

Os Trabalhadores de Saúde nas Regiões de Fronteiras brasileiras

Eliane dos Santos de Oliveira¹

Maria Helena Machado²

Neuza Maria Nogueira Moysés³

¹ Nutricionista, mestre em saúde pública, pesquisadora colaboradora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ e da Estação de Trabalho da ENSP/FIOCRUZ da Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS. Consultora técnica do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde. oliveira@ensp.fiocruz.br

² Socióloga, doutora em sociologia, pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ, coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde e da Estação de Trabalho – ENSP/FIOCRUZ da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde da OPS/OMS/MS, diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. machado@ensp.fiocruz.br

³ Socióloga, mestre em educação, pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ, pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde e da Estação de Trabalho – ENSP/FIOCRUZ da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde da OPS/OMS/MS. moyses@ensp.fiocruz.br

RESUMO

Os dados contidos no presente artigo, são parte de um conjunto de informações de saúde nas fronteiras, produto de pesquisas da Estação de Trabalho da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca- FIOCRUZ que integra a Rede⁴ de Observatório de Recursos Humanos da Saúde. A diversidade de situações encontradas e explicitadas no decorrer das discussões do Grupo de Trabalho do MERCOSUL e historicamente vivenciadas pelos gestores e usuários dos serviços de saúde daquelas localidades nos impulsionou a elaborar um diagnóstico que contemplasse as especificidades dos municípios brasileiros e estados fronteiriços com a América do Sul.

As estimativas do Censo Demográfico foram às fontes estatísticas utilizadas para traçar o perfil demográfico e sócio econômico dos municípios brasileiros de fronteira e as informações sobre capacidade instalada (estabelecimentos, leitos e empregos) são oriundas da Pesquisa Assistência Médico Sanitária-AMS, ambas desenvolvidas pelo IBGE. Os dados dos Conselhos Federais e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde - CNES da Secretaria de Atenção Básica (SAS) do Ministério da Saúde do Brasil foram utilizados para caracterizar os profissionais de saúde inseridos no mercado de trabalho daqueles municípios.

O trabalho buscar construir uma caracterização socio-econômica, institucional da capacidade instalada e dos recursos humanos de saúde dos municípios fronteiriços brasileiros. Levou-se em consideração duas questões primordiais: a) que a migração transfronteiriça de recursos humanos qualificados pode significar uma perda social e econômica importante para os países de origem (independentemente do país de destino): b) que o livre trânsito dos profissionais de saúde constitui atualmente, um tema importante para reflexão e análise, o que vai implicar na prática, enfrentar questões como:

⁴ -A Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde - ObservaRH é a mais importante iniciativa desenvolvida pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) nas Américas. No Brasil, a Rede atua em parceria com diferentes instituições de gestão, ensino e pesquisa na área de saúde. É coordenada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde -SGTES do Ministério da Saúde em parceria com a OPAS. Atualmente a rede é composta por 21 Estações de Trabalho que estão interligadas e distribuídas em oito estados e no Distrito Federal. Ver mais detalhes: <http://www.observarh.org.br>

as políticas de migração; regulamentação e o controle profissional (intra e extra países).

As autores apontam outros fatores para a baixa integração como por exemplo: a) a pouca capacidade de articulação dos atores envolvidos com as políticas públicas na região; b) a complexidade da região particularmente as grandes distâncias geográficas; c) a densidade demográfica; d) a dificuldade de acesso; e) o isolamento; f) a diversidade populacional; g) as desigualdades sociais e a multiplicidade de conflitos de interesses dentre outros.

INTRODUÇÃO

É um estudo exploratório que abrange 11 unidades da Federação e os 588 municípios da Faixa de Fronteira. Utilizou-se a divisão regional criada pelo Grupo RETIS/UFRJ em estudo realizado para o Ministério da Integração Nacional. Nesta tipologia, a faixa de fronteira é dividida em três macro-segmentos: Arco Norte, Arco Central e Arco Sul, assim caracterizados:

1. Arco Norte: Abrange a faixa de fronteira de cinco estados: Amapá, Pará, Roraima, Amazonas e Acre, com 71 municípios. Representa em extensão (66,7%) da área fronteira e uma baixíssima densidade demográfica (1,2), ou seja, o principal problema do arco é a acessibilidade - o difícil acesso por meio terrestre. Apesar de fluxos migratórios procedentes de outras regiões do país, a Faixa de Fronteira Norte constitui um “arco indígena” (7,8%) tanto do ponto de vista do território (presença de grandes áreas de reserva) como da identidade territorial (importância étnica cultural indígena mesmo fora das áreas de reserva).

2. Arco Central: Constitui a faixa de fronteira de três estados: Rondônia, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, com 99 municípios. Representa 22,5% da extensão da região fronteira e uma densidade demográfica de (4,5). A unidade do Arco deriva do caráter de transição entre a Amazônia e o Centro-Sul do país e de sua posição central no subcontinente. Encontram-se neste arco as duas grandes bacias - Amazônica e a Bacia do Paraná.

3. Arco Sul: Compreende a Faixa de Fronteira de três estados: Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, correspondente à área mais meridional do país e inclui 418 municípios. Representa a menor extensão fronteira (10,8%) com uma densidade demográfica (25,7). Embora com importantes diferenciações intra-regionais, é o espaço com intensa influência do legado sócio-econômico e

cultural europeu ao longo da FF, e o mais afetado pela dinâmica transfronteiriça decorrente do projeto de integração econômica promovida pelo MERCOSUL.

A IMPORTÂNCIA DAS FRONTEIRAS

Recentemente, o espaço fronteiriço vem sofrendo transformações e já é considerado como importante instância de deliberação entre os países sul-americanos⁵. Fato que por si só já indica uma mudança de concepção, tendo em vista, que as fronteiras deixam de ser vistas apenas como áreas de segurança nacional e tornam-se uma questão estratégica em várias escalas de atuação do poder público e prestação de serviços para estados e cidades. A nova potencialidade da faixa de fronteira deve ser entendida como uma oportunidade para fortalecer a integração regional do MERCOSUL, isto poderá ser concretizado por meio da criação ou revitalização dos Comitês de Fronteira, que articulam cidades de ambos os lados. Nesse sentido, alguns acordos bilaterais já foram implementados, no entanto, tais iniciativas nem sempre provocaram efeitos satisfatórios nos espaços de interação física entre os países, ao contrário, dependendo das especificidades locais de cada área fronteiriça apresentaram efeitos negativos. (Costa, 2006)

A situação peculiar fronteiriça demanda tratamento específico de flexibilização de regras nacionais de modo a contemplar as excepcionalidades observadas na região. Conhecer as restrições e as definições legais e gerais da fronteira, além daquelas que definem o exercício profissional e educacional, é um ponto de partida necessário para a criação de um marco regulatório comum que enfatize os pontos de convergência dos sistemas de saúde e das ações que contemplem a harmonização curricular dos países envolvidos. A nova agenda⁶ de cooperação e o Desenvolvimento Fronteiriço entre o Brasil e

⁵ - Existem variações entre os países: a Colômbia, por exemplo, não contempla as normas vigentes no Uruguai e Argentina. Em alguns países andinos as regras são genéricas condensadas em Estatutos, ou seja, não constituem um documento de agenda de integração (MI, 2005).

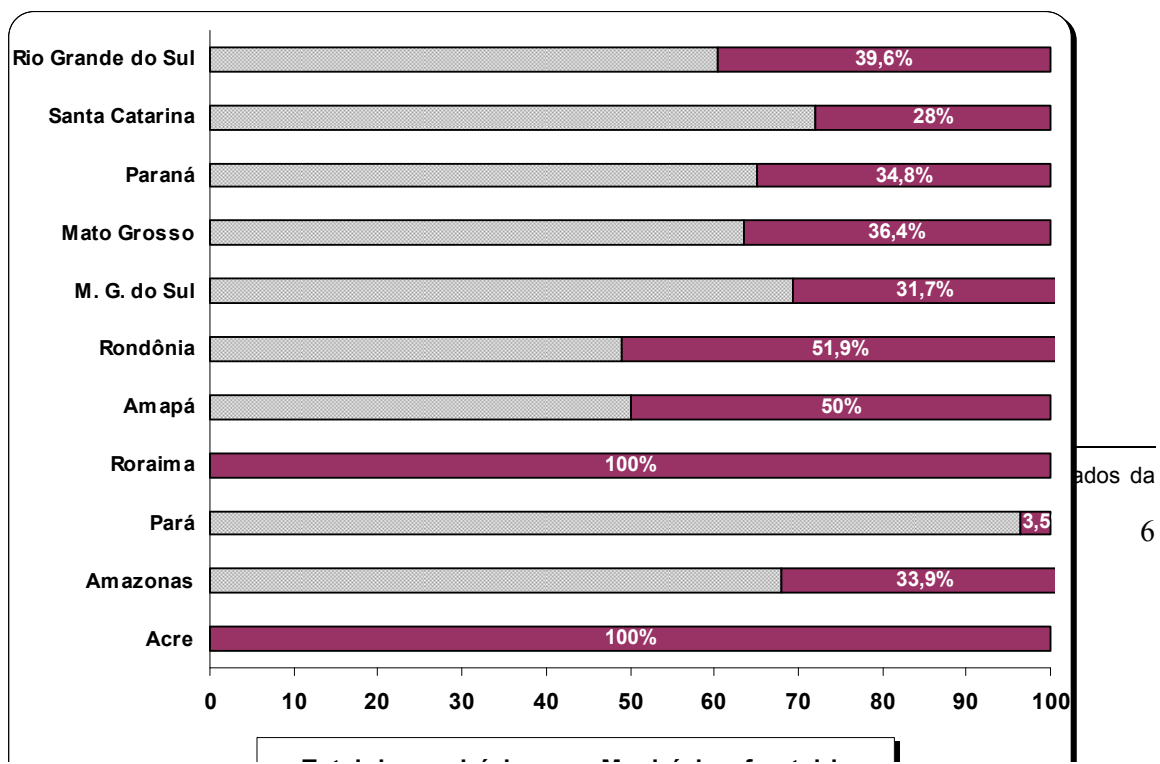
⁶ -Acordo firmado em agosto de 2002 entre o governo do Brasil e Uruguai para permissão de residência, para realizar estudos e trabalho a nacionais fronteiriços brasileiros e uruguaios, Entrou em vigor através do Decreto N° 5.105, somente em 14 de Junho de 2004. Também contempla igualmente, a prestação

o Uruguai, por ser pioneiro, é um bom exemplo que se transformou em paradigma e que pode ser adaptado e seguido para o MERCOSUL e demais países da América do Sul. Além de servir como referencial, reflete a posição do Governo brasileiro sobre o tema para promover a integração econômica e regulamentar os direitos da comunidade transfronteiriça, respeitando e reforçando a dimensão humana. (MI, 2005)

A FRONTEIRA BRASILEIRA

A faixa de fronteira representa 27% do território nacional - 2,357 milhões de quilômetros quadrados, abrange 11 estados da federação e 588 municípios situados total ou parcialmente nesta faixa, e tem uma população estimada em 10 milhões de habitantes, sendo que 67% se concentra no Sul. (IBGE, CD/2000).

Gráfico 1- Participação dos Municípios brasileiros na faixa de fronteira



Fonte: IBGE, Cadastro Nacional de Municípios, 2000

É importante destacar os conceitos de Fronteira, Faixa de Fronteira e Região Fronteiriça. Quando se diz *Fronteira* deve ser entendido como um espaço territorial, sociológico e econômico, de relação de interdependência, promovida e compartilhada por grupos populacionais que se estabelecem de um ou do outro lado do limite externo dos países e que passam a constituir um mesmo ambiente de interação no qual criam uma cultura própria de vida, às vezes diferente de cada uma de suas nações de origem. *A faixa de fronteira* inclui todos os municípios, províncias ou cidades que se encontram dentro do território compreendido entre a linha divisória internacional e a linha paralela orientada a uma distância que cada país define para o interior de seu território. Já a *região fronteiriça* se refere ao número de municípios, províncias ou cidades limítrofes entre dois ou mais países. (MI, 2005).

As cidades fronteiriças de algum modo integram-se de forma natural e criam uma espécie de terceiro espaço, no qual se gera uma nova sociedade, com valores e traços culturais, étnicos, linguagens peculiares e próprios dessa localidade, apresentando uma identidade diferente do restante do país. Observa-se também que existem fronteiras em que a condição de um lado é melhor que a do outro, devido, especialmente, ao fato de um país possuir melhores condições de acesso aos serviços, e nesse caso, a saúde é utilizada como um elo de ligação entre os dois lados, gerando nas fronteiras mais críticas um desenvolvimento mais equitativo para o bem estar e qualidade de vida da população (Peiter, 2007)

Alguns municípios que estão na Faixa de Fronteira, mas não na Linha, acabam convivendo com os problemas que afetam os localizados na linha propriamente dita de uma forma inusitada. Muitos dos quais desconhecem que possuem leis que os diferenciam do restante do país e que limitam seu escopo de ação e nem sempre são reconhecidos como fronteiriços pelas prefeituras locais. Dessa forma, a reivindicação dos gestores pela revisão e modificação da Lei 6.634/1979 que dispõe sobre a utilização da Fronteira, com a criação de faixas graduais de fronteira em que as disposições legais variem com o afastamento dos municípios da linha de fronteira, revendo privilégios e responsabilidades - é justa e necessária. Vários estudos demonstram que a área fronteiriça embora legítima não foi contemplada com políticas públicas sistemáticas que atendam às especificidades regionais e, nos últimos anos os municípios de fronteira ficaram “um tanto abandonados”. (Giovanella et al, 2007)

Em pesquisa realizada pela Confederação Nacional de Municípios em 2008, os gestores dos municípios fronteiriços relataram:

*“Há décadas, que requisitam tratamento diferenciado, a situação vivida pela população no tocante ao acesso e à qualidade dos serviços públicos disponíveis, ao longo da história é muito precária”.
(Confederação Nacional de Municípios, 2008)*

Sobre as dificuldades de comunicação com os principais centros decisórios, dizem:

“É de extrema importância frisar que o ideal é que os gestores municipais tenham participação ativa e que sejam consultados em todas as questões das quais fazem parte, pois são as municipalidades que mais sofrem os impactos dos problemas fronteiriços e são as mais cobradas pela população. Além disso, como entes federativos efetivamente mais próximos da fronteira, os gestores podem ter uma participação mais ativa na execução de políticas e programas referentes ao tema. É importante que se criem formas que permitam a

participação municipal, não somente nas decisões e no estabelecimento de políticas públicas, mas também na sua execução, garantindo assim maior peso político e real importância ao papel dos municípios nas decisões da República”. (Confederação Nacional de Municípios, 2008)

A Constituição Brasileira estabelece a Saúde como um direito de todos e dever do Estado, mas, na prática e a despeito dos grandes avanços no setor desde a implantação do SUS, a busca pela integralidade e humanização de atenção equânime ainda é uma meta a ser perseguida nas áreas fronteiriças do Brasil. A falta de recursos humanos especializados principalmente de médicos e enfermeiros, a insuficiência de equipamentos para realização de procedimentos de média e alta complexidade, e a distância entre os municípios e os centros de referência são as principais justificativas apresentadas. As mesmas carências têm sido observadas nos países fronteiriços com o Brasil, gerando uma movimentação das populações ali residentes em fluxos, ora num sentido ora em outro, na busca de melhor oferta de serviços de saúde. Esta mobilidade tem gerado grandes obstáculos para os gestores de saúde dos municípios brasileiros, bem como para as autoridades dos países vizinhos em função da população flutuante que utiliza o sistema e que, no caso brasileiro, não é contabilizada para os repasses financeiros do SUS. Há muito tempo procura-se resolver esses problemas sem suficiente êxito, principalmente em função de obstáculos jurídicos e operacionais.

Pode-se dizer que os obstáculos estruturais são os mais significativos para a baixa institucionalidade e a pouca correspondência entre as propostas de política regional e os mecanismos para operacionalizá-las, tendo em vista que a maioria dos gestores de municípios de pequeno porte apresenta dificuldades para cumprir o estabelecido pelas normas e legislação do SUS. Esses limites foram apontados como parte das insuficiências do processo de descentralização, já que deveriam prever uma tríade de autonomias relativas (política, financeira e administrativa) que não se encontram nos municípios de fronteira. (Oliveira, 2005)

O TRABALHO EM ZONAS DE FRONTEIRAS

Um dos fatores que apresenta efeitos intensos e desiguais nas comunidades em zona de fronteira é o trabalho. As oportunidades oferecidas pelo Estado mais desenvolvido, sobretudo para a realização de tarefas pesadas descartadas pelos profissionais qualificados desse mesmo estado, acarretam ao longo do tempo fluxo de trabalhadores do lado mais pobre para o lado mais rico do limite internacional. Esse fluxo pode ser constituído por trabalhadores diaristas ou sazonais, sem qualificação ou semiquualificados, formais ou informais, atraídos pelas oportunidades de trabalho e, principalmente, pelos possíveis pagamentos de assistência social. Se esse afluxo de trabalhadores reduz as pressões demográficas e o desemprego no Estado menos desenvolvido, pode também intensificar a exploração de trabalhadores ilegais na região de fronteira dos municípios mais desenvolvidos.

No caso do Brasil, não existe um marco regulatório único para tratar fluxos de trabalhadores transfronteira. Na verdade, o que se observa é uma política diferente para cada local geográfico que preserva os interesses brasileiros em relação ao país vizinho. Tal política se expressa preferencialmente por acordos bilaterais. Embora justificada pelas diferenças entre países, os efeitos dessa política são nocivos a administração regional da faixa e da zona de fronteira, tendendo a reforçar em vez de modificar visões preconcebidas e assimétricas hostis à integração subcontinental. Na fronteira entre o Rio Grande do Sul e o Uruguai, por exemplo, um acordo bilateral criou o Documento Especial de Fronteira, que regulariza e facilita as interações transfronteiriças através da expedição de permissão de trabalho e circulação para as cidades-gêmeas localizadas neste segmento fronteiriço. Outro aspecto preocupante é a morosidade em se implementar uma possível integração de formação de recursos humanos para a saúde, hoje não só brasileira, mas também dos países do MERCOSUL. Isso pode estar contribuindo para a grande informalidade existente dos postos de trabalho de baixa qualificação no lado brasileiro. (MI, 2005)

O desafio atual passa pela criação de mecanismos para a implementação de ações conjuntas que possam equacionar os problemas ligados ao processo regulatório do exercício profissional, principalmente nos municípios de fronteiras mais críticas, onde as desigualdades são mais latentes e onde a carência⁷ de pessoal é reconhecidamente um fator predisponente que impacta na saúde, as quais definem, em grande parte, o acesso da população aos serviços de saúde.

Considerando-se essas evidências, o governo Lula propôs mudanças em relação à fronteira - o desenvolvimento regional passa a ser priorizado como agenda estratégica de governo – com um olhar diferente para os municípios que possuem área localizada total ou parcialmente dentro da faixa de fronteira- foi lançada a Política Nacional de Desenvolvimento Regional e os diversos programas⁸ que disponibilizam recursos financeiros voltados para a integração da América do Sul.

O Plano Plurianual⁹ 2004-2007, por exemplo, trouxe novos condicionantes para reduzir as desigualdades regionais destacando-se as seguintes ações: a) Mudanças das condições técnico-tecnológicas (sistema global de telecomunicações) no campo da produção e troca de informações; b) Ajuste das políticas públicas estatais à “permeabilidade” das fronteiras; c) Integração da Faixa de Fronteira às outras regiões do país; d) Promoção da cidadania e do desenvolvimento regional; e) Implantação de programas de saúde que aumentem o acesso da população aos serviços de saúde - SUS; g) Mecanismos para aumentar a resolutividade dos serviços de saúde na busca da equidade, entre outras. (MI, 2005).

No bojo dessas iniciativas o Ministério da Saúde do Brasil retomou a

⁷ - Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde em junho de 2008, existiam 713 municípios que não tinham simultaneamente profissionais médicos, odontólogos e enfermeiros, mais da metade são municípios de pequeno porte, ou seja, possuem menos de 5000 habitantes. (MS/CNES, situação em junho de 2008)

⁸ . Existem 173 atividades em desenvolvimento pelos diversos ministérios para melhorar a condição social da população. Os projetos Ação Segurança Cidadã do Ministério da Justiça, Capacitação profissional do Ministério da Educação, são alguns exemplos.

⁹ - A estratégia de implementação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira- PDFFF proposta pelo Ministério do Interior do Governo Federal seguirá três linhas de ação: a) Desenvolvimento integrado das Cidades-gêmeas; b) Articulação das prioridades do PDFF com o desenvolvimento das mesorregiões prioritárias; c) Melhoria das condições econômicas , sociais, de saúde e de cidadania das sub-regiões que compõem da faixa de fronteira. Brasil. (Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Programas Regionais. Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira, 2005).

discussão de fronteiras e programou várias estratégias para aumentar a eficiência do Sistema Único de Saúde – SUS na região, com o objetivo principal de integrar as ações de infra-estrutura, finalmente promover a cidadania para as populações fronteiriças.

Na área de gestão do trabalho, para fazer frente ao quadro de precariedade¹⁰ das estruturas das secretarias de saúde e ausência de políticas de Recursos Humanos que atendam as diretrizes do SUS, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS - ProgeSUS, criado pela Portaria/GM-MS Nº. 2.261, de 22 de setembro de 2006, que objetiva desenvolver ações conjuntas para o fortalecimento e modernização das estruturas de Gestão do Trabalho no SUS. É um programa de cooperação técnica e financeira com Estados e Municípios, voltado para o fortalecimento e qualificação das estruturas de gestão do trabalho no SUS. A primeira etapa contempla 287 municípios. O programa tem três componentes: a) Estruturação da Gestão de Recursos Humanos; b) Capacitação de Recursos Humanos para a Gestão do Trabalho no SUS; c) Sistema Gerencial de Informações da Saúde.

O SIS-Fronteira¹¹ – instituído originalmente pela Portaria GM 1.120/05, o SIS está atualmente embasado pelas Portarias 1.188 e 1.189 (05/06/2006) que aprova novo Termo de adesão ao Sistema. Destaca-se como um relevante projeto voltado para a integração de ações e serviços de saúde na região fronteiriça do Brasil, além de ser uma importante estratégia para uma futura integração entre os países da América Latina.

Para melhorar a situação da saúde na Região Amazônica, está em execução o Plano de Saúde para a Amazônia Legal – PSAL, que tem como propósito desenvolver ações para fomentar o desenvolvimento dos serviços de saúde em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde, com

¹⁰ - Ver mais detalhes, In: Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Estruturação da Área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, Brasília: CONASS, 2004. 220 p. (CONASS Documenta: v.1)

¹¹ - É um projeto que visa melhorar a vigilância em saúde na região de fronteira e contribuir para a organização e fortalecimento dos sistemas locais de saúde. Foi previsto ser implementado em três fases: A primeira refere-se à realização de um diagnóstico da situação de saúde e da infra-estrutura disponível com apresentação de um plano operacional para a área. A segunda contempla a qualificação da gestão, serviços e ações e implementação da rede de saúde. A terceira fase é a de consolidação do que foi planejado (serviços e ações). Mais informações ver [site: www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

foco em suas realidades. O Observatório¹² da Saúde da Amazônia Legal – é uma estratégia relevante do PSAL- e representa um avanço na sistematização de informações georeferenciadas, provendo uma malha tecnológica de comunicação para os atores envolvidos na gestão regional. Destarte, auxiliará os governos a acompanhar o Programa de Descentralização da Saúde, no que tange à destinação e a aplicação dos recursos públicos na área da saúde de estados e municípios da Amazônia Legal. A implantação deste projeto envolveu universidades, centros de pesquisa, instituições do governo federal (SUDAM e o SIPAM) e representantes dos governos estaduais e municipais da Amazônia Legal na área de saúde.

Outra estratégia criada para desafogar o SUS nas fronteiras– foi o QualiSUS – que pretende desenvolver nas capitais brasileiras e regiões metropolitanas uma política de qualificação nos atendimentos nas Unidades de Urgência/Emergência; na atenção básica; no acesso à assistência ambulatorial e hospitalar de média complexidade e ainda implementar uma Política de Humanização da Atenção e da Gestão no SUS. O QualiSUS cria em cada hospital, um grupo de humanização no atendimento, reorganiza o funcionamento com a priorização de leitos para pacientes da emergência, institui a triagem classificatória de risco e capacita os profissionais de saúde envolvidos nos serviços locais (MS, 2004).

O Fórum¹³ Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde – também foi lançado como um espaço relevante de diálogo e cooperação entre gestores e trabalhadores da saúde para tratar das questões referentes ao exercício profissional nas fronteiras com o MERCOSUL. Entre as principais ações constituídas para esse fim, destacam-se a Matriz Mínima para Exercício Profissional; Ampliação do Quadro de Especialidades Médicas; Levantamento dos Códigos de Ética Profissionais; Acompanhamento da compatibilização de formação, a definição de profissões prioritárias(medicina, psicologia,

¹² - Constitui um dos mecanismos de Monitoramento e Avaliação do Plano de Qualificação da Atenção à Saúde da Amazônia Legal - SAÚDE AMAZÔNIA como parte do Plano da Amazônia Sustentável lançado pelo presidente Luís Inácio Lula da Silva em maio de 2003. Mais informações no site: www.saude.gov.br/amazonia

¹³ -Criado em 13 de abril de 2004 e institucionalizado pela Portaria nº 929/GM, publicada no DOU em 2 de maio de 2006. Mais informações: <http://www.mercosulsaude.org>

enfermagem, odontologia, fisioterapia, farmácia e nutrição); levantamento das normatizações regulatórias.

Foi criado o Sistema de Acreditação Regional de Cursos Universitários do Mercosul que além do Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai (membros do bloco), incluirá a Venezuela, Chile e Bolívia. O objetivo do sistema é estabelecer um padrão de qualidade para estreitar as relações entre os países. Entre as possibilidades estão programas de intercâmbio de alunos e professores, a dupla diplomação em universidades de dois países e a simplificação do processo de validação de diplomas estrangeiros. Está previsto para o primeiro semestre de 2009 a inscrição no sistema de cursos de medicina veterinária e enfermagem, em 2010, os de medicina e odontologia. O processo de adesão ao sistema é voluntário. (Portal Globo, 2008)

O Fórum MERCOSUL constitui uma instância colaboradora de atuação da Coordenação da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional nas reuniões ordinárias do SGT11- "Saúde" tem entre os seus principais objetivos: i) ajudar a construir uma posição comum no que diz respeito aos itens da pauta negociadora da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional; ii) apresentar proposições que auxiliem a formulação de políticas para a gestão do trabalho e da educação em saúde, que elevem a cobertura e a qualidade da atenção à saúde da população, prioritariamente nas regiões fronteiriças do MERCOSUL; e iii) elaborar propostas que auxiliem na definição e aplicação dos itens que compõem a agenda de trabalho do Fórum.

Para promover a desprecarização e reverter o quadro de ausência de direitos e benefícios trabalhistas que, na área da saúde, agrava e eleva o grau de desmotivação e a rotatividade dos trabalhadores nos serviços, o Ministério da Saúde adotou uma política de valorização do trabalhador, criando o Comitê Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS através da Portaria N.º 2.430, de 23 de dezembro de 2003. (MS, 2006)

Destaca-se, ainda no âmbito das ações implementadas pelo Ministério da Saúde a realização da 3ª Conferência¹⁴ de Gestão do Trabalho e da

¹⁴ - A Conferência foi realizada em Brasília no período de 27 a 30 de março de 2006, e obteve grande adesão dos Estados e municípios. Com o tema "Trabalhadores de Saúde e a Saúde de Todos os

Educação em Saúde- que reuniu cerca de 1.500 delegados gestores e trabalhadores de todas as regiões do país, uma iniciativa para discutir gestão do trabalho e da educação na saúde, participação do trabalhador, financiamento, controle social e práticas de trabalho.

Considerando que a saúde é um bem público e que cabe ao Estado dispor sobre a sua regulamentação, fiscalização e controle, no campo da regulação profissional, o Ministério da Saúde constituiu a Câmara de Regulação do Trabalho na Saúde (CRTS) por meio da Portaria 827/GM de 05/05/2004 - uma instância permanente de caráter consultivo e de natureza colegiada que dá ao poder público o papel de regulador do trabalho em saúde no país. (MS, 2006)

CONTEXTO E DESAFIOS NA CONFIGURAÇÃO DO MERCADO DE TRABALHO DE SAÚDE NAS FRONTEIRAS

Há algum tempo a questão de recursos humanos nas fronteiras é área prioritária na agenda do governo, entretanto, ainda não se tem obtido grandes avanços na provisão de profissionais de saúde naquelas regiões. Governos, gestores, entidades sindicais, universidades, instâncias colegiadas do SUS, enfim, todos concordam que o novo “mundo do trabalho” frente à globalização requer uma discussão profunda sobre a equidade nos processos que conformam o campo da gestão do trabalho, como: acesso aos serviços de saúde, proteção social, remuneração, ambiente, condições de trabalho, qualificação, participação política e acesso à tecnologia.

Os grandes desafios na área de educação e gestão do trabalho em saúde que se colocam pelos estudiosos¹⁵ e merecem ser destacados para as fronteiras são: a) crescimento do mercado informal com vários modelos de contratação comprometendo a fixação dos profissionais, principalmente médicos; b) desvalorização do trabalhador; c) precariedade das estruturas

Brasileiros: Práticas de Trabalho, de Gestão, de Formação e de Participação”, o encontro reuniu cerca de 1.500 delegados.

¹⁵ - Machado, Lia (2005); Giovanella et all (2007); Peiter (2007); Oliveira (2005).

gestoras dos municípios de fronteira; e) dificuldades no fluxo de informações, bases de dados não compartilhadas e baixa qualidade dos dados disponíveis, entre outros.

Convém destacar a *complexidade do trabalho* na saúde em áreas com uma diversidade de interações transfronteiriças¹⁶ tão singular. O forte movimento de migração (10,2% e 7,1%) nos Arcos Norte e Central respectivamente, tem contribuído para a intensa mobilidade de população dos países vizinhos em busca de atendimento no lado brasileiro, o que interfere na qualidade (registros de casos, acompanhamento, dimensionamento de serviços e planejamento das ações), e a sustentabilidade do sistema, tendo em vista que este fluxo não está contabilizado no cálculo dos recursos do SUS, o que ocasiona conflitos no âmbito dos serviços e demandas dos municípios por mais recursos federais. (Oliveira, 2005).

A acessibilidade nos municípios da Faixa de Fronteira tem fortes elementos diferenciais, a densidade demográfica, por exemplo, varia de 1,2 (arco norte) a 25,7 (arco sul). As elevadas taxas de *crecimento populacional* e a *expressiva concentração de indígenas*, são outros fatores que por si só já demonstram que os municípios fronteiriços não podem ser tratados de forma igual. Temos que considerar o agravante que cerca de 41,6 % dos 588 municípios fronteiriços têm um quantitativo populacional abaixo de 10 mil habitantes e distantes das capitais. O isolamento juntamente com a escassez de recursos tecnológicos contribuem negativamente para o acesso aos serviços de saúde.

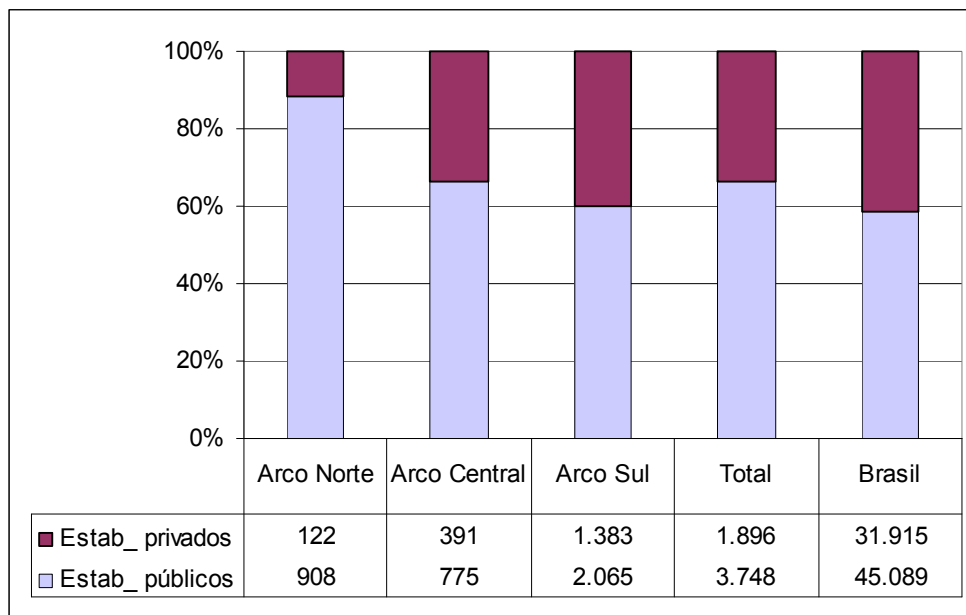
¹⁶ - Um contexto geográfico com grupos vulneráveis de diversas origens: garimpeiros, indígenas, madeireiros, assentados rurais, caminhoneiros e trabalhadores do sexo. Ainda, faz parte deste cenário os espaços críticos que circundam as fronteiras como: áreas indígenas, rota de tráfico, rotas comerciais, cidades gêmeas e áreas de transito intenso. (Machado, 2005)

Considerações sobre a Capacidade Instalada

Os municípios de fronteira tem 5.644 estabelecimentos de saúde (7,3%) do total do país (77.004). A maioria (66,5%) pertence ao setor público, parte na esfera federal, (375). As Unidades de Saúde ligadas as Forças Armadas e as Unidades de Saúde da Família tem uma importante contribuição no atendimento médico, odontológico e no transporte de pacientes e fortalecem a presença do poder federal naquelas localidades.

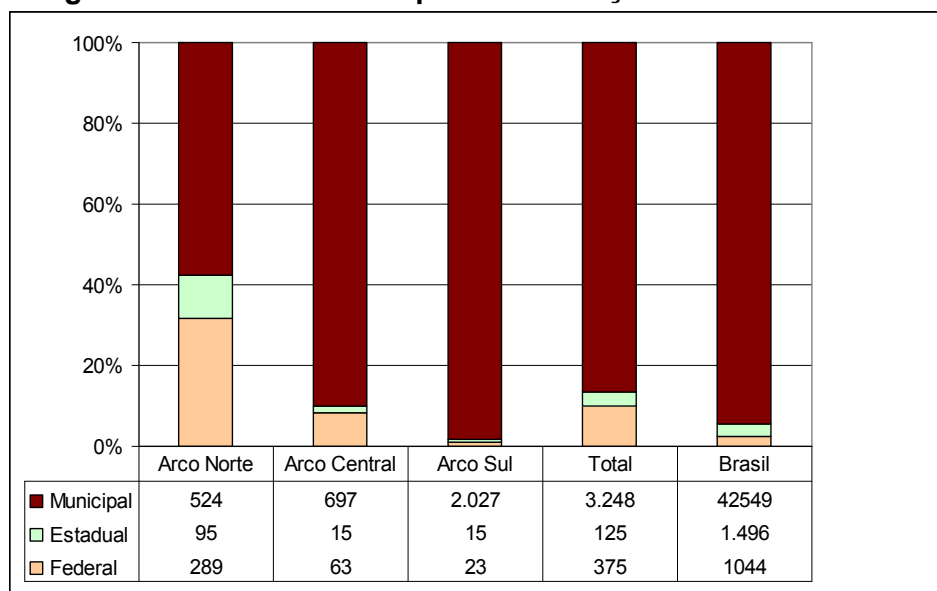
Outra característica importante é a presença significativa dos municípios como provedores da saúde em todos os arcos da fronteira e, concomitantemente a ausência do setor privado, principalmente no Arco Norte, onde a atuação de Organizações não governamentais -ONGS e entidades filantrópicas predominam na oferta de serviços de saúde principalmente nos municípios mais distantes das capitais e nas cidades ribeirinhas. (Gráficos 2 e 3)

Gráfico 2 - Estabelecimentos de saúde por entidade mantenedora segundo Arcos dos Municípios Fronteiriços da América do Sul



Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária,2005

Gráfico 3 - Estabelecimentos públicos de saúde por esfera administrativa segundo Arcos dos Municípios Fronteiriços da América do Sul



Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médica Sanitária, 2005

Os dados apresentados no Gráfico-4 demonstram que o atendimento nas fronteiras brasileiras é feito basicamente através da rede ambulatorial de saúde, existem apenas 10,6% (601) estabelecimentos com internação (hospitais), 91,5% (5043) são ambulatórios (clínicas, policlínicas, postos e centros de saúde). Os serviços de apoio de diagnose e terapia representam 19% (1.145 estabelecimentos) do segmento sem internação.

Gráfico 4—Estabelecimentos de saúde por tipo de atendimento segundo Arcos dos Municípios Fronteiriços da América do Sul

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médica Sanitária, 2005

Os municípios de fronteira possuem 31.317 mil leitos, a rede privada conveniada com o SUS predomina com mais de 70% deste total. A distribuição dos leitos pelos arcos é bem inequitativa. O volume de leitos do Arco Norte fica bem aquém dos demais arcos. Enquanto o Norte tem apenas 1,9 leitos por 1000 habitantes, o Arco Sul tem (3,4) quase o dobro a maior relação do país.

Quadro Resumo 2- Distribuição de Leitos

Capacidade instalada	Arco Norte	Arco Central	Arco Sul	Total
No. de leitos (v. abs)	3.446	6.332	21.539	31.317
Leitos por 1000 hab	1,9	2,7	3,4	3,0
Leitos privados	731	4.047	19.746	24.524
Leitos disponíveis SUS	2.965	4.834	16.099	23.898

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 2005

No entanto, como comentado anteriormente, a existência de serviços de saúde não gera necessariamente acesso, as dificuldades de locomoção e as baixas densidades demográficas dos municípios do arco norte, ainda constituem um desafio às políticas públicas para as fronteiras principalmente na oferta de leitos.

Os Empregos de Saúde nas Fronteiras

O mercado de trabalho nas fronteiras abrange 122.926 empregos - 4,8% dos cerca de 2,5 milhões dos empregos de saúde do Brasil . A maioria encontra-se no setor público (61,9%) e na esfera municipal. O setor privado representa 39,1% do mercado de trabalho com 46.835 empregos. Interessante constatar que os empregos privados estão inseridos em sua maioria em estabelecimentos sem fins lucrativos. O setor privado lucrativo encontra-se

basicamente no arco sul, que aparentemente possui o melhor poder de compra de serviços especializados. (Quadro resumo - 3)

Quadro Resumo 3 - Características da força de trabalho em saúde nos arcos dos Municípios Fronteiriços com a América do Sul

Empregos de saúde	Arco Norte	Arco Central	Arco Sul	Total
Total geral	21.954	26.522	74.450	122.926
Setor público	19.520	18.821	37.770	76.111
Federal	1.750	741	2.787	5.278
Estadual	7.945	3.874	1.099	12.918
Municipal	9.825	14.206	33.884	57.915
Setor privado	2.454	7.701	36.880	46.835
Priv.com fins lucrativos	1.207	4.810	16.425	22.442
Priv.sem fins lucrativos	1.247	2.891	20.255	24.393
Por tipo de atendimento				
Hospitalares	9.332	10.724	31.102	51.158
Ambulatoriais	12.622	15.798	43.348	71.768

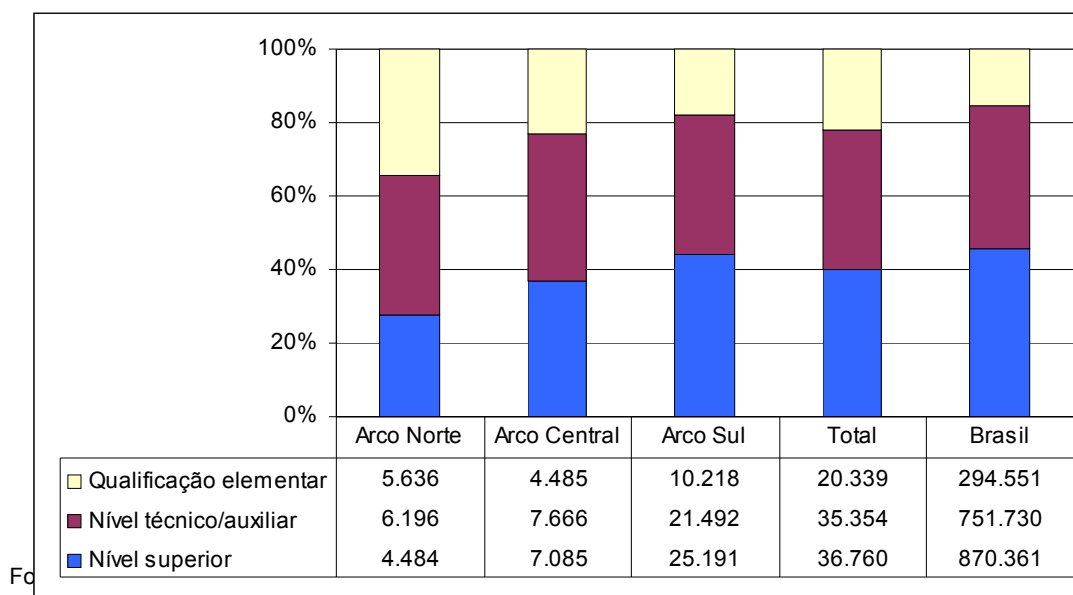
Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 2005

Os hospitais possuem 51.158 empregos, ou seja, (41,6%) e o setor ambulatorial 71.768 do total da força de trabalho dos municípios fronteiriços. Se compararmos com os dados da capacidade instalada apresentados anteriormente, verifica-se que cada hospital possui em média 85 empregos e cada unidade ambulatorial 14 empregos na região de fronteira.

O perfil da força de trabalho dos municípios de fronteira é bem diferente que as demais regiões do país. Enquanto a média nacional de empregos de nível superior representa 45% do total , nos municípios de fronteira é 39,8% que, somados aos de nível técnico e auxiliar (38,2%) eleva-se para 78% totalizando

72.114 empregos. Os empregos de nível elementar representam 22%. Os arcos Central e Sul acompanham esta distribuição, entretanto no Arco Norte, 34,5% do total de empregos são de qualificação elementar.

Gráfico 5—Empregos de Saúde por grupos de ocupação segundo Arcos dos Municípios Fronteiriços da América do Sul



A distribuição por categorias profissionais demonstra que os empregos médicos representam mais da metade da força de trabalho em saúde de nível superior (52,7%) 19.375; os enfermeiros (15,9%); os odontólogos (10,9%); e as oito categorias restantes que compõem a equipe somam apenas 22,8%. (Quadro resumo- 4)

Quadro Resumo 4- Empregos de nível superior segundo arcos dos Municípios Fronteiriços com a América do Sul

Empregos de nível superior	Arco Norte	Arco Central	Arco Sul	Total	(%)
Total	4.484	7.085	25.191	36.760	100,0
Médico	2.125	3.741	13.509	19.375	52,7
Enfermeiro	1.081	1.066	3.458	5.605	15,2

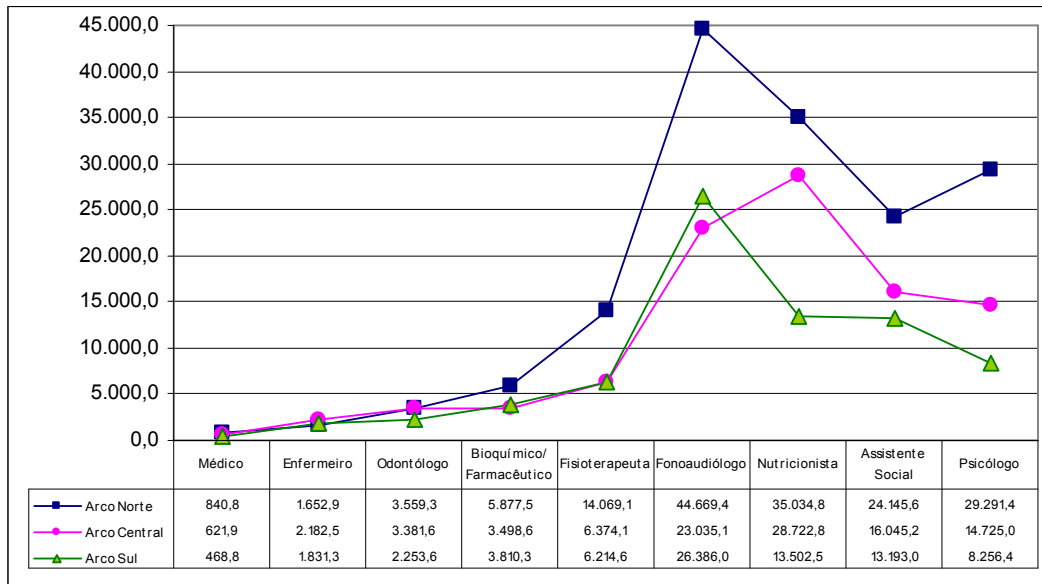
Odontólogo	502	688	2.810	4.000	10,9
Bioquímico/ Farmacêutico	304	665	1.662	2.631	7,2
Fisioterapeuta	127	365	1.019	1.511	4,1
Fonoaudiólogo	40	101	240	381	1,0
Nutricionista	51	81	469	601	1,6
Assistente Social	74	145	480	699	1,9
Psicólogo	61	158	767	986	2,7
Sanitarista	4	8	39	51	0,1
Outras categorias de nível superior	115	67	738	920	2,5

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 2005

A presença de médicos nos Arcos tem uma significativa variação: de 840,7 habitante/emprego médico no Norte; Arco Central (621,9) e o Arco Sul (468,8), demonstrando que a ausência de médicos no Brasil é um problema de concentração e não de escassez conforme confirmado em vários estudos (Gráfico-6). Vale destacar, ainda, que em alguns municípios da região não existem profissionais médicos e em vários estados, profissionais estrangeiros exercem a profissão, muitos sem respaldo legal. Segundo dados recentes do Conselho Federal de Medicina existiam em 2008 cerca de quatro mil estrangeiros nas fronteiras brasileiras atuando principalmente como médicos de família, clínicos gerais, pediatras e ginecologistas. (CFM, 2008)

Embora o Programa de Saúde da Família – PSF, implantado a partir de 1994, sob gestão municipal (na maioria dos casos) tenha absorvido um grande número de trabalhadores de várias categorias profissionais, com ênfase no médico, enfermeiro e odontólogo no nível superior de formação, Nogueira(2007), enfatiza as limitações para fixação do profissional médico no programa, em especial na região do arco norte entre outras justificativas evidencia a própria inadequação do sistema curricular dos cursos de medicina.

Gráfico 6 – Relação número de habitante por empregos segundo Arcos dos Municípios Fronteiriços da América do Sul



Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 2005

Os dados do Gráfico-6 demonstram que os empregos por categorias são bem diversificados nos municípios de fronteira. Mesmo para as profissões que fazem parte da equipe básica de saúde (médicos, enfermeiros e odontólogos) a relação habitante/emprego é relativamente alta. Eleva-se ainda mais para algumas categorias como: fonoaudiólogo (varia de 44.669 habitantes para cada posto de trabalho no arco norte a 23035 hab/emprego no arco central, seguem o mesmo perfil os empregos de nutricionistas, dos psicólogos e dos assistentes sociais. A situação mais precária é verificada no arco norte onde há uma carência significativa de quase todos os profissionais em relação ao número de habitantes.

Quadro Resumo 5- Empregos de nível técnico e auxiliar segundo arcos dos Municípios Fronteiriços com a América do Sul

Empregos	Arco	Arco	Arco	Total
----------	------	------	------	-------

	Norte	Central	Sul	
Aux. de enfermagem	3.368	3.740	10.362	17.470
Téc_ de enfermagem	1.175	1.770	6.425	9.370
Téc_ e aux_ de farmácia	142	198	687	1.027
Téc_ de laboratório	383	270	306	959
Téc_ em radiologia médica	108	240	713	1.061
Qualificação elementar				
Agente comunitário de saúde	3.764	2.845	7.887	14.496
Guarda de endemias	426	390	737	1.553
Parteira	54	33	69	156
Agente de saúde pública	291	557	275	1.123
Atendente de enfermagem	1.018	436	1.193	2.647
Outras categorias	1.103	1.672	3.056	5.831
Emp_ administrativos	5.638	6.713	20.527	32.878

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 2005

O Arco Norte tem a menor disponibilidade de capacidade instalada e de empregos em saúde. Com 17% da população da região fronteira, possui 21.954 empregos de saúde, ao contrário dos demais arcos a maioria de seus empregos são de nível técnico (38%) e qualificação elementar (34,5%). Nestas circunstâncias, os atendimentos de saúde, em grande parte dos municípios deste arco, são executados por agentes comunitários de saúde, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem que representam mais de 75% deste segmento. As consequências negativas desse processo se referem aos indicadores menos favoráveis de qualidade de vida, para estratos populacionais mais baixos, o que interfere na precária organização do sistema de saúde da região.

O Arco Central apresenta uma situação intermediária, constituindo-se em zona de transição entre os Arcos Norte e Sul, detém (22,3%) da população da região

fronteiriça. A força de trabalho é composta de 26.522 empregos, sendo 67% referentes a empregos de nível técnico e superior.

O Arco Sul tem a situação mais confortável para todos os parâmetros analisados com a maior população fronteiriça (60,7%), possui 74.450 empregos de saúde sendo que a maioria (72%) é de nível superior e técnico. Têm um perfil de força de trabalho em saúde e de capacidade instalada similar às apresentadas a nível nacional. A relação empregos de saúde por habitantes é a mais alta para todas as categorias profissionais refletindo seu maior potencial econômico para absorver mão de obra mais diversificada e especializada.

Algumas considerações

O fortalecimento da integração fronteiriça constitui uma relevante prioridade do governo federal para os próximos anos, entretanto, sua consecução depende diretamente da participação ativa dos governos estaduais e municipais. Pode-se dizer que uma das formas mais adequadas de lidar com a complexidade das questões fronteiriças, tanto em aspectos mais problemáticos (sanitários e ambientais, questões migratórias, exercício profissional) como em seu potencial transfronteira, somente será concretizado por meio de novo pacto intergovernamental em torno da integração fronteiriça (CNM, 2008). Há necessidade de envolver tanto os atores nacionais dos países membros, como as cidades, municípios, províncias e estados de fronteira com objetivo de alcançar a integralidade. O desafio para os gestores continua sendo às dificuldades macroeconômicas, sociais e políticas que afetam negativamente as estratégias e iniciativas, para abrandar a migração ou minimizar os efeitos negativos desse processo nas fronteiras.

A migração dos trabalhadores de saúde despertou, recentemente, a atenção das autoridades nacionais e internacionais. Algumas reuniões e consultas destinadas a resolver o problema dos recursos humanos na saúde e, em especial, a questão da emigração dos profissionais de saúde, deram

origem a várias declarações e ações¹⁷. Uma das mais importantes oportunidades criada para a sensibilização política e empenho coletivo dos Estados Membros na elaboração de planos de ação nacionais com o intuito de enfrentar a crise de recursos humanos na saúde, foi à edição do “Plano Regional de Recursos Humanos de Saúde 2007-2015” pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). As metas foram estabelecidas a partir dos cinco desafios críticos que subsidiaram a plataforma da “Chamada à Ação para uma Década de Recursos Humanos para a Saúde”, realizada durante a “Sétima Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos para a Saúde”, em Toronto, Canadá, em outubro de 2005.

Os objetivos traçados pelo plano foram divididos em cinco desafios, a saber:

- 1) Englobar políticas de longo prazo para todos os países da região, visando deixar a força de trabalho apta a lidar com eventuais mudanças nos sistemas de saúde: aumentar a taxa de densidade de recursos humanos para 25 por dez mil habitantes, nível estabelecido como desejável pelo Relatório de Saúde no Mundo de 2006; garantir que 40% dos médicos atuem na área de atenção básica à saúde; atingir o equilíbrio entre o número de enfermeiras e médicos qualificados; desenvolver equipes de atendimento básico à saúde, com ampla gama de competências, inclusive com trabalhadores comunitários de saúde; e estabelecer uma direção estratégica de recursos humanos para a saúde que desenvolva políticas de recursos humanos e negocie com outros níveis de governo.
- 2) “Colocar as pessoas certas nos lugares adequados”, levando-se em consideração as necessidades específicas das regiões: reduzir pela metade a proporção do número de trabalhadores nas áreas rural e urbana, já que hoje é oito vezes maior nas cidades; aprimorar as habilidades e competências dos enfermeiros, auxiliares de enfermagem e outros técnicos de saúde, para atender às complexidades das funções; comprovar que esses trabalhadores têm experiência intercultural e de

¹⁷ - Um dos resultados foi a adoção pela Assembléia Mundial da Saúde, da Resolução WHA57.19 em maio de 2004, que trata da “Migração Internacional do Pessoal de Saúde: um desafio aos sistemas de saúde nos países em desenvolvimento”.

saúde pública; e aumentar para 30% a quantidade de profissionais recrutados em suas próprias comunidades.

3) Estar relacionado com o problema da migração e dos deslocamentos dos profissionais de saúde: todos os países deverão adotar o Código Internacional da OMS sobre 'Migração de Profissionais de Saúde'; os países receptores produzirão os recursos humanos para atender às suas próprias necessidades; e as sub-regiões estabelecerão acordos para o reconhecimento de profissionais treinados no exterior.

4) Promover ambientes de trabalho mais saudáveis, como reduzir pela metade a proporção de condições de emprego precárias e em 30% as falhas por acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, aumentar para 60% os serviços de saúde e gerentes de programas que atendem a requisitos de competência em saúde pública e gestão, e estabelecer mecanismos e leis para prevenir e resolver conflitos de trabalho.

5) Aprimorar a cooperação entre instituições de treinamento (universidades e escolas) e de serviços de saúde, de forma que a educação profissional em saúde obedeça a um modelo universal e equitativo de qualidade: 80% das escolas de ciências clínicas da saúde deverão reorganizar suas atividades conforme o atendimento básico de saúde e às necessidades das comunidades, e adotar programas específicos para treinar estudantes de populações carentes, enfatizando, quando apropriado, as comunidades indígenas; as desistências nas escolas de Enfermagem e de Medicina não poderão exceder 20%; e todas as escolas deverão ser certificadas por órgãos reconhecidos.

No Brasil, conforme destacado anteriormente, existem políticas públicas importantes no campo de gestão do trabalho e da educação focadas nos desafios críticos, inclusive em cooperação internacional com outros países com vistas a contribuir para o processo de integração latino-americana.

Se considerar a relação sugerida pela OMS de 25 profissionais de saúde para cada 10.000 habitantes, verifica-se que a Região de Fronteira está dentro dos parâmetros. A precariedade do atendimento e do acesso aos serviços de

saúde nas Fronteiras, é um problema maior que a disponibilidade de Recursos Humanos. A concentração nos grandes centros e nas capitais, a fixação de profissionais e a falta de médicos especialistas estão a desafiar a busca por estratégias impactantes que enfrentem e reduzam os efeitos negativos sobre os sistemas locais de saúde nas localidades de fronteiras.

Tabela 2- Profissionais de saúde por categorias segundo Arcos dos Municípios Fronteiriços da América do Sul (v.abs.)

Categorias profissionais selecionadas	Arco Norte	Arco Central	Arco Sul	Total
Médicos	1.461	4.723	20.240	26.424
Enfermeiros	755	1.171	4.416	6.342
Técnicos de Enfermagem	446	665	2.608	3.719
Auxiliares de Enfermagem	1.770	4.402	12.330	18.502
Atendente de enfermagem	608	455	519	1.582
Parteiras	37	1	2	40
Total	5.077	11.417	40.115	56.609
População (hab)	1.786.774	2.326.547	6.332.651	10.445.972
25 por 10.000 hab.	28,4	49,1	63,3	54,2

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, CNES (situação em dez/2005)

Considerando-se a importância da área para o desenvolvimento regional, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – MS, através do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde priorizou em suas ações linhas estratégicas para as fronteiras brasileiras. A saber:

- ✓ Constituir políticas de gestão, regulamentação e regulação do trabalho em saúde na região;
- ✓ Criar políticas de incentivos para recrutar e fixar profissionais em áreas de fronteira;
- ✓ Implementar políticas de interiorização dos profissionais;
- ✓ Estudar formas de gratificações para profissionais de áreas de difícil acesso, visando sua fixação.

- ✓ Incentivar políticas de legalização do trabalho nos municípios com oferta de linhas de financiamento, assim como para cobrir déficits de profissionais;
- ✓ Promover concursos públicos para atender o PSF determinando um período mínimo de permanência nos municípios, com treinamento introdutório com a atualização de conhecimento constante;
- ✓ Adotar programas que considerem as especificidades locais e diferenças populacionais adequadas à realidade da região e adaptadas as suas características culturais;
- ✓ Elaborar Política Nacional para Carreira-SUS, visando eliminar o trabalho precário, orientando os trabalhadores em estrutura de carreira, valorizando-os mediante oportunidades de desenvolvimento profissional;
- ✓ Vincular o trabalhador a localidade específica, permitindo a construção de uma carreira nacional de base local;
- ✓ Incentivar políticas de alocação de profissionais de saúde conforme as necessidades do sistema;

É evidente que uma serie de medidas, propostas e programas no âmbito do SUS estão em andamento e que há um processo de dialogo permanente entre as três esferas de governo, sendo adotada como pratica na tomada de decisão. Porem, quando nos deparamos com a dimensão geográfica da região de fronteira nacional e sua diversidade sob todos os aspectos, fica claro que muito há por fazer e consolidar. Aprender com experiências internacionais como a acumulada pela comunidade europeia em seu processo de unificação, respeitadas as especificidades locais pode ser uma contribuição importante.

Entender a dinâmica política dos processos também se constitui em tarefa estratégica para os gestores em diferentes níveis da gestão.

Referências

ASSUNÇÃO AA; BELISÁRIO, AS; CAMPOS, FE, D'ávila LS. Recursos Humanos e Trabalho em saúde: os desafios de uma agenda de pesquisa. Cad. Saúde Pública vol.23 suppl.2.Rio de Janeiro, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde /Secretaria Executiva. *QUALISUS: Política de Qualificação de Atenção à Saúde*. Brasília. Documento de trabalho. versão 15 de junho de 2004.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Programas Regionais. Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira/Ministério da Integração Nacional, Secretaria de Programas Regionais, Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira – Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Desprecarização do trabalho no SUS. Perguntas e respostas. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde . Fórum permanente MERCOSUL para o trabalho em saúde: Brasil / Ministério da Saúde, – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 34 p.: il. – (Série D. Reuniões e Conferências)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.430, de 23 de dezembro de 2003. Cria o Comitê Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 26 dez. 2003. Republicada em 12 abr. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Sistema Nacional de Auditoria. SUS atrai bolivianos e paraguaios. Disponível em <<http://www.sna.saude.gov.br>> Acesso em: 22 jun. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. DEGERTS. Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS-ProgeSUS, 2006 (mimeo)

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a instituição de plano de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. Relatório Final: A *visão dos municípios sobre a questão fronteiriça*. Disponível: <http://www.cnm.org.br> (Acesso em 21/10/2008)

COSTA, LAIS (Org.). Integração de fronteiras: possibilidades Brasil – Bolívia na saúde. Brasília: Ministério da Saúde; Ministério da Integração Nacional; Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 142 p.

GADELHA, CA; COSTA, L. A política nacional de integração e desenvolvimento das fronteiras: o Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira – PDF. Território sem limites: estudos sobre fronteiras / Tito Carlos Machado de Oliveira, organizador. Campo Grande, MS. Ed. UFMS, 2005 (p. 25-46).

GALLO E, COSTA L, MORAES, A. A integração dos sistemas de saúde que atende a população fronteiriça dos países do MERCOSUL – SIS-MERCOSUL. In: Gallo E, Costa L, organizadores. SIS-MERCOSUL: uma agenda para a integração. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde; 2004. p.43-53.

GIOVANELLA, L. ; GUIMARÃES, L ; LOBATO, L. V. C. ; NOGUEIRA, VM; DAMACENA, GN . Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ), v. 23, p. S251-S266, 2007.

RETIS. Grupo Retis de Pesquisa do Departamento de Geografia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. <http://www.igeo.ufrj.br/gruporetis>. Acesso em 14 de agosto de 2007.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Censo Demográfico (IBGE), 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo>>. Acesso: em 05 de out. 2007.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, (IBGE), CD-ROM. Rio de Janeiro, 2006.

MACHADO, L.O. Estado, territorialidade, redes. Cidades-gêmeas na

zona de fronteira sul-americana. In: SILVEIRA, M.L. (org.). Continente em chamas. Globalização e território na América Latina, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. p. 243-284.

NOGUEIRA, R.P. Composição Público versus Privado, gestão de unidades e recursos humanos no SUS.Observatório de Recursos Humanos em Saúde(NESP/CEAM/UnB),Brasília,2007.Disponível:<http://www.observarh.org.br/nesp>. (Acesso em 22/01/2009)

OLIVEIRA, PTR. O Sistema Único de Saúde, Descentralização e Desigualdade Regional: Um enfoque sobre a Região da Amazônia Legal, ENSP, 2005. Tese de Doutorado apresentado a ENSP/FIOCRUZ para obtenção do título de doutor em Saúde Pública.

OPAS/OMS. Metas Regionais de Recursos Humanos para a Saúde:2007-2015, 27ª. Conferencia Sanitária Pan-Americana, 59ª.Sessão do Comitê Regional, OPAS, outubro de 2007.

PEITER, P.C. Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ), v. 23, p. 237-250, 2007.

PORTAL DE NOTÍCIAS DA GLOBO. Cursos superiores poderão ganhar selo de qualidade do Mercosul.Rio de Janeiro,22/08/2008. Disponível: <http://g1.globo.com/Noticias/Vestibular>.(Acesso em 22/08/2008)