

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde

# Fórum **MERCOSUL** para o Trabalho em Saúde



**Série D. Reuniões e Conferências**

BRASÍLIA - DF  
2010

© 2007 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

Série D. Reuniões e Conferências

Tiragem: 1.ª edição – 1.ª reimpressão – 2007 – 1.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, sala 751

CEP: 70058-900, Brasília – DF,

Tels: (61) 3315-2550 / 3315-3687

Fax: (61) 3315-2345

E-mail: [degerts@saude.gov.br](mailto:degerts@saude.gov.br)

*Elaboração:*

Maria Helena Machado

Aida El-Khoury de Paula

Maria Tereza Motta

Wilson Aguiar Filho

*Criação e editoração eletrônica:*

Dino Vinícius Ferreira de Araujo

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

---

## Ficha Catalográfica

---

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, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

32 p.: il. – (Série D. Reuniões e Conferências)

ISBN 85-334-1287-8

1. Pessoal de saúde. 2. Serviços de informação. 3. Mercosul. I. Título. II. Série.

NLMW21

---

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2007/0938

*Títulos para indexação:*

Em inglês: Mercosul Permanent Forum for Work on Health: Brazil

Em Espanhol: Foro Permanente Mercosur para el Trabajo em Salud: Brasil

# SUMÁRIO

Apresentação.....	5
Introdução.....	7
Estrutura Institucional do Mercosul .....	8
O Setor Saúde no Mercosul .....	11
• Sub Grupo de Trabalho No.11-Saúde.....	11
• A Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional.....	12
• Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde.....	13
• Matriz Mínima para o Exercício Profissional .....	13
Avanços e Desafios no Mercosul na área do trabalho .....	16
• Educação Superior .....	16
• Residência e Trabalho no Mercosul.....	20
• Trabalho e Exercício Profissional em Saúde .....	23
Caracterização dos Estados Partes do Mercosul .....	26
Referências Bibliográficas .....	31
Anexos.....	31



# APRESENTAÇÃO

O Brasil tem desenvolvido múltiplas iniciativas no sentido de fortalecer as ações na área da gestão do trabalho e educação na saúde – com foco no trabalho e no trabalhador. Mesmo que as situações sejam diferentes, o campo da gestão do trabalho e da educação em saúde apresenta, problemas de naturezas semelhantes entre os Estados – Partes integrantes do MERCOSUL. Essa gênese comum está relacionada principalmente com a deteriorização das condições de trabalho, precariedade dos vínculos, faltam sistemas de incentivos, falta de estratégias adequadas de educação permanente, desequilíbrios entre oferta e demanda de profissionais qualificados e os processos migratórios entre outros.

A especificidade do exercício profissional está estreitamente atrelada ao entendimento de que a saúde constitui um núcleo de proteção do Estado e o seu exercício está condicionado à formulação e implementação de políticas de recursos humanos consensuadas pelos Estados Partes.

A iniciativa de reeditar a referida publicação após três anos, parte do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde que tem a função de coordenar o Fórum Permanente do Trabalho no MERCOSUL, responsável pela discussão da gestão do trabalho e da educação no Brasil.

Espera-se que os dados disponíveis contribuam para o debate de políticas de saúde, fortalecendo o trabalho e os trabalhadores da saúde dos Estados -Partes e, para fomentar ações de integração no âmbito do Mercado Comum do Cone Sul ( MERCOSUL) e de outros países interessados.

Maria Helena Machado



# INTRODUÇÃO

O Mercado Comum do Sul – Mercosul – é um bloco econômico formado pela República Argentina, a República Federativa do Brasil, a República do Paraguai e a República Oriental do Uruguai, denominados “Estados Partes”<sup>1</sup>. A República de Bolívia, a República de Chile, a República de Colômbia, a República de Peru e a República de Equador são Estados Associados do Mercosul. Criado em 26 de março de 1991, por uma Carta Constitutiva - o Tratado de Assunção -, o Mercosul foi dotado de personalidade jurídica interna e internacional com a assinatura do Protocolo de Ouro Preto, em 1994.

O MERCOSUL está fundado na livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos, na reciprocidade de direitos e obrigações entre os Estados Partes, isso implica, entre outros fins:

- Ampliar as atuais dimensões de seus mercados nacionais, através da integração como condição fundamental para acelerar seus processos de desenvolvimento econômico com justiça social;
- Lograr uma adequada inserção internacional para seus países, tendo em conta a evolução dos acontecimentos internacionais, em especial a consolidação de grandes espaços econômicos.

O Mercosul se constituiu a partir de um amplo conjunto de acordos bilaterais e regionais, visando à integração econômica e a formação de um Mercado Comum com a livre circulação de bens, de capital e de conhecimento, assumindo neste processo uma dimensão de integração sócio-cultural, elegendo princípios e ações comuns que contemplem as diversidades e especificidades que distinguem estes países e dêem continuidade ao movimento de integração. Este movimento, ao qual se refere o Tratado de Montevideu (Montevideu, 12 de agosto de 1980), reafirma a renovação deste processo, o fortalecimento dos laços de amizade e solidariedade no

<sup>1</sup> Desde 4 de julho de 2006 tramita o Protocolo de Adesão da República Bolivariana da Venezuela ao Mercosul.

âmbito da América Latina, de forma a impulsionar o desenvolvimento e assegurar um melhor nível de vida para seus povos.

A estrutura institucional do MERCOSUL é composta por duas grandes subestruturas. A primeira é formada por órgãos deliberativos, dotados de poder decisório, a segunda subestrutura é dotada de órgãos consultivos e/ou administrativos, sem poder deliberativo, conforme descrição do quadro 1.

### Quadro 1- Estrutura Institucional do Mercosul

1. Conselho do Mercado Comum (CMC). É o órgão superior do Mercosul que conduz a política geral do processo de integração, através de tomada de Decisões para garantir a execução dos objetivos definidos pelo Tratado de Assunção e o estabelecimento progressivo de um mercado comum. Integram o CMC os chefes de Estado, os Ministros das Relações Exteriores e os Ministros da Economia, ou seus equivalentes, dos Estados Partes. A Presidência do Conselho do Mercado Comum é exercida por rotação dos Estados Partes, por ordem alfabética, pelo período de seis meses. Ao CMC estão subordinados:

2. Grupo Mercado Comum (GMC). É o órgão executor do Mercosul, sendo constituído por quatro membros titulares e quatro membros alternos dos Estados Partes, entre os quais devem estar obrigatoriamente representados o Ministério das Relações Exteriores, o Ministério da Economia ou equivalente e o Banco Central. O consenso com a presença de todos os Estados Partes é obrigatório para a adoção de Resoluções. Ao GMC estão subordinados:

- Comissão de Comércio do Mercosul (CCM). Órgão assessor do GMC, com a tarefa de velar pela aplicação dos instrumentos de política comercial acordados pelos Estados Partes. Reúne-se mensalmente e manifesta-se por Diretrizes, que devem ser obrigatoriamente acatadas pelos países integrantes do Pacto. À CCM estão subordinados os Comitês Técnicos: (CT-1) Tarifas, Nomenclatura e Classificação de Mercadorias; (CT-2) Assuntos Aduaneiros; (CT-3) Normas e Disciplinas Comerciais; (CT-4) Políticas Públicas que Distorcem a Competitividade; (CT-5) Defesa da Concorrência; (CDCS) Comitê de Defesa Comercial e Salvaguardas e (CT-7) Defesa do Consumidor;
- Secretaria Administrativa do Mercosul (SM). Órgão com sede em Montevéu, que presta apoio técnico e administrativo aos trabalhos do Mercosul e é responsável pela tradução e guarda de documentos oficiais do Bloco;
- Foro Consultivo Econômico e Social (FCES). Órgão de caráter consultivo, representante dos setores econômicos e sociais dos quatro Estados Partes;
- Foro Consultivo de Municípios e Estados (FCME). Órgão de caráter consultivo, representante dos governos "locais" dos Estados Partes, proporcionando que os mesmos passem a atuar com maior efetividade nas decisões do Bloco;
- Reuniões Especializadas. Autoridades de Aplicação em Matéria de Drogas (RED); Ciência e Tecnologia (RECYT); Comunicação Social (RECS); Cooperativas (REC); Infra-estrutura da integração (REII); Mulher (REM); Promoção Comercial (REPC) e Turismo (RET);
- Comitês. Automotivo (CAM); Cooperação Técnica (CCT); Diretores de Aduanas (CDA) e Sanidade Animal e Vegetal (CSAV);
- Reunião Técnica sobre Incorporação da Normativa Mercosul;
- Subgrupos de Trabalho. (SGT-1) Comunicações; (SGT-2) Aspectos Institucionais; (SGT-3) Regulamentos Técnicos e Avaliação da Conformidade; (SGT-4) Assuntos Financeiros; (SGT-5) Transportes; (SGT-6) Meio Ambiente; (SGT-7) Indústria; (SGT-8) Agricultura; (SGT-9) Energia e mineração; (SGT-10) Assuntos Trabalhistas, Emprego e Seguridade Social; (SGT-11) Saúde; (SGT-12) Investimentos; (SGT-13) Comércio



- Eletrônico e (SGT-14) Acompanhamento da Conjuntura Econômica e Comercial;
- Grupo de Serviços (GS);
- Grupos Ad-Hoc. Comércio de Cigarros; Compras Governamentais (GAHCG); Concessões (GAHCON); Integração Fronteiriça (GAHIF); Relacionamento Externo (GAHRE); Setor Açucareiro (GAHSA); Grupo de Alto Nível para o Aperfeiçoamento do Sistema de Solução de Controvérsias (GANPSSC) e Grupo para Examinar a Consistência e Dispersão da TEC (GANTEC); e Comissão Sócio-Laboral (CSLM).

## Órgãos Consultivos e/ou Administrativos

- Foro de Consulta e Concertação Política (FCCP). Órgão auxiliar do GMC, com o objetivo de ampliar e sistematizar a cooperação política entre os Estados Partes; e
- Reuniões de Ministros de todos os setores governamentais dos países membros ( Saúde, Economia e Banco Central, Indústria, Trabalho, Agricultura, Cultura, Educação, Justiça, Minas e Energia, Ministros e Autoridades de Desenvolvimento Social e Interior ficam ligados ao Conselho do Mercado Comum. No caso da Saúde, a Reunião de Ministros se reúne uma vez por Presidência ProTempore, e conta com uma Reunião Preparatória a ela, dos Coordenadores Nacionais dos Estados Partes (Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai e Venezuela) e dos Estados Associados (Bolívia e Chile).
- A Reunião de Ministros da Saúde (RMS) compreende a participação de 6 (seis) Ministros dos Estados Partes e dos Estados Associados que aprovam Políticas e Programas como: Políticas de Medicamentos no MERCOSUL e Plano de Trabalho; Vigilância e Controle de Enfermidades; Contas Nacionais de Saúde; Núcleo de Articulação I “Sistemas de Informação e Comunicação de Saúde”; Programa Regional da Luta para o Controle de Tabaco no MERCOSUL, Banco de Dados de Preços de Medicamentos; Comissão Intergovernamental de HIV/AIDS do Mercosul, Bolívia e Chile, Revisão do Código Sanitário Internacional e Outros.
- Parlamento do Mercosul. Órgão de representação do poder legislativo dos Estados Partes, foi criado legalmente em 9 de dezembro

de 2005. Localizado em Montevidéu (Uruguai), é integrado por 90 parlamentares, 18 de cada país. Em uma primeira etapa, seus membros foram escolhidos entre os integrantes dos parlamentos nacionais e a partir de 2010, os representantes serão eleitos por voto direto e simultâneo dos cidadãos, seguindo o critério de representatividade civil.

A constituição do Mercosul mescla três distintas situações de aproximação econômica entre os Estados Partes: 1) a construção de uma zona de livre comércio na região (eliminação de tarifas alfandegárias e não alfandegárias); 2) a sustentação de política externa unificada, com relação a outros países, estabelecendo uma Tarifa Externa Comum, o que caracteriza a União Aduaneira; e 3) a formação de um Mercado Comum, com a livre circulação dos bens, do capital, do trabalho e do conhecimento.

A livre circulação de bens, de capital e de serviços, preconizada pelo MERCOSUL, supõe a coordenação de um conjunto de políticas macroeconômicas e setoriais e outras que se acordem – para assegurar condições adequadas de concorrência entre os Estados Partes. A implementação dessas políticas, de cunho fundamentalmente econômico, impôs aos Estados Partes, de um lado, a incorporação de um conjunto de direitos fundamentais ligados, notadamente, ao trabalho, à saúde e à educação; e de outro lado, o compromisso de harmonizar as legislações dos países do bloco nestas áreas. É com a finalidade de assegurar esses direitos que Subgrupos de Trabalho foram criados, como o SGT 10 - Relações de Trabalho, Emprego e Seguridade Social, o SGT 11- Saúde e o Sistema Educativo do Mercosul-SEM<sup>2</sup>.

---

2 O Setor Educacional do Mercosul (SEM) foi criado pela Resolução 07/91, o Conselho do Mercado Comum respaludou a iniciativa e instituiu a Reunião de Ministros de Educação dos Países Membros do Mercosul como órgão responsável pela coordenação das políticas educacionais da região. A criação do SEM teve como ponto de partida o reconhecimento, pelos ministros de Educação dos Estados membros do bloco, “do papel estratégico desempenhado pela Educação no processo de integração, para atingir o desenvolvimento econômico, social, científico-tecnológico e cultural, da região”. Mais informações a respeito do SEM – sua história, estrutura organizacional, planos e ações estão disponíveis no site do Mercosul Educacional ([www.sic.inep.gov.br](http://www.sic.inep.gov.br)).

## O SETOR SAÚDE NO MERCOSUL

O SUBGRUPO DE TRABALHO No. 11 " SAÚDE" - SGT 11 "Saúde"- foi criado pela Resolução GMC nº 151/96, tendo como tarefa geral "harmonizar as legislações dos Estados Partes referentes aos bens, serviços, matérias-primas e produtos da área da saúde, os critérios para a vigilância epidemiológica e controle sanitário com a finalidade de promover e proteger a saúde e a vida das pessoas e eliminar os obstáculos ao comércio regional, contribuindo dessa maneira ao processo de integração".

O SGT nº 11 "Saúde" definiu, para todos os Estados Partes, uma pauta negociadora comum, aprovada pela Resolução GMC nº 21/01, que consta dos seguintes itens:

- compatibilizar os sistemas de controle sanitário dos Estados Partes, de forma a assegurar o reconhecimento mútuo no âmbito do Mercosul;
- definir o relacionamento do SGT nº11 "Saúde" com as demais instâncias do Mercosul, procurando a integração e a complementação das ações;
- propor procedimentos de organização, sistematização e difusão da informação referente à área da Saúde entre os Estados Partes;
- promover a integração de Sistemas Estruturais Nacionais referentes à melhoria da qualidade e da segurança dos produtos e serviços ofertados à população e, como consequência, com a diminuição dos riscos à saúde;
- propor respostas comuns no âmbito do Mercosul, ante os novos cenários que a região enfrenta na área da Saúde, com a finalidade de promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas.

Esses itens se constituem num eixo orientador para as Coordenações Nacionais, que, por meio de suas Comissões, Subcomissões e grupos " a d



hoc”, desenvolvem suas atividades pautando-se de acordo com as seguintes tarefas: a) organizar as atividades do Subgrupo de Trabalho, definindo prioridades e metodologias de trabalho; b) contemplar o desenvolvimento da pauta negociadora do SGT nº. 11 conforme as políticas e as diretrizes acordadas na reunião de Ministros da Saúde do Mercosul; c) acompanhar e avaliar os resultados das negociações nas diferentes áreas de trabalho; d) manter o relacionamento com os outros Subgrupos de Trabalho, os grupos “ad hoc”, o Comitê de Cooperação Técnica, as reuniões especializadas e os Comitês Técnicos; e) organizar um Sistema de Informação e Notificação; f) propor e executar Projetos de Cooperação Técnica Internacional em sua área de competência.

#### **Estrutura institucional do Subgrupo de Trabalho nº11 “Saúde” (Resolução GMC nº 11/2007)**

- Comissão de Produtos para a Saúde  
Área Farmacêutica  
Grupo Ad-hoc de Cosméticos  
Grupo Ad-hoc de Saneantes Domissanitários  
Grupo Ad-hoc de Sangue e hemoderivados  
Grupo Ad-hoc de Produtos médicos  
Grupo Ad-hoc de Psicotrópicos e Entorpecentes
- Comissão de Vigilância em Saúde  
Subcomissão de Controle Sanitário de Portos, Aeroportos, Terminais e Pontos de Fronteira
- Comissão de Serviços de Saúde  
Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional  
Subcomissão de Avaliação e Uso de Tecnologias em Serviços em Saúde

## **A Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional**

A Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional está diretamente vinculada às relações coletivas e individuais de trabalho, “do livre trânsito” de trabalhadores, da formação profissional, da compatibilização dos currículos de formação, do reconhecimento da habilitação profissional (títulos e diplomas), do registro profissional, da regulação do trabalho e dos pré-requisitos para o trabalho. Considerando-se às grandes mudanças que tem afetado o mundo do trabalho e o processo de integração regional, os aspectos socioeconômicos e culturais ligados ao exercício profissional constituem itens importantes na construção da agenda de trabalho da Subcomissão, que se baseia, fundamentalmente, numa pauta negociadora,

acordada nas Reuniões Ordinárias do SGT Nº 11 dos Estados Partes. O trabalho desenvolvido pela Subcomissão de Exercício é de responsabilidade institucional do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde-DEGERTS. Dentre os principais itens da agenda de trabalho, citamos: a) Formulação de políticas de gestão e educação na saúde; b) Padronização da legislação do exercício profissional; c) Compatibilização dos critérios de formação profissional; d) Implementação da Matriz Mínima com vistas ao registro profissional único para o exercício no Mercosul; e) Promoção de programas conjuntos de capacitação em serviço e fortalecimento das entidades de saúde formadoras de recursos humanos; f) Constituição de uma base comum de dados.

Com a intenção de respaldar as decisões da Coordenação da Subcomissão de Exercício Profissional, tais questões precisam ser debatidas e aprofundadas, para que se alcance a efetiva integração entre os países dos Estados Partes, o aperfeiçoamento e a capacitação dos recursos humanos no seu exercício profissional. Para colaborar com a atuação da Coordenação da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional nas reuniões ordinárias do SGT nº. 11 “Saúde”, foi criado, em 2004, o Fórum Permanente MERCOSUL para o Trabalho em Saúde.

## **Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde no Brasil**

Institucionalizado por meio da Portaria nº. 929/GM, de 2 de maio de 2006, o Fórum Permanente MERCOSUL para o Trabalho em Saúde é um espaço de diálogo e cooperação entre gestores e trabalhadores da saúde, sob responsabilidade institucional do da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/ Ministério da Saúde. Além de constituir-se numa instância colaboradora da atuação da Coordenação da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional nas reuniões ordinárias do SGT nº 11 “Saúde”, o Fórum visa:

- Construir uma posição comum do Brasil/Ministério da Saúde no que diz respeito aos itens da pauta negociadora da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional, consensada através dos debates das instâncias integrantes do Fórum;

- Apresentar proposições que auxiliem a formulação de políticas para a gestão do trabalho e da educação em saúde que levem a uma maior cobertura e qualidade da atenção à saúde da população, prioritariamente nas regiões fronteiriças do Mercosul;
- Elaborar propostas que auxiliem na definição e aplicação dos itens que compõem a agenda de trabalho.

Os trabalhos desenvolvidos pelo Fórum Permanente Mercosul contam o apoio de uma equipe de trabalho formada por: Coordenador Geral (Diretor do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde); Secretaria Executiva; Grupo de Relatoria; Grupo de Assessoria Técnica Permanente Especializada e três Grupos de Trabalho: GT – Formação Profissional; GT - Regulação do Trabalho; e GT - Organização Política do Setor Saúde. Cada Grupo de Trabalho é composto por representantes das entidades que compõem o Fórum, por um coordenador e um relator. A função dos coordenadores consiste em acompanhar, organizar e divulgar os documentos produzidos e auxiliar nas tramitações dos processos junto ao Ministério da Saúde. Os temas debatidos nas reuniões dos Grupos de Trabalho referem-se aos itens da pauta da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional, como também àqueles julgados importantes pelos grupos. As reuniões do Fórum são bimestrais e fixadas por sua Coordenação.

### Composição do Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde

- Ministério da Saúde:
  - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;
  - Secretaria de Atenção à Saúde;
  - Secretaria de Vigilância em Saúde;
  - Secretaria de Gestão Participativa;
  - Subgrupo de Trabalho nº 11 “Saúde”;
  - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
  - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ);

- Fundação Nacional de Saúde (FUNASA);
  
- Ministério da Educação;
- Ministério do Trabalho e Emprego;
- Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS);
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS);
- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS);
- Integrantes do Fórum Nacional dos Conselhos Federais da Área de Saúde (Conselhos Federais de Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutricionistas, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Técnicos de Radiologia);
- Entidades científicas de âmbito nacional das Profissões de Saúde;
- Entidades sindicais de base nacional que integram a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS;
- Entidades de estudantes de base nacional da área da saúde.

O Fórum Permanente Mercosul reúne trabalhadores e gestores, para debater conjuntamente as principais questões ligadas ao exercício profissional na área da saúde no âmbito do Mercosul, soma-se o mérito de tentar negociar consensos entre as partes envolvidas, permitindo avançar nas propostas para a Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional. Pretende-se também que este Fórum possa abranger, além dos quatro Estados Partes integrantes do Mercosul atualmente, os demais países do continente, propiciando, desta forma, a integração de toda a América Latina.

# AVANÇOS E DESAFIOS NO MERCOSUL:

## Desafios - Educação Superior

No setor educacional, acompanhando as negociações econômicas, desde 1991, os Ministros da Educação dos países acordaram a criação do Setor Educativo do Mercosul (SEM), em 13 de dezembro, como um espaço para o tratamento específico das questões educativas no processo de integração regional. Na Trajetória da SEM, são reconhecidas duas etapas: a primeira (1991-1995) é caracterizada pela construção de instrumentos operativos e a superação dos obstáculos referentes à mobilidade de alunos na região; a segunda (de 1995 até a atualidade) registra avanços do processo de implementação de políticas de impacto direto nas sociedades da região.

A realidade das universidades do Mercosul, as suas assimetrias e problemas têm sido identificados e discutidos por grupos de estudos específicos organizados nas universidades e em seminários internacionais. Os temas de discussão de tais grupos e seminários têm sido predominantemente a identificação das assimetrias dos sistemas educacionais dos quatro países (Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai), como também a discussão apontada do papel da universidade no processo de integração. Os impasses à harmonização dos sistemas educacionais se revelam de grande monta já que seus sistemas de ensino apresentam grandes diferenças que se estendem 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. Um dos grandes entraves à harmonização dos sistemas educacionais superiores dos países do Mercosul, são os diversos paradigmas de formação (predominantemente teórico e erudito no Brasil, humanístico no Uruguai e profissionalizante na Argentina e Paraguai), a diversidade interna entre os países, o sistema em relação à quantidade, a natureza institucional e a dependência administrativa. Algu



estudiosos apontam ainda o grande desenvolvimento da pós-graduação brasileira, a sua pequena existência nos demais países com conseqüente menor qualificação do corpo docente de ensino superior, e ainda, o acesso à graduação bastante diferenciado.

Percebe-se que a harmonização pretendida dos sistemas constitui uma tarefa árdua considerando as diferenças de natureza interna e entre os países, já que estaria em jogo uma harmonização de conteúdos curriculares nessas marcadas assimetrias como condição indispensável para a mobilidade discente. Entretanto, acordos mais simplistas tornam-se possíveis, com base em harmonização de cargas horárias nas diversas graduações e em diferentes áreas do conhecimento; aliados também a acordos, mas já, não tão simplistas, entre as organizações corporativas e de controle do exercício profissional das diferentes profissões existentes nos países.

Desta forma, tendo como nosso limite cronológico de análise do tema, dezembro de 2005, encontrava-se em encaminhamento nos Países- partes, um mecanismo experimental de Acreditação para as carreiras de graduação em Agronomia, Engenharia e Medicina em que algumas instituições de ensino dos países foram selecionadas com o objetivo de participarem da experiência para o fortalecimento e aprimoramento da formação acadêmica no Mercosul. Esta experiência tem como princípio o reconhecimento recíproco das graduações, diferentemente da União Européia que encaminhou o reconhecimento das graduações a partir da harmonização curricular. Para o reconhecimento recíproco das graduações no Mercosul (agronomia, medicina, e engenharia), têm-se trabalhado no sentido de estabelecer critérios e padrões de qualidade para estas formações através do trabalho de especialistas das três áreas, nos quatro países. Portanto, o encaminhamento seria o de revalidação automática dos cursos, mas, somente para aqueles das instituições com Certificado de Qualidade do Mercosul. Neste sentido, os Ministérios da Educação projetam todo este trabalho de Acreditação, para as diferentes áreas de formação graduada nos países, para posterior aprovação de um Acordo de Acreditação das Carreiras de Graduação.

Nesta condução, pode-se antever o grande e exaustivo trabalho a ser desenvolvido no Mercosul, para contemplar as diferentes áreas de conhecimento e as diversas carreiras em cada uma das áreas. A exemplo, na área da saúde, o Brasil reconhece quatorze profissões universitárias e tem

uma rede de ensino (em 2006), formada por 2.840 cursos de graduação.

Vale ainda destacar que em 2005, no Brasil, como nos outros países do Mercosul, que passaram a promulgar em seus congressos, o Acordo de Admissão de Títulos e Graus Universitários para o Exercício de Atividades Acadêmicas nos Estados Partes. Assim, no Brasil, o Decreto No.5.518 de 23 de agosto de 2005 define:

- A admissão unicamente para o exercício de atividades de docência e pesquisa nas instituições de ensino superior no Brasil, nas universidades e institutos superiores no Paraguai, nas instituições universitárias na Argentina e no Uruguai, os títulos de graduação e de pós-graduação reconhecidos e credenciados nos Estados Partes, segundo procedimentos e critérios a serem estabelecidos para a implementação desse Acordo;
- Para os fins previstos no presente Acordo, consideram-se títulos de graduação aqueles obtidos em cursos com duração mínima de quatro anos e duas mil e setecentas horas cursadas e títulos de pós-graduação tanto os cursos de especialização com carga horária presencial não inferior a trezentas e sessenta horas, quanto os graus acadêmicos de mestrado e doutorado;
- Os títulos de graduação e pós-graduação referidos no artigo anterior deverão estar devidamente validados pela legislação vigente nos Estados Partes;
- Os postulantes dos Estados Partes do Mercosul deverão submeter-se às mesmas exigências previstas para os nacionais do Estado Parte em que pretendem exercer atividades acadêmicas;
- A admissão somente conferirá direito ao exercício das atividades de docência e pesquisa nas instituições nele referidas, devendo o reconhecimento de títulos para qualquer outro efeito que não o ali estabelecido,
- reger-se pelas normas específicas dos Estados Partes;
- O interessado em solicitar a admissão deve apresentar toda a documentação que comprove as condições exigidas no Presente Acordo.
- Para identificar, no país que concede a admissão, a que título ou

grau corresponde à denominação que consta no diploma, poder-se-á requerer a apresentação de documentação complementar devidamente legalizada nos termos da regulamentação;

- Cada Estado-Parte se compromete a manter informados os demais sobre quais são as instituições com seus respectivos cursos reconhecidos e credenciados. O Sistema de Informação e Comunicação do Mercosul proporcionará informação sobre as agências credenciadoras dos Países, os critérios de avaliação e os cursos credenciados;
- Em caso de existência, entre os Estados-Partes, de acordos ou convênios bilaterais com disposições mais favoráveis sobre a matéria, estes poderão invocar a aplicação daqueles dispositivos que considerarem mais vantajosos;
- O presente Acordo, celebrado sob o marco do Tratado de Assunção,
- entrará em vigor, para os dois primeiros Estados que o ratifiquem 30 (trinta) dias após o depósito do segundo instrumento de ratificação.
- Para os demais signatários, aos trinta dias do depósito respectivo e na ordem em que forem depositadas as ratificações;
- O presente Acordo poderá ser revisto de comum acordo, por proposta de um dos Estados Partes;
- O Governo da República do Paraguai será o depositário do presente Acordo, bem como dos instrumentos de ratificação e enviará cópias devidamente autenticadas dos mesmos aos Governos dos demais Estados-Partes. Da mesma forma, notificará a estes a data de depósito dos instrumentos de ratificação e a entrada em vigor do presente Acordo.
- A reunião de Ministros de Educação emitirá recomendações gerais para a implementação deste Acordo.
- O presente Acordo substitui o Protocolo de Admissão de Títulos e Graus Universitários para o Exercício de Atividades Acadêmicas nos Estados-Partes do MERCOSUL, assinado em 11 de junho de

1997, em Assunção, e seu Anexo firmado em 15 de dezembro de 1997, em Montevidéu.

No que tange ao prosseguimento de estudos, ou seja, para a formação pós-graduada, apesar de encaminhamento da Decisão nº 08 de 1996 (Protocolo de Integração Educacional para Prosseguimento de Estudos de Pós-Graduação nas Universidades dos Estados-Partes do Mercosul), somente em 2005, que os países aprovaram em seus respectivos congressos nacionais, o reconhecimento, unicamente para a realização de estudos de pós-graduação acadêmica (somente mestrado e doutorado), dos títulos universitários expedidos pelas Instituições de Ensino Superior reconhecidas. O ingresso de alunos estrangeiros nos cursos de pós-graduação obedece aos mesmos processos seletivos aplicados pelas Instituições de Ensino Superior aos estudantes nacionais. Contudo, os títulos de mestrado e doutorado são reconhecidos unicamente para fins acadêmicos pelos organismos competentes de cada Estado-Parte. Assim, os certificados de graduações reconhecidos e a pós-graduação cursada, de per se, não habilitam o livre trânsito para o exercício profissional entre os países do Mercosul.

## **Avanços: Residência e Trabalho no Mercosul**

Um acordo que marcou o início de uma nova etapa na história da integração na América Latina foi sobre Residência para Nacionais dos Estados-Partes do Mercosul celebrado por ocasião da XXIII Reunião do Conselho do Mercado Comum realizado em 2002, e aprovado no Congresso do Brasil em 2004. O referido instrumento, negociado no âmbito da Reunião dos Ministros do Interior dos Estados Partes do MERCOSUL, Bolívia e Chile, estabelece regras comuns para facilitar a obtenção de residência legal no território dos Estados Partes. Segundo o artigo 4º do referido instrumento, os nacionais de uma das partes que desejarem se estabelecerem no território de outra parte poderão obter, junto às autoridades competentes do Estado Parte receptor, comprovação da nacionalidade e apresentação de certidão negativa de antecedentes judiciais, penais ou policiais no país de origem ou em que houver residido o postulante nos cinco anos anteriores ao pedido de residência.

A residência será concedida inicialmente por um período de dois anos, podendo ser transformada em permanente, a pedido do interessado, antes do final desse período. Para tanto, o postulante deverá comprovar, entre outros, inexistência de antecedentes judiciais, penais e criminais no país de recepção e meios lícitos de subsistência. O status de residente, mesmo temporário, confere aos nacionais dos Estados Partes os mesmos direitos e liberdades civis e sociais atribuídas aos nacionais do país de recepção, em especial o direito de trabalhar e exercer toda atividade lícita, contribuindo, assim, para a consolidação do MERCOSUL, que, nos termos do artigo 1º do Tratado de Assunção, implica a livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos entre os quatro Estados Partes.

O Acordo prevê para os residentes, um tratamento igualitário quanto aos direitos civis, em consonância com as legislações internas; o direito a entrar, sair, circular e permanecer livremente no território do país de recepção; o direito de exercer qualquer atividade, tanto por conta própria, como por conta de terceiros, nas mesmas condições que os nacionais do país de recepção; igualdade de tratamento no que concerne à aplicação da legislação trabalhista, especialmente em matéria de remuneração, condições de trabalho e seguro social. Cria também mecanismos de cooperação para impedir o emprego ilegal dos imigrantes com sanções efetivas às pessoas físicas e jurídicas que empreguem ou lucrem com o trabalho de imigrantes ilegais. Entretanto, no que concerne à previdência social, esta não foi automaticamente garantida no Acordo, mas, manteve-se o compromisso de análise da possibilidade de firmar acordos de reciprocidade.

Pode-se dizer que o Acordo em parte possibilita o trabalho de profissionais de saúde na região, mas considerando que seus títulos devem ser reconhecidos no país receptor e ainda registrados nos Conselhos profissionais do Brasil e nos Ministérios da Saúde dos Estados-Partes, esta situação não se caracteriza exatamente ainda como a livre circulação para o exercício técnico profissional na área da saúde.

Por outro lado, mesmo subscrito por Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, este Acordo ainda não se encontra vigente no Mercosul, para que isto ocorra, os quatro Estados devem comunicar ao Paraguai – o qual é depositário deste instrumento –, o cumprimento das formalidades internas necessárias para a vigência do mesmo.

No entanto, mesmo diante desta faculdade, o conteúdo do Acordo sobre Residência encontra-se produzindo impactos humanitários de forma bilateral nos Estados-Partes, desencadeando, portanto, benefícios aos trabalhadores daqueles países.

Das resoluções editadas pelo GMC, desde sua criação em 1992, cinco tratam especificamente da área de saúde no que se refere ao exercício profissional. São elas: A Resolução 21/2000 que estabelece um glossário comum aos serviços de saúde no Mercosul; a Resolução 73/ 2000, que define as especialidades médicas; a Resolução 58/2001, que define princípios éticos médicos do Mercosul, a Resolução 27/2004 que trata da Matriz Mínima – instrumento de controle de profissionais legalmente reconhecidos e a Resolução 66/2006 que define as profissões de grau universitário comuns e priorizadas nos Estados Partes para exigibilidade do preenchimento da matriz mínima de registro de profissionais de saúde do MERCOSUL. Além de facilitar a transição para o mercado comum e fazer com que este processo preserve os interesses de usuários e profissionais do sistema, a edição dessas resoluções é importante para diminuir as diferenças do exercício profissional entre os países integrantes do Mercosul.

## **Trabalho e Exercício Profissional em Saúde**

### **Especialidades Médicas Comuns ao Mercosul**

Em relação aos profissionais de saúde, merece destaque a Resolução/GMC nº 73/2000 - que aponta as especialidades médicas comuns ao Mercosul. Considerando a necessidade de contar com normas básicas harmonizadas para o exercício profissional do médico, que a comunidade dos Estados-Partes seja atendida por profissionais médicos que tenham formação equivalente e conduta de atenção adequada, e ainda, que existem diversas modalidades de formação e reconhecimento das especialidades médicas em cada um dos países; o Grupo Mercado Comum apontou uma lista de Especialidades Médicas Comuns no MERCOSUL sobre a qual os países deverão apresentar as modalidades existentes para formação e reconhecimento do especialista, a fim de iniciar o processo de harmonização que deverá considerar critérios tais como: tempo de formação, conteúdo da especialidade, formas de avaliação e outros que se considerem necessários.

Em reunião realizada em Porto Alegre em setembro de 2008 foi aprovado pelo SGT-11-“Saúde” na Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional cinco especialidades médicas básicas: clínica médica, pediatria, medicina comunitária, gineco-obstetria, e cirurgia geral.

## **Registro de Profissionais de Saúde do Mercosul**

Diante da necessidade de padronização da informação que cada um dos Estados-Partes registra sobre seus profissionais de saúde e tendo em vista a livre circulação destes, o GMC apontou uma Matriz para registro com a finalidade de contar com um instrumento de controle dos profissionais legalmente reconhecidos. A aprovação da Matriz Mínima pela Resolução/GMC nº 27/04, bem como sua aprovação pelo Ministério da Saúde do Brasil, através da Portaria/GM nº 552, de 13 de abril de 2005 . É um dos resultados mais relevantes alcançados pelos trabalhos no tocante à questão do exercício profissional no Mercosul. Trata-se do registro de profissionais de saúde que exercem ou tentem exercer a sua profissão no exterior e/ou que trabalham em municípios ou jurisdições de fronteira.

### **As principais finalidades da matriz são:**

1- Instituição de informações mínimas comuns no âmbito dos Estados Partes do Mercosul; 2- Padronizar e intercambiar informações mínimas sobre os profissionais de saúde entre os Ministérios de Saúde dos Estados Partes.

A Matriz Mínima, por sua vez, caracteriza-se como um instrumento de controle do exercício profissional, inicialmente contemplando os profissionais que já trabalham nas fronteiras, e aqueles que expressam vontade de trabalhar nos países do Mercosul. Com a implantação do sistema de dados que monitore todos os registros desses profissionais espera-se que os Estados-Partes alcancem uma efetiva fiscalização e controle do fluxo dos profissionais de saúde circulantes entre os países e, obtenham um maior intercâmbio de informações entre os Ministérios de Saúde.

## Profissões de Saúde comuns aos Estados-Partes

O Mercosul 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, esta forma de integração implica na livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos, incluída a livre circulação de trabalhadores, entre os cinco países-membros: o Brasil, a Argentina, o Uruguai, o Paraguai e a Venezuela. Nesse contexto, o livre trânsito de profissionais de saúde constitui, atualmente, um tema importante para reflexão e análise. Implica, na prática, enfrentar questões tais como: as políticas de migração; formação e inserção dos profissionais no mercado (e suas repercussões no sistema formador e prestador dos serviços de saúde); a equiparação curricular; a regulação e o controle do exercício profissional. Para atender as necessidades de implantação da Matriz Mínima a Resolução GMC no. 66/2006 definiu as profissões de Grau Universitário Comuns e Priorizadas nos Estados Partes para Exigibilidade do Preenchimento da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL.

### Quadro\* 2 - Profissões de grau universitário comuns e priorizadas nos estados partes para exigibilidade do preenchimento da matriz mínima de registro de profissionais de saúde do MERCOSUL

ARGENTINA	BRASIL	PARAGUAI	URUGUAI	VENEZUELA
médico	médico	médico	doutor em medicina	médico
farmacêutico	farmacêutico	doutor em química e farmácia	químico farmacêutico	farmacêutico
odontólogo	odontólogo	odontólogo	doutor em odontologia	odontólogo
licenciado em enfermagem	enfermeiro	licenciado em enfermagem	licenciado em enfermagem	licenciado em enfermagem
licenciado em nutrição	nutricionista	licenciado em nutrição	licenciado em nutrição	licenciado em nutrição
psicólogo	psicólogo	licenciado em psicologia	licenciado em psicologia	Psicólogo

(\*) Proposta aprovada na Reunião da Subcomissão de Exercício Profissional – SGT-11, outubro, 2006.



Importante ressaltar que o exercício profissional na área da saúde é parte fundamental dessa dimensão social e está estreitamente ligado ao entendimento de que a saúde constitui-se um núcleo de proteção do Estado e o seu exercício está condicionado à formulação e implementação de políticas consensadas pelos Estados Partes, vinculadas à harmonização das legislações no tocante à formação profissional, à regulação do trabalho, ao controle do exercício profissional e à garantia de assistência qualificada à população. Entretanto, “a aspiração” de promover a integração econômica e melhorias nos indicadores sociais no Mercosul será frustrada caso não se planeje também a integração das fronteiras e não se equacione as dificuldades no acesso aos serviços de saúde das populações ali residentes.

# CARACTERIZAÇÃO DOS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL

O Mercosul é composto por cinco Estados Partes e cinco Estados Associados e soma uma extensão territorial de 17.346.247 Km<sup>2</sup>, com uma população de cerca de 385.792.000 habitantes.

**Tabela 1- Indicadores sociais, econômicos, demográficos e de saúde do MERCOSUL**

Indicadores	Estados Partes				
	Argentina	Brasil	Paraguai	Uruguai	Venezuela
<b>1. Demográficos</b>					
Área (Km2)	2.766.889	8.514.215	406.752	176.215	916.445
População ( em milhões de hab)	39,4	186,6	6,2	3,5	27,5
População urbana (% total)	91,8	83,4	58,5	91,9	92,8
Densidade demográfica ( hab/Km2)	14,0	22,1	13,9	19,0	.....
Crescimento demográfico (%)	1,0	1,3	1,8	0,2	1,7
<b>2. Socioeconômicos</b>					
PIB (em milhões de dólares)	369.958	805.838	8.894	24.169	158.956
PIB per capita (em dólares)	9.400	4183	1453	7.254	5.789
Taxa de alfabetização**	97,2	88,9	94,4	98,0	94,0
Tx média de desemprego urbano	8,4	9,4	.....	9,7	8,7
IDH	0,863	0,800	0,757	0,851	0,784
<b>3. Saúde</b>					
Tx. global de fecundidade	2,4	2,2	3,8	2,3	2,6
Expectativa de vida (anos)	75,2	72,4	71,8	76,1	73,8
Natalidade (taxa média anual/1000 hab.)	17,5	19,2	24,8	15,1	21,5
Mortalidade infantil (por 1000 NV)	13,4	23,6	32,0	13,1	17,0
Mortalidade (tx. média anual/1000 hab.)	7,8	6,4	5,6	9,4	5,2
Mortalidade materna	35,0	55,8	14,4	11,1	N.D
<b>4. Recursos Humanos</b>					
Razão médicos por 10 mil hab.	32,1	20,6	4,9	39	20,0
Razão enfermeiros por 10 mil hab.	3,8	5,2	4,4	8,7	7,9
Razão dentistas por 10 mil hab.	9,3	9,5	3,8	12,4	5,7
Total de empregos	550.000	2.566.694	19.376	54.000	130.000

Fonte: Secretaria Geral da Aladi- [www.aladi.org.uy](http://www.aladi.org.uy) <acessado em 12 de julho de 2009.

\*\* Porcentagem da população com idade igual ou superior a 15 anos

A análise dos dados demográficos mostra que o Brasil detém quase 60% da população do Mercosul, ostenta por outro lado a maior densidade demográfica (22,1), seguida do Uruguai (19,0), Argentina e Venezuela (14,0). A população desses países é predominantemente urbana, com variações extremas no Paraguai (58,5%) e Venezuela (92,8%).

O percentual de pessoas alfabetizadas é elevado, nos cinco países os índices de alfabetização são: Uruguai (98%), Argentina (97,2%), Brasil (88,9%). A esperança de vida ao nascer apresenta pequenas variações entre os cinco países, com extremo no Paraguai (71,8 anos), Brasil (72,4) e Uruguai (76,1 anos). Já os dados sobre mortalidade infantil são bastante discrepantes na região, embora devam ser comparados com a estrutura da população, são índices evidentes da qualidade de vida e de assistência à saúde. O Brasil a taxa é relativamente elevada - com 23,6 óbitos de menores de um ano por mil nascido-vivos, a Venezuela com 17,0 e o Uruguai com o melhor índice - 13,1 óbitos por mil nascido-vivos.

A distribuição de trabalhadores de saúde também é bastante heterogênea e inequitativa. Em relação aos médicos, varia de 4,9 por 10 mil habitantes no Paraguai, 32,1 por 10 mil habitantes na Argentina, chegando a 39,0 no Uruguai. No Brasil a relação atinge (23,6). Quanto à distribuição de enfermeiros, esta se apresenta mais homogênea entre os cinco países, porém claramente inferior à dos médicos, ficando o Uruguai com o maior índice 8,7 enfermeiros por 10 mil seguido pela Venezuela (7,9).

Pelos dados expostos verifica-se que a aspiração de promover a integração econômica e melhorias nos indicadores sociais no MERCOSUL será frustrante caso não se planeje também a integração das fronteiras e não se equacione as dificuldades Na área da saúde e, especialmente no campo do trabalho e do exercício profissional, existe a preocupação dos governos e o compromisso político dos Estados Partes (gestores e trabalhadores) na busca de soluções pactuadas, que deve caminhar no sentido de dar respostas aos desafios e demandas que se apresentam.

Algumas questões devem ser consideradas prioritárias pelos Estados Partes, para que, de fato, se possa falar em integração supra-regional, como por exemplo:

- a) Formulação de políticas de gestão do trabalho e da educação que considerem as diferenças culturais e regionais; b) Implementação

de ações no sentido de harmonizar a formação; c) Regulamentação e organização das profissões; d) Regularização do exercício profissional.

A solução para essas questões passa pela realização de uma série de ações a serem implementadas, dentre as quais destacamos: (i) a adoção de um Código de Ética Marco do MERCOSUL para o trabalho na saúde, uma vez que, nos demais Estados Partes, poucas são as profissões que têm seus códigos de ética profissionais, o que dificultará e trará problemas futuros quando do exercício profissional no MERCOSUL; (ii) a constituição de um sistema supra-regional de informação de recursos humanos, com o intuito de fornecer aos Estados Partes informações concernentes à Matriz Mínima; (iii) a construção de um sistema de educação permanente para os trabalhadores de saúde que atuam nos municípios fronteiriços, uma vez que os mesmos estão em situações especiais de trabalho, atendendo populações supra-regionais sem a devida qualificação.

## Algumas considerações

O MERCOSUL 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, esta forma de integração implica na livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos, incluída a livre circulação de trabalhadores, entre os países-membros.

Desta forma, a mobilidade profissional, especificamente dos profissionais de saúde, entendida como o livre trânsito para o exercício profissional técnico destes nos mercados de trabalho dos países, esbarra então, em questões relevantes - tal como a reserva de mercado profissional, as prerrogativas corporativas das diversas profissões de saúde, as diferentes formações dos profissionais de saúde, a necessidade de revalidação dos títulos, as questões relacionadas a direitos trabalhistas, a de direitos previdenciários -, as quais se traduzem em importantes pontos de estrangulamento à livre circulação de profissionais, e sem dúvida, evidencia um tema polêmico e complexo. A isto, somam-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 (as corporativas e as do setor saúde) que mesmo interagindo com a educação, expressam valores e orientações não acadêmicas, mas reconhecidamente legais e indispensáveis ao exercício profissional.

Nesse contexto, o livre trânsito dos profissionais e a intensa migração dos trabalhadores de saúde entre países despertaram, 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 ações<sup>3</sup>. 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

---

3 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”.

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 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 comunida-

des indígenas; as desistências nas escolas de Enfermagem e de Medicina não poderão exceder 20%; e todas as escolas deverão ser certificadas por órgãos reconhecidos.

Observou-se pela descrição dos dados dos Estados Partes que existe um esforço dos países no campo de gestão do trabalho e da educação focadas nos desafios críticos, inclusive em cooperação internacional com vistas a contribuir para o processo de integração latino-americana. Entretanto, “a aspiração” de promover a integração econômica e melhorias nos indicadores sociais no Mercosul será frustrada caso não se planeje também a integração das fronteiras e não se equacione as dificuldades no acesso aos serviços de saúde.

## BIBLIOGRAFIA

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE INTEGRACIÓN (ALADI). Indicadores socioeconômicos. Disponível no endereço eletrônico [www.aladi.org.uy](http://www.aladi.org.uy) <consultado em 24 de março de 2009.

BÊRNI, D. A. A marcha do MERCOSUL e a marcha da globalização. In: Reis, C. N. (Org.): América Latina: crescimento no comércio mundial e exclusão social.. Porto Alegre: Dacasa Editora/Palmarica, 2001.

BRASIL. Congresso Nacional. Comissão Parlamentar Conjunta do Mercosul. Mercosul: legislação e textos básicos /em colaboração com o Ministério das Relações Exteriores. 4 ed. Brasília, Gráfica do Senado Federal, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Seminário Internacional sobre Mercado de Trabalho: formação e regulação no âmbito do MERCOSUL – Relatório final /realizado na Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, no período de 12 a 14 de novembro de 2003/. Brasília, março 2004, mimeog.

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. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária 2005. Rio de Janeiro, IBGE, 2006.

MACHADO, M.H., PAULA, A.E-K., AGUIAR FILHO, W. O trabalho em saúde no MERCOSUL: uma abordagem brasileira sobre a questão. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:292-301, 2007.

MERCADO COMUM DO SUL (MERCOSUL). Disponível no endereço eletrônico: [www2.camara.gov.br/comissoes/cpcms/blocoeconomicos.html/mercosul.html](http://www2.camara.gov.br/comissoes/cpcms/blocoeconomicos.html/mercosul.html)

Vieira, Ana Luiza Stiebler. Os enfermeiros no Mercosul: recursos humanos, regulação e formação profissional comparada: relatório final. / Ana Luiza Stiebler Vieira, Antenor Amâncio Filho, Ana Claudia Pinheiro Garcia e Marilurde Donato. – Rio de Janeiro : ENSP/FIOCRUZ, 2006.289p. Relatório Final. mimeog.



ANEXO 5- CURSOS DE GRADUAÇÃO DAS SETE  
CATEGORIAS PRIORITÁRIAS DOS CINCO PAÍSES

## DO MERCOSUL

**TABELA 1 - CARACTERÍSTICAS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO SEGUNDO GRANDES REGIÕES E UNIDADES DA FEDERAÇÃO- 2006  
MEDICINA**

<b>Grandes Regiões e Unidades da Federação</b>	<b>Número de cursos</b>	<b>Matriculados</b>	<b>Concluintes</b>	<b>Vagas ofertadas</b>
Brasil	160	74.034	10.381	15.278
Região Norte	13	5.360	442	1.187
Rôndônia	3	449	0	220
Acre	1	189	0	40
Amazonas	3	1.540	62	337
Roraima	1	149	23	20
Pará	2	1.693	265	250
Amapá	0	0	0	0
Tocantins	3	1340	92	320
Região Nordeste	35	12.009	1.584	2.871
Maranhão	3	848	72	222
Piauí	4	1.019	107	280
Ceará	7	2.178	312	486
Rio Grande do Norte	3	605	91	176
Paraíba	5	1.445	166	440
Pernambuco	4	1.978	288	490
Alagoas	2	770	144	130
Sergipe	1	477	76	80
Bahia	6	2.689	328	567
Região Sudeste	73	40.625	6.148	8.110
Minas Gerais	21	10.047	1.266	2.315
Espirito Santo	4	1.627	203	394
Rio de Janeiro	17	14.060	2.434	2.572
São Paulo	31	14.891	2.245	2.829
Região Sul	28	11.901	1.745	2.264
Paraná	7	3.752	531	671
Santa Catarina	10	2.793	389	621
Rio Grande do Sul	11	5.356	825	972
Região Centro-Oeste	11	4.139	462	846
Mato Grosso do Sul	3	1.056	159	190

Fonte: MEC, INEP- Tabela elaborada a partir dos dados disponíveis INEP/DTDIE/2006

**Tabela 1.a. Concluintes de MEDICINA por habitante  
Brasil e Regiões -2006**

Grandes Regiões	População 2006	Concluintes	Concluintes por habitante
Brasil	186.770.613	10.381	1/17.991
Norte	15.022.071	442	1/33.986
Nordeste	51.609.036	1.584	1/32.581
Sudeste	79.561.023	6.148	1/12.940
Sul	27.308.919	1.745	1/15.649
Centro-Oeste	13.269.564	462	1/28.722

Fontes: IBGE, Estimativas populacionais e MEC/INEP, 2006

**Tabela 1.b. - Indicadores sobre a formação de MEDICINA  
Grandes Regiões -2006**

Grandes Regiões	Vagas por cursos	Concluintes por cursos
Brasil	95,5	64,9
Região Norte	91,3	34,0
Região Nordeste	82,0	45,3
Região Sudeste	111,1	84,2
Região Sul	80,9	62,3
Região Centro Oeste	76,9	42,0

**Tabela 2 - Características dos Cursos de Graduação segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação- 2006**  
**ENFERMAGEM**

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Número de cursos	Matriculados	Concluintes	Vagas ofertadas
Brasil	564	187.575	26.020	95.240
Região Norte	31	7.682	1.014	3.684
Rorônia	6	1.183	153	551
Acre	2	149	18	55
Amazonas	7	2.320	442	1.684
Roraima	1	0	0	60
Pará	7	1.861	175	600
Amapá	2	415	21	164
Tocantins	6	1.754	205	570
Região Nordeste	99	32.044	3.745	12.068
Maranhão	13	4.497	715	1.989
Piauí	11	2.255	396	761
Ceará	10	3.641	365	1.196
Rio Grande do Norte	8	1.627	95	734
Paraíba	13	4.641	796	1.749
Pernambuco	12	3.757	325	1.665
Alagoas	3	1.458	330	320
Sergipe	3	709	152	240
Bahia	26	9.459	571	3.414
Região Sudeste	291	111.415	16.361	62.601
Minas Gerais	95	26.169	3.376	13.023
Espírito Santo	14	4.377	865	1.548
Rio de Janeiro	40	24.176	3.505	10.097
São Paulo	142	56.693	8.615	37.933
Região Sul	100	23.792	3.681	9.042
Paraná	42	10.074	1.701	4.263
Santa Catarina	24	4.341	655	1.595
Rio Grande do Sul	34	9.377	1.325	3.184
Região Centro Oeste	43	12.642	1.219	7.845
Mato Grosso do Sul	7	2.304	300	870
Mato Grosso	11	1.025	215	800
Goiás	15	6.337	385	3.200
Distrito Federal	10	2.976	319	2.975

Fonte: MEC, INEP- Tabela elaborada a partir dos dados disponíveis INEP/DTDIE/2006

**Tabela 2.a. Concluintes de ENFERMAGEM por habitante  
Brasil e Regiões -2006**

Grandes Regiões	População 2006	Concluintes	Concluintes por habitante
Brasil	186.770.613	26.020	1/7.178
Norte	15.022.071	1.014	1/14.815
Nordeste	51.609.036	3.745	1/13.781
Sudeste	79.561.023	16.361	1/4.863
Sul	27.308.919	3.681	1/7.419
Centro-Oeste	13.269.564	1.219	1/10.886

Fontes: IBGE, Estimativas populacionais e MEC/INEP, 2006

**Tabela 2.b. - Indicadores sobre a formação de ENFERMAGEM  
Grandes Regiões -2006**

Grandes Regiões	Vagas por cursos	Concluintes por cursos
Brasil	168,9	46,1
Região Norte	118,8	32,7
Região Nordeste	121,9	37,8
Região Sudeste	215,1	56,2
Região Sul	90,4	36,8
Região Centro Oeste	182,4	28,3

Fonte: MEC, INEP- Tabela elaborada a partir dos dados disponíveis INEP/DTDIE/2006

**Tabela 3 - Características dos Cursos de Graduação segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação- 2006**  
**ODONTOLOGIA**

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Número de cursos	Matriculados	Concluintes	Vagas ofertadas
Brasil	185	46.693	8.533	16.841
Região Norte	14	3507	442	1016
Rôndônia	2	373	32	140
Acre	0	0		0
Amazonas	6	1519	172	406
Roraima	0	0	0	0
Pará	2	863	163	170
Amapá	0	0	0	0
Tocantins	4	752	75	300
Região Nordeste	30	8.605	1.293	2.371
Maranhão	3	734	106	279
Piauí	4	770	150	275
Ceará	4	963	155	310
Rio Grande do Norte	3	749	124	182
Paraíba	2	629	72	140
Pernambuco	4	1.272	224	280
Alagoas	2	771	100	180
Sergipe	2	535	92	140
Bahia	6	2.182	270	585
Região Sudeste	97	21.945	4.516	9.653
Minas Gerais	22	5.803	1.149	2.208
Espírito Santo	2	567	128	120
Rio de Janeiro	21	5.087	1.086	2.168
São Paulo	52	10.488	2.153	5.157
Região Sul	32	9.201	1.687	2.568
Paraná	14	3.858	754	1.189
Santa Catarina	8	1.932	336	453
Rio Grande do Sul	10	3.411	597	926
Região Centro-Oeste	12	3.435	595	1.233
Mato Grosso do Sul	3	489	82	190
Mato Grosso	2	536	89	160
Goiás	3	1.136	209	410
Distrito Federal	4	1274	215	473

Fonte: MEC, INEP- Tabela elaborada a partir dos dados disponíveis INEP/DTDIE/2006.

**Tabela 3.a. - Concluintes de ODONTOLOGIA por habitante  
Brasil e Regiões -2006**

Grandes Regiões	População 2006	Concluintes	Concluintes por habitante
Brasil	186.770.613	8.533	1/21.888
Norte	15.022.071	442	1/33.987
Nordeste	51.609.036	1.293	1/39.914
Sudeste	79.561.023	4.516	1/17.618
Sul	27.308.919	1.687	1/16.188
Centro-Oeste	13.269.564	595	1/22.302

Fontes: IBGE, Estimativas populacionais e MEC/INEP, 2006

**Tabela 3.b. - Indicadores sobre a formação de ODONTOLOGIA  
Grandes Regiões -2006**

Grandes Regiões	Vagas por cursos	Concluintes por cursos
Brasil	91,0	46,1
Região Norte	72,6	31,6
Região Nordeste	79,0	43,1
Região Sudeste	99,5	46,6
Região Sul	80,3	52,7
Região Centro-Oeste	102,8	49,6

Fonte: MEC, INEP- Tabela elaborada a partir dos dados disponíveis INEP/DTDIE/2006.

**Tabela 4 - Características dos Cursos de Graduação segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação- 2006**  
**FARMÁCIA**

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Número de cursos	Matriculados	Concluintes	Vagas ofertadas
Brasil	299	79.342	11.995	38.957
Região Norte	14	3.068	559	1.552
Rorônia	2	466	0	200
Acre	0	0	0	0
Amazonas	4	1135	293	732
Roraima	1	121	0	100
Pará	2	604	147	150
Amapá	1	48	0	100
Tocantins	4	694	119	270
Região Nordeste	32	7.707	1.108	2.989
Maranhão	3	827	109	366
Piauí	2	213	51	135
Ceará	3	1.303	151	270
Rio Grande do Norte	2	804	127	170
Paraíba	2	770	194	170
Pernambuco	4	789	58	480
Alagoas	2	644	168	180
Sergipe	4	534	92	140
Bahia	10	1.823	158	1.078
Região Sudeste	160	46.700	6.246	23.556
Minas Gerais	46	10.619	1.779	5.161
Espírito Santo	11	2.362	433	936
Rio de Janeiro	19	8.207	1.114	3.235
São Paulo	84	25.512	2.920	14.224
Região Sul	63	15.193	3.038	5.918
Paraná	32	6.981	1.327	3.380
Santa Catarina	11	2.625	641	947
Rio Grande do Sul	20	5.587	1.070	1.591
Região Centro Oeste	30	6.674	1.044	4.942
Mato Grosso do Sul	5	1.140	241	450
Mato Grosso	7	821	215	720
Goiás	9	3.084	379	1.861
Distrito Federal	9	1629	209	1911

Fonte: MEC, INEP- Tabela elaborada a partir dos dados disponíveis INEP/DTDIE/2006.



**Tabela 4.a. Concluintes de FARMÁCIA por habitante  
Brasil e Regiões -2006**

Grandes Regiões	População 2006	Concluintes	Concluintes por habitante
Brasil	186.770.613	11.995	1/15.571
Norte	15.022.071	559	1/26.873
Nordeste	51.609.036	1.108	1/46.579
Sudeste	79.561.023	6.246	1/12.738
Sul	27.308.919	3.038	1/8.989
Centro-Oeste	13.269.564	1.044	1/12.710

Fontes: IBGE, Estimativas populacionais e MEC/INEP, 2006

**Tabela 4.b. - Indicadores sobre a formação de FARMÁCIA  
Grandes Regiões -2006**

Grandes Regiões	Vagas por cursos	Concluintes por cursos
Brasil	130,3	40,1
Região Norte	110,9	39,9
Região Nordeste	93,4	34,6
Região Sudeste	147,2	39,0
Região Sul	93,9	48,2
Região Centro Oeste	93,9	48,2

Fonte: MEC, INEP- Tabela elaborada a partir dos dados disponíveis INEP/DTDIE/2006.

**Tabela 5 - Características dos Cursos de Graduação segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação- 2006**  
**PSICOLOGIA**

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Número de cursos	Matriculados	Concluintes	Vagas ofertadas
Brasil	350	104.798	16.940	55.286
Região Norte	20	4.480	587	2.303
Rôndônia	5	311	16	410
Acre	1	99	0	100
Amazonas	6	1990	293	1018
Roraima	2	34	0	115
Pará	2	1331	224	260
Amapá	2	294	0	200
Tocantins	2	421	54	200
Região Nordeste	55	15.279	2.190	6.689
Maranhão	2	528	88	240
Piauí	5	1.047	196	206
Ceará	4	1.764	204	503
Rio Grande do Norte	4	1015	70	445
Paraíba	4	1.280	346	510
Pernambuco	12	3589	418	1729
Alagoas	3	1.274	193	320
Sergipe	3	1.082	195	255
Bahia	18	3.700	480	2.481
Região Sudeste	176	57.112	10.114	34.156
Minas Gerais	40	12.260	2.285	4.820
Espírito Santo	10	1.431	182	972
Rio de Janeiro	27	12.046	1.731	3.728
São Paulo	99	31.375	5.916	24.636
Região Sul	76	19.392	2.716	7.026
Paraná	25	5.589	952	2.244
Santa Catarina	23	5.351	844	1.955
Rio Grande do Sul	28	8.452	920	2.827
Região Centro Oeste	23	8.535	1.333	5.112
Mato Grosso do Sul	7	1.468	228	605
Mato Grosso	4	424	63	465
Goiás	6	2.847	441	1.890
Distrito Federal	6	3796	601	2152

Fonte: MEC, INEP- Tabela elaborada a partir dos dados disponíveis INEP/DTDIE/2006

**Tabela 5.a. - Concluintes de PSICOLOGIA por habitante  
Brasil e Regiões -2006**

Grandes Regiões	População 2006	Concluintes	Concluintes por habitante
Brasil	186.770.613	16.940	1/11.025
Norte	15.022.071	587	1/25.591
Nordeste	51.609.036	2.190	1/23.566
Sudeste	79.561.023	10.114	1/7.866
Sul	27.308.919	2.716	1/10.055
Centro-Oeste	13.269.564	1.333	1/9.955

Fontes: IBGE, Estimativas populacionais e MEC/INEP, 2006

**Tabela 5.b. - Indicadores sobre a formação de PSICOLOGIA  
Grandes Regiões -2006**

Grandes Regiões	Vagas por cursos	Concluintes por cursos
Brasil	158,0	48,4
Região Norte	115,2	29,4
Região Nordeste	121,6	39,8
Região Sudeste	194,1	57,5
Região Sul	92,4	35,7
Região Centro Oeste	222,3	58,0

Fonte: MEC, INEP- Tabela elaborada a partir dos dados disponíveis INEP/DTDIE/2006.

**Tabela 6 - Características dos Cursos de Graduação segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação- 2006**  
**FISIOTERAPIA**

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Número de cursos	Matriculados	Concluintes	Vagas ofertadas
Brasil	419	105.701	15.873	63.915
Região Norte	20	4.343	419	3.045
Rôndônia	4	614	0	350
Acre	0	0	0	0
Amazonas	4	1.423	179	1.420
Roraima	1	124	0	100
Pará	4	889	109	340
Amapá	3	450	0	400
Tocantins	4	843	131	435
Região Nordeste	60	19.830	2.056	8.034
Maranhão	2	1.285	234	550
Piauí	7	1.624	186	650
Ceará	7	2.788	312	1.003
Rio Grande do Norte	3	731	75	230
Paraíba	9	2.384	169	1.240
Pernambuco	8	2.901	322	1.262
Alagoas	4	1.551	159	410
Sergipe	1	517	73	120
Bahia	19	6.049	526	2.569
Região Sudeste	242	58.870	9.895	41.258
Minas Gerais	61	11.837	2.067	6.362
Espírito Santo	9	1.519	296	909
Rio de Janeiro	46	17.702	3.274	8.657
São Paulo	126	27.812	4.258	25.330
Região Sul	67	14.439	2.324	6.227
Paraná	31	4.964	1.034	2.599
Santa Catarina	14	2.814	473	1.263
Rio Grande do Sul	22	6.661	817	2.365
Região Centro-Oeste	30	8.219	1.179	5.351
Mato Grosso do Sul	7	1.218	187	645
Mato Grosso	5	740	130	680
Goiás	11	4.038	540	1.900
Distrito Federal	7	2.223	322	2.126

Fonte: MEC, INEP- Tabela elaborada a partir dos dados disponíveis INEP/DTDIE/2006.

**Tabela 6.a.- Concluintes de FISIOTERAPIA por habitante  
Brasil e Regiões -2006**

Grandes Regiões	População 2006	Concluintes	Concluintes por habitante
Brasil	186.770.613	15.873	1/11.767
Norte	15.022.071	419	1/35.852
Nordeste	51.609.036	2.056	1/25.102
Sudeste	79.561.023	9.895	1/8041
Sul	27.308.919	2.324	1/11.751
Centro-Oeste	13.269.564	1.179	1/11.255

Fontes: IBGE, Estimativas populacionais e MEC/INEP, 2006

**Tabela 6.b. - Indicadores sobre a formação de FISIOTERAPIA  
Grandes Regiões -2006**

Grandes Regiões	Vagas por cursos	Concluintes por cursos
Brasil	152,5	37,9
Região Norte	152,3	21,0
Região Nordeste	133,9	34,3
Região Sudeste	170,5	40,9
Região Sul	92,9	34,7
Região Centro Oeste	178,4	39,3

Fonte: MEC, INEP- Tabela elaborada a partir dos dados disponíveis INEP/DTDIE/2006

**Tabela 7 - Características dos Cursos de Graduação segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação- 2006**  
**NUTRIÇÃO**

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Número de cursos	Matriculados	Concluintes	Vagas ofertadas
Brasil	270	51.024	7.118	31.005
Região Norte	9	2071	375	990
Rôndônia	1	316	55	150
Acre	0	0	0	0
Amazonas	4	840	142	540
Roraima	0	0	0	0
Pará	2	600	101	140
Amapá	2	315	77	160
Tocantins	0	0	0	0
Região Nordeste	35	6.717	525	3.880
Maranhão	4	502	0	480
Piauí	4	574	56	310
Ceará	2	645	42	170
Rio Grande do Norte	3	620	38	240
Paraíba	3	797	126	370
Pernambuco	5	617	69	450
Alagoas	2	544	89	160
Sergipe	0	0	0	0
Bahia	12	2.418	105	1.700
Região Sudeste	155	28.609	4.180	18.943
Minas Gerais	48	7.526	1.196	4.342
Espírito Santo	7	1.113	189	776
Rio de Janeiro	20	5.249	775	2.776
São Paulo	80	14.721	2.020	11.049
Região Sul	53	10.132	1.516	4.751
Paraná	25	4.609	917	2.531
Santa Catarina	10	1.461	104	742
Rio Grande do Sul	18	4.062	495	1.478
Região Centro Oeste	18	3.495	522	2.441
Mato Grosso do Sul	3	647	69	240
Mato Grosso	2	255	39	100
Goiás	5	586	87	530
Distrito Federal	8	2007	327	1571

Fonte: MEC, INEP- Tabela elaborada a partir dos dados disponíveis INEP/DTDIE/2006.

**Tabela 7.a. Concluintes de NUTRIÇÃO por habitante  
Brasil e Regiões -2006**

Grandes Regiões	População 2006	Concluintes	Concluintes por habitante
Brasil	186.770.613	7.118	1/26.239
Norte	15.022.071	375	1/40.059
Nordeste	51.609.036	525	1/98.303
Sudeste	79.561.023	4.180	1/19.034
Sul	27.308.919	1.516	1/18.014
Centro-Oeste	13.269.564	522	1/25.421

Fontes: IBGE, Estimativas populacionais e MEC/INEP, 2006

**Tabela 7.b. - Indicadores sobre a formação de NUTRIÇÃO  
Grandes Regiões -2006**

Grandes Regiões	Vagas por cursos	Concluintes por cursos
Brasil	114,8	26,4
Região Norte	110,0	41,7
Região Nordeste	110,9	15,0
Região Sudeste	122,2	27,0
Região Sul	89,6	28,6
Região Centro Oeste	135,6	29,0

Fonte: MEC, INEP- Tabela elaborada a partir dos dados disponíveis INEP/DTDIE/2006.

ANEXO  
MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS MERCOSUL



## Quadro Resumo 1- Características da Capacidade Instalada e Leitos dos Municípios Fronteiriços do Mercosul

Capacidade Instalada	Por Tipo de Atendimento	V.Abs.
	Hosp. (Com Internação)	87
	Unid. Ambul. (Sem Internação)	481
	SADT	191
	Total	759
	Por Esfera Administrativa	
	Pub Federal	50
	Pub Estadual	33
	Pub Municipal	377
	Total Públicos	460
	Priv Com Fins Lucrativos	253
	Priv Sem Fins Lucrativos	46
	Total Privados	299
	Por Categoria de Atendimento	
	Geral	363
	Com Especialidades	197
	Especializado	199
	Total	759
	Por Financiador de Serviços	
	Plano Próprio	68
	Plano Terceiros	252
	Atendimento Particular	285
	Atendimento pelo SUS	578
	Total	1.183
Leitos		
Leitos Públicos	707	
Leitos Privados	3.985	
Total de Leitos	4.692	
Leitos disponíveis ao SUS	3.464	

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 2005

## Quadro Resumo 2- Características dos Empregos de Saúde dos Municípios Fronteiriços do Mercosul

	Por Esfera Administrativa	V.Abs.
	Pub. Federal	
Pub. Estadual		441
Pub. Municipal		5.994
Total Públicos		6.983
Priv. Com Fins Lucrativos		3.195
Priv. Sem Fins Lucrativos		4.378
Total Privados		7.573
Por Tipo De Atendimento		
Hosp. (Com Internação)		6.694
Unid. Ambul. (Sem Internação)		6.852
SADT		1.010
Total		14.556
Por Nível de Escolaridade		
Nível Superior		4.424
Nível Tec/Aux		3.858
Qualificação Elementar		2.345
Nível Administrativo		3.929
Total		14.556
Por Jornada de Trabalho (Nível Superior)		68
		252
Ch 40 Horas Ou Mais		1.223
Ch Menos 40 Horas		2.239
Ch Indefinida		962
Total		4.424
Por Modalidades Vínculos		
Próprio		11.637
Intermediado		1.173
Outro		1.746
<b>TOTAL</b>		<b>14.556</b>

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 2005

**Tabela 3. População e Empregos de Saúde dos Municípios fronteiriços com os Estados Partes do Mercosul - 2005**

1. Região Norte										
Amazonas										
Município	População	Nível Superior						Total Nível Médio	Total Nível Elementar	Total Geral
		Médicos	Enfermeiros	Odontólogos	Farmacêuticos	Outros Nível Superior				
<b>TOTAL</b>	<b>73.857</b>	<b>63</b>	<b>18</b>	<b>34</b>	<b>20</b>	<b>6</b>	<b>103</b>	<b>214</b>	<b>458</b>	
BARCELOS	32.168	9	5	4	1	1	34	123	177	
SANTA ISABEL DO RIO NEGRO	7.620	4	3	2	0	0	5	46	60	
SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA	34.069	50	10	28	19	5	64	45	221	
<b>Roraima</b>										
<b>TOTAL</b>	<b>48.891</b>	<b>34</b>	<b>29</b>	<b>24</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>222</b>	<b>468</b>	<b>786</b>	
AMAJARI	6.087	2	2	1	1	0	37	85	128	
ALTO ALEGRE	22.102	14	19	12	1	2	109	122	279	
IRACEMA	6.060	4	0	1	0	0	19	14	38	
PACARAÍMA	8.214	12	8	9	2	1	49	143	224	
UIRAMUTÃ	6.428	2	0	1	2	0	8	104	117	

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 2005

## 2. Região Sul

## Paraná

Município	População	Nível Superior						Total Nível Médio	Total Nível Elementar	Total Geral
		Médicos	Enfermeiros	Odontólogos	Farmacêuticos	Outros Nível Superior				
<b>TOTAL</b>	<b>522.915</b>	<b>884</b>	<b>222</b>	<b>178</b>	<b>96</b>	<b>191</b>	<b>1582</b>	<b>691</b>	<b>3.844</b>	
BARRAÇÃO	9.022	10	7	6	1	1	13	12	50	
BOM JESUS DO SUL	3.870	2	2	7	0	1	8	12	32	
CAPANEMA	17.536	26	8	11	5	1	49	49	149	
<b>ENTRE RIOS DO OESTE</b>	<b>3.582</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>40</b>	
FOZ DO IGUAÇU	301.408	513	126	64	42	119	986	241	2.091	
GUAIRÁ	27.822	38	16	8	6	14	64	36	182	
ITAIPULÂNDIA	8.498	16	4	6	3	8	29	12	78	
MARECHAL CÂNDIDO RONDON	44.704	100	12	15	12	13	142	34	328	
MERCEDES	4.861	13	3	5	1	0	13	17	52	
PATO BRAGADO	4.370	7	2	2	0	4	9	9	33	
PÉROLA D'OESTE	6.578	11	5	5	1	2	15	21	60	
PLANALTO	13.514	18	5	10	3	4	23	35	98	
PRANCHITA	5.665	22	6	8	5	6	38	19	104	
SANTA HELENA	21.510	41	8	12	6	5	93	45	210	
SANTO ANTÔNIO DO SUDOESTE	18.138	19	8	10	3	4	36	63	143	
SÃO MIGUEL DO IGUAÇU	26.867	33	7	6	6	1	41	63	157	
SERRANÓPOLIS DO IGUAÇU	4.970	7	1	2	1	3	11	12	37	

Santa Catarina									
Município	População	Nível Superior					Total Nível Médio	Total Nível Elementar	Total Geral
		Médicos	Enfermeiros	Odontólogos	Farmacêuticos	Outros Nível Superior			
<b>TOTAL</b>	<b>522.915</b>	<b>884</b>	<b>222</b>	<b>178</b>	<b>96</b>	<b>191</b>	<b>1582</b>	<b>691</b>	<b>3.844</b>
BARRAÇÃO	9.022	10	7	6	1	1	13	12	50
BOM JESUS DO SUL	3.870	2	2	7	0	1	8	12	32
CAPANEMA	17.536	26	8	11	5	1	49	49	149
<b>ENTRE RIOS DO OESTE</b>	<b>3.582</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>40</b>
FOZ DO IGUAÇU	301.408	513	126	64	42	119	986	241	2.091
GUAIRÁ	27.822	38	16	8	6	14	64	36	182
ITAIPULÂNDIA	8.498	16	4	6	3	8	29	12	78
MARECHAL CÂNDIDO RONDON	44.704	100	12	15	12	13	142	34	328
MERCEDES	4.861	13	3	5	1	0	13	17	52
PATO BRAGADO	4.370	7	2	2	0	4	9	9	33
PÉROLA D'OESTE	6.578	11	5	5	1	2	15	21	60
PLANALTO	13.514	18	5	10	3	4	23	35	98
PRANCHITA	5.665	22	6	8	5	6	38	19	104
SANTA HELENA	21.510	41	8	12	6	5	93	45	210
SANTO ANTÔNIO DO SUDOESTE	18.138	19	8	10	3	4	36	63	143
SÃO MIGUEL DO IGUAÇU	26.867	33	7	6	6	1	41	63	157
SERRANÓPOLIS DO IGUAÇU	4.970	7	1	2	1	3	11	12	37



Santa Catarina										
Município	População	Nível Superior						Total Nível Médio	Total Nível Elementar	Total Geral
		Médicos	Enfermeiros	Odontólogos	Farmacêuticos	Outros Nível Superior				
<b>TOTAL</b>	<b>69.310</b>	<b>107</b>	<b>35</b>	<b>61</b>	<b>15</b>	<b>33</b>	<b>212</b>	<b>184</b>	<b>647</b>	
BANDEIRANTE	2.837	3	1	3	0	4	8	9	28	
BELMONTE	2.177	2	1	1	0	2	5	6	17	
DIONÍSIO CERQUEIRA	14.582	22	7	21	2	4	40	30	126	
<b>GUARACIABA</b>	<b>10.248</b>	<b>20</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>31</b>	<b>27</b>	<b>102</b>	
ITAPIRANGA	13.306	26	6	9	5	4	56	38	144	
PARAIÓS	4.043	5	2	2	0	1	8	13	31	
PRINCESA	2.441	1	1	1	0	1	5	7	16	
SANTA HELENA	2.351	3	1	2	2	1	5	6	20	
SÃO JOSÉ DO CEDRO	12.987	20	8	11	3	5	35	36	118	
TUNAPOLIS	4.338	5	3	2	1	3	19	12	45	

Rio Grande do Sul										
Município	População	Nível Superior						Total Nível Médio	Total Nível Elementar	Total Geral
		Médicos	Enfermeiros	Odontólogos	1	Outros Nível Superior				
<b>ALECRIM</b>	<b>7.465</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>26</b>	<b>0</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>21</b>	<b>73</b>
BAGÉ	121.299	196	56	29	1	3	235	129	727	
BARRA DO QUARAI	4.266	7	1	1	0	56	6	2	21	
CHUIÍ	6.382	17	3	3	2	3	8	1	35	
<b>CRISIIUMAL</b>	<b>13.620</b>	<b>14</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>13</b>	<b>39</b>	<b>81</b>	
DERRUBADAS	3.236	3	3	3	12	5	8	8	25	
DOM PEDRITO	41.885	60	8	9		0	125	25	251	
					1	12				
DOUTOR MAURÍCIO CARDOSO	5.782	6	3	4	0		19	19	52	
ESPERANÇA DO SUL	3.319	4	4	4	0	0	6	10	28	
GARRUCHOS	3.995	7	2	2	2	0	10	10	34	
HERVAL	7.515	11	4	3	13	3	17	16	59	
ITAQUI	42.373	76	7	13	6	6	114	26	264	
JAGUARÃO	31.558	58	5	4	0	15	61	22	175	
NOVO MACHADO	4.257	4	4	2	1	19	10	25	46	

PIRAPÓ	3.056	6	3	3	3	2	1	12	11	39
PORTO LUCENA	5.957	15	6	3			3	23	24	73
PORTO MAUÁ	2.705	3	2	2	0	0	3	6	9	25
PORTO VERA CRUZ	2.223	2	1	1	0	0	0	1	2	7
PORTO XAVIER	11.350	8	4	2	2	3	3	21	16	57
QUARAI	25.204	34	5	4	6	6	4	46	64	163
ROQUE GONZALES	7.167	12	2	6	2	2	0	15	31	68
SANT'ANA DO LIVRAMENTO	97.486	211	31	23	11	27	255	113	671	
SANTA VITÓRIA DO PALMAR	34.598	88	18	15	9	19	58	43	250	
SÃO BORJA	67.343	140	21	17	18	18	200	23	437	
SÃO NICOLAU	6.117	12	8	5	1	2	17	25	70	
TIRADENTES DO SUL	6.526	5	2	4	0	1	11	24	47	
URUGUAIANA	134.928	242	57	62	18	65	374	110	928	



Mato Grosso do Sul										
Município	População	Nível Superior						Total Nível Médio	Total Nível Elementar	Total Geral
		Médicos	Enfermeiros	Odontólogos	Farmacêuticos	Outros Nível Superior				
<b>TOTAL</b>	<b>279.516</b>	<b>413</b>	<b>113</b>	<b>110</b>	<b>63</b>	<b>141</b>	<b>819</b>	<b>524</b>	<b>2183</b>	
ANTÔNIO JOÃO	7.890	13	4	3	1	0	24	30	75	
ARAL MOREIRA	8.054	4	1	2	1	0	13	0	21	
BELA VISTA	23.415	20	6	13	5	9	59	84	196	
CARACOL	5.007	7	4	3	1	7	16	18	56	
CORONEL SAPUCAIA	13.562	14	4	4	2	1	27	34	86	
CORUMBÁ	100.268	224	44	43	24	61	317	142	855	
JAPORÃ	7.157	5	3	3	1	1	11	30	54	
MUNDO NOVO	14.272	17	6	7	5	18	39	21	113	
PARANHOS	10.677	15	6	5	1	2	36	32	97	
PONTA PORÁ	67.191	69	26	20	16	32	198	78	439	
PORTO MURTINHO	13.633	11	6	5	3	3	42	35	105	
SETE QUEDAS	8.390	14	3	2	3	7	37	20	86	
BRASIL	1.696.101	2.746	687	647	335	645	4.635	2.929	12.624	

Fontes: IBGE/Assistência Médico-Sanitária 2005 e IBGE/Estimativas do Censo Demográfico, 2005