington. OPS. N°36.
- .KATZ, J. M. ; MIRANDA, E.M. 1994. “Mercados de Salud: morfologia, comportamiento
y regulación”. *Revista de la Cepal*. N°54. Diciembre.
- KREIN, J. D. 1997. “Reestruturação Produtiva e Sindicalismo”. In: *Reestruturação Produtiva
e Mercado de Trabalho*. Org. CARLEIAL, L. ; VALLE. R. São Paulo. Hucitec.
- KUNTZ, R. 1997. “Direitos, Mercado e Estado”. In: *Políticas de Emprego, Políticas de
População e Direitos Sociais*. Org. BOGUS, L. ; PAULINO, A. I. São Paulo. Educ.
- LACERDA, G. N. ; CACCIAMALI, M. C. 1994. “Processo de Ajustamento, Emprego,
Emprego Público e Diferenciação Regionais dos Mercados de Trabalho no Brasil nos
anos 80”. In: *Integração, Região e Regionalismo*. Org. LAVINAS, L. ; CARLEIAL,
L. M. ; NABUCO, M. R. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil.
- LAGOS, R. A. 1994. “Que se Entiende por Flexibilidad del Mercado de Trabajo?”. *Revista de
la Cepal*. N°54. Diciembre.

- LAZARTE, R. 1989. "Migrantes em busca de uma teoria". *Revista Brasileira de Estudos da População*. V. 6. Nº2. Julho/Dezembro.
- LEE, E.S. 1966. "A Theory of Migration". *Demography*. V. 2. Nº1. February.
- LEITE, D. 1994. "Universidade e Integração: A Centralidade do Conhecimento". In: *Universidade no Mercosul*. Org. Morosini, M. C. São Paulo. Cortez.
- LOPES, J. R. B. 1973. "Desenvolvimento e Migrações: Uma Abordagem Histórico-Estrutural". *Estudos CEBRAP*. Outubro/Novembro/Dezembro.
- LUCE, M. B. M. 1990. "A Educação na Integração Latino-Americana: alguns pontos para a reflexão". In: *Temas para a Integração Latino-Americana*. Coord. Seitenfus e Boni. Rio de Janeiro. Vozes.
- MACHADO, M. H. 1996. "As Profissões e o SUS - Arenas Conflitivas". *Divulgação Em Saúde Para Debate*. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Londrina. Nº14. Agosto.
- MAGNOLI, D. ; ARAÚJO, R. 1994. *Para Entender o Mercosul*. São Paulo. Moderna.
- MANFREDINI, M. SOUZA, A. 1986. "Educacion en Enfermeria en America Latina". *Educ. Médica y Salud*. V.20. Nº4.
- MAYER, K. 1975. "Intra-European Migration During The Past Twenty Years International". *Migration Review*. V. IX. Nº4.
- MEC. 1977-1992. *Estatísticas da Educação*. Brasília. MEC.
- MED. 1995. *Estatísticas da Educação*. Brasília. MEC.
- MEDEIROS, M.A. 1996. "O Mercosul e a União Européia: Uma Abordagem Comparada do Processo de Formação de Instituições". 1996. *Contexto Nacional*. Rio de Janeiro. V. 18. Nº1. Janeiro/Junho.
- MÉDICI, A C. 1987. "A Dinâmica Internacional do Financiamento das Políticas Sociais". *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. PEC/ENSP/FIOCRUZ. Outubro/Dezembro.

- MS. 1993. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. "Formação Superior em Saúde: tendências da graduação no período de 1985/1991". *Cadernos de Recursos humanos em Saúde*. Brasília. V.1. Nº2. Novembro.
- MSPyBS. 1975. *Primer Censo Nacional de Recursos Humanos para la Salud 1974*. Asunción. MSPyBS.
- MSPyBS. 1986. Resolución Nº17. *Reglamentación del Ejercicio de las Profesiones Técnicas y Auxiliares en Ciencias de la Salud*. Asunción. 31 de Enero.
- MSPyBS. 1986a. Resolución Nº 74. *Sistema de Registro de Profesionales en Ciencias de la Salud*. Asunción. 2 de Marzo.
- MSPyBS/OPS/OMS. 1986. *Censo Nacional de Recursos Humanos para la Salud 1985*. Asunción. OPS.
- MONTEIRO, R. 1997. "Questões antigas e perdidas no tempo". *Mercosul Revista de Negócios*. Ano VI. Nº57. Abril/Maio.
- MORISINI, M. C. 1994. "Universidade e Integração no Mercosul: condicionantes e desafios". In: *Universidade no Mercosul*. Org. Morosini, M. C. São Paulo. Cortez.
- MUÑOZ, S. E. ; MALVÁREZ, S. M. ; DAVINI, M. C. ; HEREDI, A. M. 1995. *Desarrollo de Enfermería en Argentina 1985-1995 - Análisis de Situación y líneas de Trabajo*. Buenos Aires. OPS/OMS.
- NASCIMENTO NETO, A. 1997. "O velho mundo no dilema da nova moeda". *Veja*. 25 de junho de 1997. Economia e Negócios.
- NOGUEIRA, R. P. 1987. "A Força de Trabalho em Saúde". *Textos de Apoio*. Planejamento I. *Recursos Humanos em Saúde*. Rio de Janeiro. PEC/ENSP/FIOCRUZ.
- NORTH, D.S. ; HOUSTOW, M. F. 1976. *The Characteristics and Role of Illegal Alien in the U.S. Labor Market: An Exploratory Study*. Washington D.C. Linton.

- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. 1981. *El Custo de la Seguridad Social*. Genebra.
- OPS, 1994. Las Condiciones de Salud de las Américas. *Publicación Científica*. N°549.
- OPS, 1995. *El Derecho a la Salud en las Americas-Estudio Constitucional Comparado*. Washington. OPS.
- OPS/ MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL DE LA NACIÓN/SECRETARIAS DE SALUD DE LAS PROVINCIAS. 1994. *Estudios de Actualización del Recurso Humano de Enfermería*. Buenos Aires. OPS.
- OPS/MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL DE LA NACIÓN. 1994. *Análisis de Situación y Planes de Desarrollo Provincial de Enfermería de las Provincias Argentinas 1989-1994*. Buenos Aires. OPS.
- OPS/OMS, 1973. "Recomendaciones y Metas del Plan Decenal de Salud para las Américas 1971-1980". *Educ. Med. y Salud*. Washington. V.7. N°3-4.
- PAPADEMETRIOU, D. B. 1990. "Contending Approaches to Reforming the U.S. Legal Immigration System". Trabalho apresentado na Conferência sobre "Migração, Etnicidade e a Cidade". Universidade de Nova York e Fundação Rockefeller. Agosto.
- PATARRA, N. L. 1996. "Migrações Internacionais: uma nova questão demográfica". *Revista Brasileira de Estudos da População*. V.13. N°1. Janeiro/Junho.
- PATARRA, N. 1997. "Políticas de População no Brasil pos Conferencia do Cairo a questão dos deslocamentos populacionais". In: *Políticas de Emprego, Políticas de População e Direitos Sociais*. Org. BOGUS, L. PAULINO, A. N. São Paulo Educ.
- PIORE, M. 1979. *Birds of Passage: migrant labor and industrial societies*. Cambridge University Press.

- PITAMIGLIO, C. 1995. *Regimen Legal de las Profesiones de Salud en Uruguay*. Capitulo III. Recursos humanos. Montevidéo. MSP.
- PIZARRO, J. M. 1993. "Migración intrarregional de mano de obra calificada". *Revista de la Cepal*. N°50. Agosto.
- PLAN TRIENAL PARA O SETOR EDUCACIÓN EN EL PROCESO DE INTEGRACIÓN DE MERCUSUR. 1992. Integración Latinoamericana. Argentina. INTAL - Instituto para a Integración Latinoamericana. Ano 17. N°180. julho.
- PORTES, A. 1977. "Los determinantes de la emigración profesional". *Revista Paraguaya de Sociologia*. Asunción. Ano 14. N°39/40.
- PORTES, A. ; BACH, R.L. 1978. "Dual Labor Markets and Immigration: A Test of Competing Theories of Income Inequality". *Ocasional Papers Series*. Durham. Duke University.
- PORTES, A. 1981. "Modess of Strutural Incorporation and Present Theories of Labor Migration". In: Kritz ; Keely ; Tomasi. *Global Trends in Migration: theory and research on international population movements*. Center for Migration Studies.
- PRAXEDES, W. ; PILETTI, N. 1997. *O Mercosul e a Sociedade Global*. São Paulo. Ática.
- PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. 1991. *Lei N°24.004*. 23 de Octubre. Buenos Aires.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD. 1992. *Desarrollo: Humano Informe 1992*. Santafé de Bocotá. Tercer Mundo.
- RAVEINSTEIN, E. G. 1989. "The Laws of Migration". *Journal of the Royal Statistical Society*. N°52. Junho.
- RENNER, C. H. ; PATARRA, N. L. 1991. "Migrações". In: *Dinâmica da População, Teoria, Métodos e Técnicas de Análise*. Org. Santos, J. L. F. ; LEVY, M. S. F. ; SZMRECSANYI, T. São Paulo. T. A. Queiroz.
- REPUBLICA DA ARGENTINA. 1992. *Censo Nacional de Poblacion y Viviendas de 1992*.

Buenos Aires.

REPUBLICA DEL PARAGUAY. 1936. *Decreto Ley N° 2001. Ley Orgánica de Salud Pública*. Asunción. 15 de Junio.

REPUBLICA DEL PARAGUAY. 1958. *Decreto N° 35.094. Requisitos para el Ejercicio de la Profesion de Enfermeria*. Asunción. 25 de Julio.

REPUBLICA DEL PARAGUAY. 1963. *Decreto N° 29.107. Autoriza al Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social a realizar gestiones y firmar convenio para incorporar a la Universidad Nacional de Asunción al Instituto de Enseñanza Dr. Andrés Barbero*. Asunción. 29 de Mayo.

REPUBLICA DEL PARAGUAY. 1980. *Código Sanitario Nacional*. Asunción.

REPUBLICA DEL PARAGUAY. 1992. *Constitución Nacional*. Asunción.

REPUBLICA DEL PARAGUAY. 1994. *Censo Nacional de Poblacion y Viviendas de 1992*. Secretaria Tecnica de Planificación. Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos. Asunción. Julio.

REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY. 1934. *Ley Organica N°9.202 de 12/01/34*. Montevidéo.

REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY. 1967. *Constituicion de la Republica Oriental del Uruguay*. Montevidéo. Fundación Cultura Universitaria. 1995.

REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY. 1990-1994. *Anuario Estaditico*. Montevidéo. Instituto Nacional de Estadistica.

REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY, 1995, *Constitucion Nacional*. Montevidéo, Fundación de Cultura Universitaria.

REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY. 1996. *Censo Nacional de Poblacion y Viviendas de 1996*. Montevidéo.

RIBAS, O. 1996. "Porta para o Pacífico". *Mercosul Revista de Negócios*. São Paulo. Ano V.

Nº50. Agosto.

RÍGOLE, F. 1991. Recursos Humanos en el Sector Salud del Uruguay. Montevideu (mimeo).

RÍGOLE, F. ; SUGO, M. ; SERRA, J. 1995. "Formação e Mercado de Trabalho de Algumas Categorias Profissionais de Saúde no Uruguai". IN: *Recursos Humanos para a Saúde no Mercosul*. OPS. Rio de Janeiro. Fiocruz.

RODRIGUES, M. C. P. 1996. "O Mercado de trabalho e a integração viável". In: *Mercosul : perspectivas da integração*. Org. BRANDÃO, A. S.; PEREIRA, L.V. Rio de Janeiro. FGV.

SAGASTI, F. R. ; ARÉVALO, G. 1994. "A América Latina na Nova Ordem Global Fracionada". In: *A Nova Ordem Mundial em Questão*. Rio de Janeiro. José Olímpio.

SALES, T. 1994. "O Brasil no Contexto das Recentes Migrações Internacionais". In: *Integração Região e Regionalismo*. Org. Lavinias, L. ; Carleial, L. M. F. ; Nabuco, M. R. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil.

SALES, T. 1994.A. "The Mobility of Labor and Capital". *Revista Brasileira de Estudos da População*. Resenha. V. II. Nº1. Janeiro/Junho.

SALES, T. 1996. " Migração de fronteira entre o Brasil e os países do Mercosul". *Revista Brasileira de Estudos de População*. V.13. Nº1. Janeiro/Junho.

SARAIVA, E. ; CORRÊA, V. L. A. 1993. "Os Sistemas de Educação Superior nos Países do Mercosul: Elementos Fundamentais e Bases para sua Integração". *Cadernos EBAP*. Rio de Janeiro. Nº66. agosto.

SASSEN, S. 1992. *The Mobility of Labor and Capital a Study in International Investment and Labor Flow*. Cambridge University Press.

- SCKELL, B. ; TALAVERA, L. 1993. *Las Condiciones de Salud del Paraguay*. Asunción. OP§.
- SIMONETTI, E. ; GRINBAUM, R. 1998. "Assombração Nacional- O aumento acelerado das demissões começa a provocar inquietação no Brasil". *Veja*. 11 de fevereiro.
- SINGER, P. I. 1973. *Economia Política de Urbanização*. São Paulo.
- SOARES, L. R. T. 1995. *Ajuste Neoliberal e Desajuste social na América Latina*. Tese de Doutorado. Instituto Estadual de Campinas. Junho.
- STUART, A. M. 1966. "O Mercosul dos Trabalhadores". *Mercosul Revista de Negócios*. São Paulo. Ano V. Nº53. Novembro.
- TAVARES, M. C. 1994. *Lições Contemporâneas de uma Economista Popular*. Rio de Janeiro.
- THORSTENSEN, V. ; NAKANO, Y. ; LIANA, C.F. ; SATO, C.S. 1994. *O Brasil frente a um Mundo Dividido em Blocos*. São Paulo. Nobel. Instituto de Política Econômica e Relações Internacionais.
- UNIVERSIDADE DE BUENOS AIRES. 1996. Estruturação Curricular do Curso de Enfermagem. Buenos Aires. (mimeo).
- UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. 1995. *Anais do Seminário Internacional O Papel da Universidade no Processo de Integração Latino-Americana-O Caso do Mercosul*. São Paulo. UEP.
- VEJA, 28 de setembro de 1994. "O Quintal do Vizinho dá Dinheiro". Seção Especial.
- VEJA, 4 de fevereiro de 1998. "O Balanço do Enxugamento" Radar.
- VENTURA, L.C. 1994. *O Empresário e o Mercosul: O Potencial dos Negócios e os Instrumentos de Gestão das Empresas*. São Paulo. Maltese.

- VERDERESE, O. 1980. "Análisis de la Enfermería en la América Latina". In *Antología de Experiencias en Servicio y Docencia en Enfermería en América Latina*. Washington. Publicación Científica N°393.
- VIANA, F. 1997. "Números Desconfortantes". *Mercosul Revista de Negócios*. São Paulo. Ano VI. N°57. Abril.
- VIEIRA, A. L. S. ; SILVA, M. T. N. 1994. "Pessoal de Enfermagem no Brasil e a Evolução da Formação do Enfermeiro". *Revista Enfermagem-UERJ*. Rio de Janeiro. V.2. N°1. Maio.
- VIEIRA, A. L. S. 1996. "O Enfermeiro e o Mercado de Trabalho em Serviços de Saúde no Brasil". Rio de Janeiro. (mimeo).
- VIEIRA, L. 1997. *Cidadania e Globalização*. Rio de Janeiro. Record.
- WAINERMAM, C. ; GELDSTEIN, R. 1990. *Condiciones de Vida y de Trabajo de las Enfermeras en Argentina*. Buenos Aires. Centro de Estudios de Población.

132