Direitos Trabalhistas, Sindicatos e Integração Regional no Mercosul

grupo de trabalho do setor saúde da ISP / Cone Sul / Brasil

C 02 - 02558

APRESENTAÇÃO

Nos dias 10, 11 e 12 de outubro, realizou-se, no Rio de Janeiro, um seminário com sindicalistas da área de saúde da Argentina, Brasil, Chile e Paraguai, nos marcos de um projeto de cooperação entre a Fundação Friedrich Ebert (FES) e a Internacional dos Serviços Públicos - ISP. Como convidados participaram ainda sindicalistas do Canadá e dos USA, além de membros da Secretária de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e representantes dos trabalhadores na Mesa de Negociação do SUS naquele estado.

No seminário debateu-se a questão da globalização e das lutas sindicais atuais, a política de saúde proposta pelas agências internacionais, as mudanças em curso no sistema de saúde do Canadá, a ALCA e a OMC em relação aos serviços e o tema do Mercosul. Informes sobre as principais lutas dos(as) trabalhadores(as) de Saúde de cada país participante foram apresentados e, no final, elaborou-se uma plano de ação para o próximo período, incluindo a organização de um banco de dados para o setor.

Esta publicação procura reproduzir as excelentes apresentações e o rico debate que lá se desenvolveu, servindo para aprofundar o conhecimento sobre o tema no meio sindical.

Jocelio Drummond
ISP Brasil

Cássio França
FES Brasil

C 02 - 02558

SUMÁRIO

Direitos trabalhistas, sindicatos e integração regional no Mercosul
Grupo de trabalho do setor saúde da ISP / Cone Sul / Brasil

De Seattle a Porto Alegre: o papel do movimento sindical
Gustavo Codas pág. 3

A política de saúde nas agências internacionais: aspectos atuais
Nilson do Rosário Costa pág. 9

As mudanças em curso no Sistema de Saúde do Canadá
Helene Le Brun pág. 17

As negociações de serviços no GATS e na ALCA
Fátima Mello pág. 27

Prospectiva sobre o Mercosul
Maria Silvia Portella de Castro pág. 37

O Banco de Dados ISP Brasil/Observatório Social e a Saúde
Isabella Jinkings pág. 49

Perfil dos trabalhadores da saúde e seguridade social
Isabella Jinkings pág. 55

Resumo dos informes dos países participantes pág. 69

Considerações gerais pág. 71

Conclusões do seminário pág. 77

De Seattle a Porto Alegre: o papel do movimento sindical

■ Gustavo Codas*

Contexto geral

No início dos anos 80, os governos conservadores dos EUA (Reagan) e da Inglaterra (Thatcher) inauguraram a era neoliberal. Todavia, os pioneiros desse rumo foram as ditaduras militares da Argentina (1976-83) e do Chile (1973-90).

Com a derradeira crise do "socialismo real", no início da década seguinte, a hegemonia de tal programa parecia inconteste, assim como sua disseminação pelos mais diversos países do mundo, a qual se apresentava como um processo irreversível.

A ofensiva conservadora não se fez sem enfrentar resistência dos setores populares e das organizações dos trabalhadores, pois mesmo nos países capitalistas centrais houve lutas heróicas, como as dos mineiros ingleses contra a política de Margaret Thatcher e a greve geral, na França, em final de 1995.

No entanto, já perto de meados da década passada, a situação mudou. Podemos datar o início do novo período em 1994, com o levante indígena zapatista, no México que, pelos seus contornos, ganhou ampla adesão no país e atraiu a atenção dos movimentos sociais do mundo inteiro.

Uma alteração efetiva foi sentida em novembro de 1999 com a grande manifestação ocorrida em Seattle (EUA), contra a reunião da Organização Mundial do Comércio (OMC). Nesse momento, já repercutia com força na opinião pública a sucessão de crises financeiras que, em 1997, se iniciou nos "tigres asiáticos"; se alastrou, em 1998, na Rússia e na Bolsa de Valores dos EUA; em 1999, no Brasil e, em seguida, na Turquia e em todo o Cone Sul. Em 2001, estourou o escândalo das fraudes contábeis das corporações multinacionais - começou com a Enron, mas logo multiplicam-se em dezenas de casos de outras empresas de ponta da "nova economia" - que rapidamente repercute em brutais recuos das bolsas de valores pelo mundo afora.

Claro que a aplicação do projeto neoliberal deixa seqüelas na economia e na

* Assessor da Secretaria de Relações Internacionais da CUT.

sociedade. A própria atuação do movimento sindical se vê enfraquecida por causa das altas taxas de desemprego e da reestruturação promovida pelas empresas e pelo governo. O sindicalismo, nos diversos países, não enfrentou o neoliberalismo com a mesma estratégia: houve tanto tentativas de "adaptação" mas também de "resistência", assim como casos em que sindicatos passaram de posturas da adaptação ao confronto com esse projeto.

As novidades de Seattle:

a) pela sua composição, foi uma mobilização internacional, já que afluíram à cidade representantes de movimentos de diversas partes do mundo;
b) teve grande impacto internacional, criando uma onda de outras mobilizações com características similares;
c) conseguiu congregar grande diversidade de tipos de organização, redes, associações etc.;
d) a heterogeneidade política, ideológica e programática dos vários movimentos que confluíram não impediu sua unificação nas ruas, na mobilização e no imaginário construído coletivamente;
e) pôs em evidência o surgimento de uma nova geração política, com jovens de diversos setores sociais que começaram uma militância diretamente vinculada à perspectiva de resistência à globalização neoliberal;

O ponto de convergência entre os manifestantes de Seattle era a negação da ordem econômica mundial estabelecida.

Já os sindicatos percebem que sua ação é insuficiente nesse novo contexto. Por isso, a CUT (Central Única dos Trabalhadores) tem buscado construir alianças mais além do mundo sindical. No Brasil, a principal iniciativa nesse sentido foi o Fórum Nacional de Lutas, que reúne movimentos sociais e partidos de oposição ao neoliberalismo.

No âmbito internacional, a iniciativa mais importante em que a CUT está envolvida é o Fórum Social Mundial.

O Fórum Social Mundial - FSM

Ao longo do ano 2000, foi proposto e preparado o FSM para janeiro de 2001, em Porto Alegre. Em seu formato, tentou-se fazer como características fundamentais do Fórum, as mesmas do movimento fomentado por Seattle.

O Fórum Social Mundial não se define como uma organização e sim como um espaço. Um espaço de convergência, de intercâmbio, de conhecimento mútuo e de articulação entre aqueles e aquelas que assim o queiram. Não se propõe a ser uma "internacional", muito menos a "dirigir" os

movimentos, uma vez que não há obrigatoriedades de se mostrar a favor ou contra alguma resolução estabelecida.

Em segundo lugar, a diversidade é reconhecida como um valor positivo. Ao invés de se querer obrigar a todos a se organizarem da mesma maneira, permite-se que cada um se organize como possa e como queira e assim todos têm lugar garantido.

A terceira característica é que o Fórum não assume resoluções enquanto tal, porém estabelece que os participantes do espaço as assumam entre si, ou seja, que se identifiquem em campanhas e bandeiras.

E, finalmente, o Fórum procura desenvolver dois tipos de atividades: as que os organizadores preparam procurando a sintonia com os temas em voga, e os painéis e seminários sugeridos pelas associações e entidades participantes.

Por outro lado, o Fórum precisa buscar formas de estimular movimentos. Isso já se conseguiu pois, na realidade, uma das maiores manifestações do movimento antiglobalização que Gênova sediou, em meados de 2001, foi construída em janeiro, em Porto Alegre, pela delegação italiana que acertou sobre a mobilização contra o G8 ocorrida na cidade italiana.

Com o intuito de procurar construir ativamente tais espaços de convergência, o Fórum definiu como estratégia a mundialização. Dessa maneira, a construção do FSM de janeiro 2003 será precedido pela realização de outras edições em diversas regiões (Ásia, África e Europa), em um processo que vem envolvendo milhares de organizações sociais pelo mundo. Nesse sentido, houve um Fórum na Argentina, centrado na crise do modelo neoliberal; outro em Florença, na Itália, envolvendo os debates sobre toda a Europa, inclusive o leste europeu; em janeiro de 2003, ocorrerão três Fóruns: um na Índia, para a região asiática, outro na Etiópia, para a África e outro em Belém do Pará, no Brasil, reunindo os debates dos países amazônicos.

Para o Fórum de Porto Alegre, agendado para janeiro de 2003, está-se operando com algumas diretivas básicas: primeiro, em relação ao debate, considera-se importante que os movimentos e organizações discutam mais a fundo os problemas das estratégias para conquistar as alternativas propostas, pois em 2001, começamos com uma discussão crítica à ordem neoliberal; em 2002, tratamos das alternativas ao neoliberalismo e, em 2003, queremos juntar a essa seqüência um debate sobre estratégias dos movimentos para a conquista de tais alternativas.

O segundo desafio consiste na intenção de que Porto Alegre 2003 sirva como um momento importante de articulação de campanhas. Por exemplo: há uma vasta

discussão, nos diversos movimentos sociais e sindicais, sobre a Conferência da OMC, que ocorrerá em Cancun, no México, em setembro de 2003. Assim, para nós, Porto Alegre será a oportunidade chave para trabalhar a idéia de que Cancun seja um segundo Seattle, em termos de impacto na luta contra a OMC.

Por último, em matéria de novidades para 2003, estamos nos empenhando para que os debates não se restrinjam aos movimentos sociais, sindicatos e ONGs, mas que se estendam também a outros atores críticos da globalização neoliberal como partidos políticos, governantes, membros de governos - seja na esfera nacional ou local - e membros de organismos das Nações Unidas que tenham algum grau de aliança ou de diálogo com movimentos sociais. Serão as mesas de diálogo e controvérsia.

Além de respeitar a diversidade política e ideológica dos movimentos que lutam contra a globalização neoliberal, a proposta do FSM é dar visibilidade a essa pluralidade e criar um ambiente propício para sua convergência.

Assim, o FSM não se propõe a ser apenas uma "feira da diversidade", mas a facilitar aos movimentos seu diálogo sobre alternativas e estratégias comuns para alcançar o "outro mundo possível".

Colocando-se dessa forma, o FSM tem se mostrado capaz de canalizar as energias das mobilizações iniciadas em Seattle, daí seu grande sucesso e repercussão em diversas partes do planeta.

O sindicalismo no FSM

Em alguns países, os sindicatos estão fortemente engajados, junto com outros movimentos, nas mobilizações contra a globalização. Em outros, fazem sua próprias mobilizações em separado. Ainda há os sindicatos que buscam se integrar subordinadamente à nova ordem – essa terceira opção está cada vez mais desacreditada.

Mais além dessas diferenças, consideramos fundamental identificar que esse novo ambiente político mundial, aberto em Seattle, é favorável à luta pelos direitos dos trabalhadores. Ali findou a percepção de que haveria uma "hegemonia" neoliberal inconteste no mundo, de que não existiriam "alternativas" ao programa conservador e abriu-se o período da crise de legitimidade desse projeto imposto pelo capital financeiro e grandes corporações através de seus instrumentos como o FMI, o Banco Mundial e a OMC.

Para os sindicatos, interessa também observar que sua capacidade de pressão cresce ao se aliarem com outros movimentos e segmentos da população. Isso fica mais evidente se considerarmos, conforme mencionado, que vinte anos de neoliberalismo no mundo enfraqueceram o

sindicalismo com a imposição de níveis mais altos de desemprego, com a precarização do trabalho e com os ataques aos serviços públicos. Os sindicatos continuam a ser numericamente o principal movimento social na maior parte do mundo, mas nem sempre são os mais mobilizados ou suas ações produzem mais impacto na conjuntura dos seus países.

Devemos considerar ainda que segmentos importantes da classe trabalhadora são de difícil sindicalização. Desempregados, trabalhadores precarizados e do setor informal são alguns casos muito evidentes. Assim, quando esses segmentos se expressam por meio de outros tipos de organizações sociais (movimentos de jovens, grupos culturais, associações de moradores etc.), uma aliança com eles pode ser estratégica para os sindicatos.

O FSM é o espaço privilegiado para construir essa convergência num marco internacional, com uma agenda que contemple as prioridades do sindicalismo e dos diversos setores sociais populares organizados das mais variadas formas.

Como resposta a um questionamento feito pela ISP em anos anteriores, há a intenção de inserir mais visivelmente o debate sobre a questão do Estado e dos serviços públicos nas atividades estruturadas do FSM, embora seja possível que outros sindicatos ou movimentos também organizem algo sobre o tema. Ainda que não seja uma posição definitiva, pois depende de uma reunião internacional para fechar a estrutura do evento, pensou-se em dois aspectos fundamentais: em relação aos direitos, uma discussão sobre o livre acesso aos serviços essenciais, considerando-se saúde, seguridade social e educação como tais; e em relação à organização do poder político do Estado, um debate sobre Estado, serviços públicos e privatizações. Tendo em vista que esse último assunto é o cerne do neoliberalismo, seria insuficiente se o contraponto das privatizações não aparecesse como uma preocupação central dos organizadores do Fórum Social Mundial. Assim, pretende-se em incorporar essas questões aos debates além dos que os sindicatos e os movimentos proponham.

A política de saúde nas agências internacionais: aspectos atuais

■ Nilson do Rosário Costa*

Definição de saúde

A OMS (Organização Mundial de Saúde) definiu saúde como estado completo de bem estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou dano. Esse conceito amplo implica várias questões de política pública que transcendem em muito o escopo de intervenção da política de saúde voltado para as funções de atenção e cuidado. Tais funções são relativas ao atendimento hospitalar, às práticas de saúde pública e ao cuidado ambulatorial. O acesso aos medicamentos é outro tema extremamente importante em relação às políticas de saúde. Esse conjunto de atividade do setor de saúde sofre uma grande pressão de demanda, ou seja, a formação das necessidades do setor. Sobre eles que concentrarei minha intervenção.

A sociedade contemporânea utiliza as ações específicas de atenção à saúde visando um patamar básico para a solução da demanda da saúde. Há dois processos que ocorrem em qualquer país que afetam estruturalmente a capacidade de respostas das economias nacionais: a transição demográfica e a transição epidemológica. A primeira caracteriza-se por ser um problema incontornável em toda sociedade, correspondendo à mudança na esperança de vida, pois as pessoas vivem cada vez mais, o que gera aumento da população mais idosa na composição demográfica.

A segunda, a transição epidemológica, também é importante para a formação das necessidades do setor, pois as doenças infecciosas e parasitárias tendem a ter uma prevalência muito pequena nas causas da mortalidade na medida em que mudanças nas condições gerais de vida da população são verificadas, incluindo-se nessas melhorias o controle do impacto da violência sobre as populações jovens. Há uma mudança expressiva nos padrões de morbidade e mortalidade com a prevalência das doenças crônicas e degenerativas como causa de adoecimento e morte.

Tanto na classe alta como na baixa nota-se a transformação nos padrões sanitários. As mudanças provocadas pela transição epidemiológica afetam ambos os grupos e,

* Professor da Escola Nacional de Saúde.

portanto, não é possível dizer que existam doenças de pobres ou de ricos. A população de alguns dos países do Cone Sul, por exemplo, tem um padrão de demandas muito complexo, na medida em que vivenciam os dois processos: não somente não resolveram os problemas básicos que ocasionam as doenças infecciosas e parasitárias, como também defrontam-se com processos estruturais que geram novas exigências de cuidado para os efeitos das doenças crônicas e degenerativas.

A principal causa da mortalidade no Brasil entre os pobres são as doenças do aparelho circulatório, por exemplo. Esse é um ponto fundamental para se discutir pois há uma ligeira deturpação a respeito da separação das políticas públicas de saúde entre as classes sociais. Nesse sentido, supõe-se um pacote simples de soluções para os pobres, pois parte-se da crença de que esses adquirem enfermidades " mais simples", o que é um terrível equívoco.

Outra questão importante para o setor refere-se à inovação tecnológica, que pressupõe mudanças aceleradas de equipamentos e medicamentos. Esse desenvolvimento é muito específico porque, primeiro, é cumulativo, não havendo troca de tecnologia e sim um processo de coexistência, ou seja, a nova tecnologia tende a não substituir a mais antiga. Segundo, a introdução de novas tecnologias não gera redução dos custos da atenção à saúde, como nos demais setores da produção industrial.

Existe ainda a grande capacidade de inovação e substituição de medicamentos efetuada pelas indústrias transnacionais, que produzem as novas substâncias. Os setores de pesquisa dessas grandes empresas são extremamente dinâmicos. Isso também afeta a capacidade dos sistemas nacionais de saúde, que têm que responder à demanda de usuários e profissionais de saúde por esses novos produtos.

A mudança na percepção dos usuários-consumidores sobre o que é de fato necessário para a prestação de um bom cuidado é outro ponto chave do setor saúde, na medida em que há a crença generalizada entre a população de que a novíssima tecnologia é sempre o melhor caminho para os diversos tratamentos. Assim, os gestores da saúde sofrem pressões constantes para a introdução de novas tecnologias, pois a condição de consumidores leva a uma perda relativa da noção do que seja verdadeiramente um bom atendimento. Por força dessas percepções, o atendimento à saúde tendeu, ao longo dessas décadas, a uma elevada complexidade, pois a demanda foi orientada pelo princípio de que quanto mais hospitais, melhor seria o sistema de saúde, por exemplo.

A autonomia decisória do médico é também um aspecto crítico para os sistemas

nacionais de saúde, que deve ser considerado na formulação de políticas púbicas, pois esse profissional delibera com elevado grau de autonomia sobre os procedimentos em relação aos clientes, aos hospitais e ambulatórios. Nesse sentido, a perspectiva mais democrática nas discussões a respeito do papel da saúde, da década passada, tende a problematizar e ampliar o poder contratual dos pacientes e dos gestores do setor saúde em relação à autonomia decisória dos médicos.

É a partir desses temas de discussão que as agências internacionais tentarão realizar as reformas no setor. Na realidade, nessas reformas há a luta entre diferentes formulações sobre o modo de organizar o sistema. A sociedade contemporânea tem respondido de múltiplas maneiras à questão do modo de se fazer política pública para a saúde; são várias as soluções adotadas pelos governos e agências internacionais.

O seguro social está previsto em sistemas de saúde que incorporam a dimensão do corporativismo - idéia criada em 1890 -, em que a contribuição à previdência social determina a condição de acesso aos serviços de atenção à saúde. Essa direção da organização da saúde, baseada nas corporações de trabalhadores do mercado formal, permanece em muitos países da América Latina até hoje, com exceção do Brasil que mudou nos anos 80, com a formação do sistema único de saúde. Na maioria das vezes, o financiamento desse modelo é uma engenharia complexa, pois o seguro social é um sistema que não contempla a inclusão dos pobres e os trabalhadores do mercado informal.

Os países que optaram por sistemas mais inclusivos são aqueles que adotaram os modelos universalistas, caso da Europa e do Canadá. Baseado na noção de que todo cidadão tem direito ao atendimento médico em condições iguais, nesse modelo, a saúde é transformada em direito social, não havendo fragmentações na infra-estrutura da oferta de atendimento para pobres e ricos; empregados e desempregados etc.

Os EUA têm uma experiência importante - cujo modelo é baseado no mercado de seguro saúde – a qual está associada à capacidade de compra dos habitantes, pois é fortemente fundado na idéia de que a atenção à saúde é uma mercadoria qualquer. Ainda assim, existe uma combinação entre direitos sociais e política de fragmentação do sistema de saúde pelo estabelecimento da discriminação positiva de grupos sociais mais vulneráveis, isto é, os pobres e os velhos. Desse modo, ao se provar o enquadramento numa dessas categorias, o indivíduo adquire um seguro especial, com cobertura específica para suas necessidades. Mesmo assim, a exclusão é de aproximadamente 40 milhões de habitantes que não conseguem comprovar a situação exigida para obter tal seguro,

tampouco podem comprar seguro saúde no mercado.

Na América Latina, há países que mesclam todos esse modelos ao apresentarem sistemas ambulatoriais fracos para a população que está fora do mercado de trabalho formal e, portanto, não contribui para o sistema de previdência social mas, ao mesmo tempo, oferece o mercado de seguro de saúde para a população de alta renda, classes médias e elite da classe trabalhadora.

As experiências mais bem sucedidas de organização do sistema nacional de saúde são a universalista-solidária porque proporciona amplo atendimento, com relativo baixo impacto sobre as despesas nacionais. Há países que realizam um ótimo equilíbrio entre as despesas com saúde e os direitos dos cidadãos, com a incorporação de novas tecnologias e manejando, com sucesso, as questões de transição demográfica e epidemológica.

Já as nações que optam pelo modelo de mercado têm como caraterística especial o impacto sobre os gastos setoriais. Nos EUA, por exemplo, na década de 1920, as despesas *per capita* giravam em torno de US$ 29; em 2000, tais gastos foram estimados para US$ 4.200 ao ano. Houve, portanto, uma mudança exponencial nas despesas. Isso leva a considerar que com esse modelo organizacional é impossível fazer o financiamento da atenção à saúde nas economias de nossos países.

O debate sobre saúde realizado pelas agências internacionais apoiava-se nesses dados norte-americanos e questionava-se a possibilidade de se fazer um sistema de saúde amplo, pois acreditavam que não se poderiam reduzir as despesas sem mudanças na cesta de direitos universais. Isso gerou um impacto específico nas recomendações sobre qual sistema os países pobres e economicamente vulneráveis às pressões externas de bancos e credores deveriam adotar.

As políticas condicionantes das agências internacionais.

As agências internacionais mudaram muito nos anos 80, assim como o ambiente internacional, quando perceberam a oportunidade de influenciar os países dependentes, enfraquecidos devido à crise fiscal; logo concluíram que esses países não conseguiriam financiar as despesas nacionais. Houve uma diminuição de investimentos do mercado internacional, provocando então a mudança no papel dos bancos de cooperação multilateral, como Banco Mundial, FMI e mesmo Banco Interamericano de Desenvolvimento, os quais apresentam a função particular que é a capacidade de empréstimo a taxas de juros baixas.

Porém, a grande armadilha desse processo é a condicionalidade introduzida na negociação dos empréstimos. Até meados dos anos 90, os bancos privados multinacionais saem relativamente de cena

como financiadores e entram as agências multilaterais ocasionando, assim, a mudança de sua função estratégica. Nota-se a transferência no papel central de negociação dos empréstimos internacionais, que deixa de ser efetuada por bancos privados e passa a ser realizada predominantemente por bancos multilaterais.

Essas instituições, até então, tinham políticas específicas para a área de infra-estrutura, com dois focos de atividade: um associado a questões financeiras federais (os bancos centrais dos países) e outro, destinado à política industrial. Nos anos 80, conforme mencionado, os bancos mudam introduzindo questões sociais como objeto de preocupação e de formulação.

O primeiro problema colocado pelas entidades financeiras é a restrição de investimentos públicos de natureza universalista. Ocorrem debates para a criação do novo universalismo, em que os pobres passam a ser a categoria básica para o planejamento de políticas públicas por parte dos bancos. Esse processo gera a pulverização de programas de proteção social. A maneira de condução desses empréstimos, contratos e agendas fragmenta os programas orientados para a população carente, minimiza as intervenções na área social e limita a sustentabilidade e a expansão da infra-estrutura social universal dos países ao focalizar a ação pública nos pobres.

No Brasil, por exemplo, todas as intenções de investimento, nos anos 90, na área de saneamento são consideradas, pelo Banco Mundial, despesas que geram déficit público. Isso faz com que os bancos, que historicamente destinaram recursos ao Brasil, como o BNDES ou a Caixa Econômica, interrompam todos os investimentos.

Esse processo de estagnação de recursos financeiros para a área social gerou na América Latina a clara fragmentação dos objetivos das políticas públicas, como se houvesse quase um *apartheid* social no que concerne às estruturas de atenção destinadas aos pobres. Isso é quase uma restrição estrutural dos investimentos das agências internacionais. Nessa situação, as políticas públicas não conseguiram fazer as mudanças necessárias para a inclusão social, porque foi aprofundado o fosso entre as esferas de oferta de serviços para os pobres, para as classes médias e elite do mundo do trabalho. Esse desenho resulta numa tragédia para a identidade nacional coletiva porque desconsidera a necessidade de construção de espaços de convivência e intercâmbio entre os diferentes grupos sociais no território das cidades. O uso de serviços sociais (escolas, hospitais, ambulatórios) de modo compartilhado é um caminho necessário para essa convivência e para a sustentabilidade da própria sociabilidade.

A agenda da reforma do setor

Nessa formulação restritiva e segmentada para o sistema de saúde, a agenda das agências internacionais prevê a análise de custo efetivo e do custo/benefício como instrumento de orientação para as intervenções sanitárias, ou seja, as intervenções de alto custo devem ser abandonadas pelos sistemas nacionais dos estados pobres e vulneráveis. Pacotes assistenciais básicos que levem a melhorias de indicadores globais de saúde seriam mais apropriados do que o financiamento de transplantes, medicamentos para portadores de HIV ou tratamentos de longa duração para crônicos renais etc. Essa formulação gera um dilema ético importante porque os países precisam oferecer intervenções de alto custo e tratamentos de longa duração para grupos de risco e populações idosas que, em termos práticos, ferem qualquer concepção de eficiência econômica mas que são fundamentais em termos éticos e no sentido da defesa da vida. Ao insistir nessa lógica, as recomendações do Banco Mundial buscam uma "colonização" das decisões na saúde pela lógica microeconômica que não tem nenhuma sustentabilidade bioética, porque pressupõe a tomada de decisões que interferem sobre a vida dos cidadãos.

O movimento sindical deve ressaltar em sua agenda pressupostos levantados nas primeiras reformas sanitária como:

a) acesso universal: todo habitante do território, não somente com cidadania, deve ter acesso universal e igualitário ao sistema de saúde. (É o caso da Itália, cuja reforma dos anos 70 nasceu como uma construção hegemônica do movimento dos operários);
b) utilização compartilhada: nenhum país pode construir a democracia com espaços separados entre pobres e ricos, como as escolas e os hospitais diferenciados. O sistema de saúde brasileiro discrimina os mais pobres. Há uma tese segundo a qual determinadas tecnologias são desnecessárias a essa camada da população. O financiamento deve ser feito por um único fundo fiscal, através da taxação das rendas e salários, e ter o mesmo destino, ou seja, políticas sociais. No Brasil, apesar da última década ter sido um período recessivo, a taxação fiscal cresceu bastante, ainda assim não avançamos o Sistema Único de Saúde (SUS), que é uma obra inconclusa.
c) gratuidade dos medicamentos: necessita-se de políticas que co-financiem ou subsidiem os fármacos mais usados pela população. Esse tipo de gasto pesa sobremaneira nas despesas familiares com saúde entre a população carente, no Brasil. As pessoas morrem por falta de acesso aos remédios adequados;
d) sistema unificado: a idéia de que uma

única autoridade tenha a direção sobre o conjunto da atenção à saúde no país. O exemplo do Brasil é útil para esse caso: é necessário uma centralização do sistema de saúde brasileiro na esfera do Estado, estabelecendo-se um novo padrão regulatório para o SUS e para o mercado de planos e seguros de saúde.

A atualização da agenda proposta pelos sindicatos precisa considerar a idéia de adequação às regiões. Na América do Sul, por exemplo, há regiões muito pobres, densas e grandes e por isso teriam que dispor de políticas diferenciadas para as populações que habitam esses territórios. Existe ainda o problema das regiões fronteiriças. A Amazônia, tanto na parte brasileira quanto na venezuelana, necessita de políticas articuladas. Temos hoje riscos terríveis como a malária e o mosquito *aedes aegypt* nos continentes americanos. São necessárias políticas de integração transnacionais para a questão da saúde com a direção dos próprios países.

Além disso, os sistemas devem ser integrados para que se divulguem casos de sucesso como o espanhol e se aprendam com experiências positivas como a mudança ocorrida no tratamento de doenças mentais, que passaram do âmbito sanitário para o sócio-sanitário ou ainda as atividades dos médicos de família que, preparados durante anos para a função, apresentam grande capacidade de resolução de problemas.

Por último, há a necessidade de termos o *single payer* - expressão que se mantém em inglês por ter um significado próprio – isto é, a idéia de que somente o poder público paga aos prestadores de serviço com os quais deve negociar para que haja melhoraria no sistema de saúde.

As mudanças em curso no Sistema de Saúde do Canadá*

■ Helene Le Brun**

Apresentação

Na área da saúde e dos serviços sociais, a Central dos sindicatos do Quebec (Centrale des syndicats du Québec - CSQ) representa todas as categorias que trabalham nas repartições regionais e nos mais variados tipos de estabelecimentos da rede.

A CSQ, que é um membro da Coalizão Solidariedade Saúde (Coalition Solidarité Santé), estabelece como fundamentais a promoção e o desenvolvimento de serviços públicos de qualidade, principalmente na área da saúde e de serviços sociais, e a construção de uma sociedade mais justa e eqüitativa. Assim, é preocupada com o futuro de nosso sistema público de saúde e dos serviços sociais que a CSQ participa dos vários debates referentes ao assunto.

Os interesses em jogo descritos neste documento foram objeto de reflexões do comitê sobre globalização da Coalizão Solidariedade Saúde, durante a preparação do Encontro dos Povos, realizado em abril de 2001, e foram atualizados à luz dos trabalhos e dos relatórios recentes de diversos comitês ministeriais e governamentais, sejam provincianos ou federais. Claro que, a esse respeito, os elementos estudados estão em perpétua evolução.

A forma deste documento é de natureza deliberadamente sucinta, no intuito de estabelecer um panorama conciso, que permita a rápida apropriação dos temas por todos e a negação, com ênfase, do livre comércio na saúde e nos serviços sociais. Desse modo, é dividido em cinco partes:

a) retrospectiva;
b) estratégias de desmantelamento dos serviços públicos;
c) grandes tendências no Quebec e no Canadá;
d) o livre comércio no setor da saúde;
e) ação e mobilização solidárias.

Saúde e globalização

a) Retrospectiva

Pretende-se mostrar como as pressões de mercado são exercidas num estado social

* Tradução do francês: Alban Drouet.
** Conselheira da CSQ (Centrale des Syndicats du Québec - Central dos Sindicatos do Quebec).

democrata como o Canadá, um sistema federativo com 10 províncias que podem ser comparadas aos estados brasileiros.

A responsabilidade do governo federal em matéria de saúde pública resume-se ao financiamento do sistema e às grandes políticas de saúde. Cada uma das províncias tem autonomia para fazer uso desses recursos tanto na área específica, quanto nos serviços sociais; contanto que sigam os princípios básicos canadenses, que são os mesmos para todo o território.

Antes de tudo, o sistema de saúde no Canadá é 100% público e universal, ou seja, atende a todos gratuitamente independente do nível sócio-econômico (qualquer indivíduo terá acesso ao serviço sem nenhuma discriminação); além de bastar que a pessoa seja cidadã canadense a mais de três meses para usufruir dos direitos.

Outro princípio é o de integralidade, isto é, o sistema de saúde deve cobrir todos os gastos relativos à saúde, inclusive as despesas médicas, de enfermagem, de diagnóstico etc.

O terceiro princípio seria o direito de qualquer canadense ser reembolsado pelos gastos com saúde efetivados no território nacional ou fora dele. E por fim, a gestão do sistema é pública, ou seja, o *single payer* estabelece que todas as prestações de saúde do Canadá devem ser pagas pelo governo canadense.

O sistema de previdência de saúde, tal qual o conhecemos hoje, é relativamente jovem pois existe há 30 anos. Em 1970, adotou-se a Lei Previdenciária de Saúde, segundo a qual o regime público deve financiar os cuidados médicos, permitindo aos cidadãos serem tratados independentemente da renda própria. Antes disso, o sistema de saúde era totalmente privado e as pessoas que têm hoje mais de 40 anos tinham que pagar caro pelas prestações e às vezes se endividavam para poderem ser tratadas.

A grande virada mercantil: 1994-2005

Em 1994, na Conferência de Miami, deu-se início aos estudos que levarão ao estabelecimento da ALCA (Área de Livre Comércio das Américas) - incluindo todos os países das Américas, com exceção de Cuba.

Por uma incrível coincidência, exatos seis meses após, Ottawa reduz em um terço os repasses federais para o financiamento dos sistemas de saúde das províncias. É o começo da falência do sistema público, pois os serviços começaram a se deteriorar por falta de verba. Nos hospitais e instituições públicas, há filas de espera cada vez maiores para cirurgia e para os serviços emergenciais, muitas vezes, as pessoas esperam até dois dias para serem atendidas.

As promessas feitas previam a transferência de recursos financeiros dos centros

hospitalares em direção à comunidade e aos domicílios. Como tais recursos nunca foram repassados, tem-se direito, em todas as províncias, a uma desassistência pura e simples no que tange à convalescença, uma vez que houve uma drástica redução do período de permanência do paciente nos hospitais. Com isso, diminuiu-se o número de leitos, possibilitando a fusão de hospitais e o fechamento de outros por parte do governo, já que definitivamente não havia mais necessidade deles. Ao convalescerem no hospital, as pessoas tinham assistência de enfermagem e de outros paramédicos, agora não, vão para casa convalescer sem os cuidados necessários.

Ademais, atualmente o sistema cobre apenas os gastos efetuados nos estabelecimentos do governo e deixou de ser tão abrangente, pois despesas com fisioterapia, psicologia, cuidados óticos e dentários paras crianças não são mais assegurados pela previdência pública. Além disso, os serviços básicos de enfermagem e os chamados paramédicos estão ameaçados pelas reduções orçamentárias: "tudo vai pelo melhor dos mundos", como diria o primeiro ministro canadense.

De oito anos para cá, como conseqüência da deterioração do serviço público e do aumento das listas de espera, as classes média e alta protestam afirmando que possuem meios financeiros para pagar tratamento particular o que, por enquanto, é proibido por lei no Canadá. Todavia, existem partidos de direita que preconizam o desenvolvimento de serviços particulares de saúde, com a finalidade de compensar a saída do Estado. Com isso, há a quebra de solidariedade progressiva na sociedade entre ricos e pobres.

Por traz da profunda restrição de fundos destinados à saúde e aos serviços sociais, vê-se a estratégia do Banco Mundial que pretende desmantelar o sistema de saúde canadense, para que assim se deixe o caminho livre ao desenvolvimento do livre comércio na área de saúde.

b) Estratégias de desmantelamento dos serviços públicos[1]

1º: privação de recursos financeiros.

Pedra angular do desmantelamento, é praticada no Canadá desde 1995. Dada a escassez de recursos, cria-se artificialmente a penúria de serviços públicos. O sistema fica deficiente e a população, insatisfeita, exige o direito de pagar por cuidados médicos, uma vez que não se confia mais no sistema público.

Na província do Quebec, de 1995 a 1997, os cortes orçamentários na rede pública foram de 2,2 bilhões de dólares canadenses, o que eqüivale mais ou menos a 1,3 bilhão de dólares americanos. Em 1985, o governo federal cobria 25% dos gastos com saúde e, atualmente, cobre 11%.

[1] "O Estado num mundo em mutação"; in: Banco Mundial (1997).

Além disso, houve o programa de aposentadoria antecipada voluntária, em 1997, que privou a rede pública de aproximadamente 10.000 funcionários experientes (10%). Essa penúria de mão-de-obra não foi resolvida até hoje.

Os estabelecimentos da rede pública, principalmente os hospitais, acumulam *déficit* sobre *déficit* e não conseguem sair do vermelho. Em 2001, a adoção da Lei de Responsabilidade Orçamentária da rede pública de saúde e de serviços sociais proíbe *déficits* sob pena de tutela (o que a nova lei de governo veio reforçar). Assim, diminuem-se ainda mais os serviços.

Outros cortes foram proporcionados pela redução da contribuição patronal junto ao fundo dos serviços de saúde e pela redução de impostos (3,5 bilhões de dólares). Isso permite ao governo afirmar que a verba destinada à saúde consome 40% do orçamento do Estado, e que essas despesas não param de crescer, sendo que, na verdade, são as despesas globais do Estado que diminuem.

O Quebec é a província canadense onde as despesas privadas com saúde aumentaram mais rápido, pois dobraram desde 1977. É nela também que menos se investe por habitante nos serviços de saúde.

2ª: descentralização.

Na prática, significa que os cortes orçamentários são estabelecidos pela federação, em Ottawa portanto, e depois são aplicados pelas províncias que resolvem o que deve ser reduzido. Assim, cria-se uma distância entre o lugar onde se decide o corte de recursos e o lugar onde esses cortes devem ser implementados. Em 1995, foram as repartições regionais que tiveram que implementar os planos de corte, logo, escolhendo prioridades. Certas repartições e estabelecimentos se rebelaram. O Quebec, por exemplo, reagiu adotando a lei 28, que põe fim ao processo eletivo dos conselhos de administração das repartições, assim, os integrantes passaram a ser designados pela própria província.

3ª: tarifação.

Começa-se a pagar para se evitar filas de espera na realização de exames como os de ressonância magnética. Se a pessoa pode, dirigi-se a uma clínica privada e paga pelo serviço.

Visa-se, com a tarifação, a introdução no seio mesmo dos serviços públicos, da lógica de mercado e de concorrência. Isso tem por conseqüência a quebra de solidariedade entre os usuários e os cidadãos em geral (um princípio de usuário/pagante ao invés de um princípio de partilha e redistribuição de recursos). Toda tarifação limita o acesso aos cuidados para os mais pobres - 52% dos contribuintes quebequenses vivem com menos de 20.000 dólares por ano.

No Quebec, já se vê a tarifação dos serviços de apoio em domicílio.

Uma comissão do Senado canadense propôs, recentemente, a implementação de um tíquete moderador para os serviços de saúde.

4ª: desregulamentação.

Sob o pretexto de que há uma burocracia democrática inútil, querem abolir as regras públicas relativas ao bem comum. Isso se traduz, geralmente, pela possibilidade de subempregar e assim contornar as regras de trabalho vigentes para o setor público. É importante salientar que no sistema público de saúde canadense, com exceção dos médicos, todos os outros trabalhadores pertencem a um sindicato. Com esse tipo de terceirização, muitos paramédicos, enfermeiros e auxiliares são contratados sem fazerem parte de um sindicato o que permite reduzir custos para o Estado.

5ª: comunitarização.

Trata-se de uma retração do Estado, que transfere responsabilidades para grupos comunitários, empresas sem fim lucrativo e famílias.

O caso dos grupos comunitários é patente. O Ministério os considera agora como entidades que fazem parte integral da gama de serviços públicos de primeira linha. As tarefas que lhes são entregues são bem diferentes das campanhas de prevenção e de ações coletivas que os caracterizam. O Estado entra em contato com esses grupos para que prestem serviços de saúde pública, sabendo que a função original deles não é essa e sim, proporcionar educação popular, organizando a sociedade civil. A evolução forçada dessa missão é a prestação de serviços em domicílio durante um ano, a oferta de albergues para os idosos ou ainda serviços psicológicos para jovens.

Nesse sentido, tal repasse de responsabilidade representa pura e simplesmente a criação de um serviço público paralelo, que deve responder aos mesmos critérios das instituições de caráter público sem, por isso, tirar proveito das mesmas condições de funcionamento.

As empresas sem fim lucrativo, por sua vez, passam a ter que dar lucro. Porém, a atual razão de ser delas, de oferecer serviços de auxílio doméstico, não basta para tanto. Assim, têm que trapacear um pouco mais nos serviços públicos prestados às pessoas, como os banhos e o revezamento de guarda.

Finalmente, o repasse de responsabilidades para as famílias e, principalmente, para as mulheres, é generalizado no que tange ao apoio em domicílio. Hoje, os parentes realizam mais de 80% desse tipo de serviço.

O que está realmente em jogo é a liberalização dos mercados. Todo serviço que não é prestado pelo Estado vira uma mercadoria que pode ser vendida e, como tal, enquadrada nos tratados de livre comércio.

6ª: privatizações.

As estratégias anteriores desembocam na sexta e última que é a privatização. Por enquanto, no Canadá, não se chegou a esse estágio mas já existem grupos na sociedade que lutam contra isso. Atualmente, há quatro comissões que estudam a evolução do sistema de saúde nas províncias, cujos relatórios, já publicados, recomendam a maior participação do setor privado na área de saúde. O relatório elaborado pelo governo federal deve sair em novembro, mas já se sabe que vai querer redefinir o setor público no que se refere aos princípios expostos.

Há duas designações para as privatizações: ativa e passiva. A primeira determina que certos serviços não são mais segurados, como o tratamento dentário para crianças e tratamentos optométricos. Assim, o governo retira-se dessas áreas pura e simplesmente, deixando o setor privado ocupar o terreno. As pessoas têm acesso a esses serviços na medida em que podem arcar com os custos. Em 2001, no Quebec, o relatório final da Comissão Clair recomendou a revisão anual da cesta de serviços em função do monitoramento dos custos. Com certeza, vários deles deixarão de ser cobertos pela previdência pública.

Já a privatização passiva é aquela em que a falta de recursos cria uma penúria de serviços que passam, então, a ser fornecidos pelo setor privado. Como exemplo, tem-se os exames de ressonância magnética: as clínicas particulares permitem – mediante pagamento - que não se espere nas filas públicas.

Além disso, a Comissão Clair recomenda a compra de serviços privados pelo setor público, o que corresponde igualmente a uma privatização.

Privatizam-se os lucros, mas os prejuízos são coletivizados.

c) Grandes tendências no Quebec e no Canadá.

No Quebec e no Canadá há dois grupos que se constituíram sob o nome de Coalizão Solidariedade e Saúde que reúnem todos os setores sindicais ligados a área. Eles realizam ações como educação popular em todas as regiões da província, abordam temas de globalização e os efeitos da privatização no sistema de saúde pública e lançam panfletos que são distribuídos aos líderes sindicais. No ano passado, fizeram uma cartão postal em que denunciaram todas as vicissitudes da privatização e mandaram ao primeiro ministro.

Em 1996, Jacques Léonard, presidente do Conselho do Tesouro do Quebec, declara: "os governos, no futuro, serão cada vez menos intervencionistas e cada vez mais facilitadores. Nessa perspectiva, parceiros não-governamentais terão uma função mais importante no que diz respeito à execução de serviços públicos. Os

especialistas prevêem até a emergência de um terceiro setor, dito comunitário, que poderia ter um papel atuante na prestação de serviços sociais."

(desregulamentação → privatização → comunitarização).

Em 1997, o relatório de Guy Morneau, presidente da previdência de aposentadorias do Quebec, adia a criação do seguro-velhice, recomendando que a guarda das pessoas idosas seja feita pelo setor privado e que os Centros Locais de Serviços Comunitários (CLSC) não sejam mais responsáveis pela prestação dos serviços em domicílio, mas sim por sua coordenação.

(desregulamentação → tarifação → privatização).

Em 1998, o Comitê Arpin, sobre a complementaridade do setor privado para que se atinjam os objetivos fundamentais do sistema de saúde, recomenda a criação de clínicas particulares filiadas aos hospitais, além do trabalho junto aos parceiros não governamentais: empresas, empresas sem fim lucrativo, grupos comunitários.

(privatização → comunitarização).

Em 1999, o Comitê consultivo da ação comunitária autônoma delibera a política da ação comunitária autônoma e assina acordos de serviços com grupos comunitários para a prestação de serviços públicos (147 milhões de dólares para o financiamento de base e 100 milhões para os acordos de serviços).

(desregulamentação → comunitarização).

Em 2001, a Comissão Clair, além do já exposto, recomenda a criação de grupos de medicina familiar com remuneração por cabeça; a criação de clínicas especializadas para pequenas cirurgias (pequenos hospitais particulares); o respeito de um princípio dito de "subsidiaridade", isto é, a compra de serviços ao menor preço; a criação de um fundo especial de seguro-autonomia financiado por uma contribuição fiscal compulsória, cobrada sobre os rendimentos individuais de toda proveniência; recomenda que se faça uso de sistemas de seguridade complementares; recomenda um levantamento dos gastos correspondentes ao consumo individual de serviços; a comunitarização dos serviços e, finalmente, recomenda a criação de redes integradas de serviços.

(privação de recursos → desregulamentação → tarifação → privatização → comunitarização).

Em 2001 e 2002, a Comissão Romanow, sobre o futuro dos cuidados médicos no Canadá, recomenda a revisão dos princípios da Lei canadense de saúde, de suas interpretações e aplicações; a revisão dos modos de financiamento e da prestação de serviços. O Comitê permanente do Senado (Comitê Kirby) recomenda o uso de tíquetes moderadores e de serviços particulares.

(privação de recursos → desregulamentação → tarifação → privatização).

Em 2005: previsão para a assinatura da ALCA: não ao livre comércio na saúde e nos serviços sociais!

d) O livre comércio no setor da saúde.

Para o mercado mundial, a saúde é antes de tudo uma fonte inexaurível de produtos comerciais, como remédios, materiais médicos e de exames. O fornecimento internacional pode igualmente se estender aos serviços profissionais como telediagnóstico, consumo de prestações médicas no exterior, mobilidade dos profissionais.

Todos essas áreas podem ser submetidas às regras do livre comércio e cada nova área "desestatizada" transforma-se num mercado aberto. Além disso, ao se abrir um mercado em algum lugar (os hospitais particulares na província de Alberta), poder-se-á fazer o mesmo em toda parte.

O Quebec representa 16 bilhões de dólares no mercado mundial da saúde e mais de 100 bilhões de dólares dentro do Canadá.

Os Estados tentam aumentar a eficiência econômica, prejudicada por pressões estruturais (envelhecimento, tecnologia, novas necessidades), maximizando o rendimento e reduzindo os gastos através das privatizações, da supressão do caráter universal de certas prestações e da maior aplicação de princípios comerciais, como a proteção dos remédios patenteados.

Há uma reviravolta de paradigmas: enquanto, antigamente, a saúde era considerada uma riqueza coletiva e uma contribuição indiscutível ao crescimento cultural, social e econômico da nação, agora é vista como uma despesa sem limites, um obstáculo ao crescimento econômico.

Em 1994, o Acordo Geral sobre o Comércio de Serviços (GATS) instituiu a regra do "tratamento nacional", que obriga os Estados a concederem às empresas estrangeiras presentes nos seus mercados o mesmo tratamento (subvenções) do qual se beneficiam as empresas nacionais (empresas sem fim lucrativo, que prestam serviços de auxílio doméstico), caso contrário, o Estado deve compensá-las.

A conseqüência principal desse acordo é a perda da soberania nacional em matéria de política pública, pois qualquer Estado pode ser processado pelo tribunal do Nafta caso transgrida as regras do livre comércio, como por exemplo, amenize a regulamentação relativa à proteção de patentes.

Pode-se afirmar que há uma chantagem econômica mundial, na medida em que a OMS está cada vez mais amordaçada pelos representantes de sua Assembléia Mundial, cuja maioria dos delegados provém atualmente de empresas particulares farmacêuticas ou alimentícias, caso da Nestlé. Em 1986, os Estados Unidos

chegaram a retirar sua contribuição financeira à OMS porque ela se opunha a uma resolução que regulamentava os cuidados médicos particulares. Desse modo, por falta de recursos, a missão da OMS e sua capacidade para definir políticas que priorizem a saúde pública frente aos interesses comerciais estão ameaçadas.

e) A ação e a mobilização solidárias.

Faltam três anos para a assinatura da ALCA. Enquanto isso, devemos lançar mão de todas as tribunas possíveis (educação popular, mídia, comissões públicas) para denunciar as estratégias manipuladoras do Estado, como a redução de impostos.

Não podemos subestimar o impacto de levantes populares, como os ocorridos na África do Sul, Brasil e Índia. Temos que dar, em nossas vidas pessoais, a prioridade ao serviço público para dispormos da seguridade coletiva, de testes diagnósticos etc.

Devemos aumentar nossas alianças: grupos comunitários, sindicatos, sociedade civil. Coletivizarmos a ação, ficarmos em pé, enfrentarmos, dizermos não!

Serviços para quem precisa?[1]
As negociações de serviços no GATS e na ALCA

■ Fátima Mello*

Apresentação

O setor de serviços constitui-se hoje no núcleo dos interesses das transnacionais e dos países centrais, porque corresponde a cerca de 20% dos fluxos globais de comércio e cresce em ritmo mais acelerado do que o comércio de bens. A abrangência da definição do que se entende por serviços, somado às amplas possibilidades de lucros abertas pelos processos de privatização de inúmeros serviços públicos, tem colocado esse tema no topo das prioridades dos negociadores dos EUA, da União Européia, Japão, Canadá, entre outros, tanto no âmbito da ALCA como na OMC.

O que é o GATS/OMC

O Acordo Geral sobre Comércio de Serviços (sigla em inglês GATS – *General Agreement on Trade in Services*) é um dos acordos existentes na Organização Mundial do Comércio (OMC). Atualmente estão em curso negociações para a reforma do GATS, que vêm sendo conduzidas pelos interesses de países como EUA, União Européia, Canadá, entre outros, no sentido da total liberalização, desregulamentação e da ampliação da abrangência do que é entendido por serviços.

A reforma do GATS poderá incluir setores essenciais e públicos, afetando assim, de forma direta, direitos sociais conquistados nas áreas de educação, abastecimento e distribuição de água, saneamento, correios, fornecimento de energia e demais setores.

Através desse acordo, serviços são considerados uma mercadoria e, como tal, deve obedecer ao critério da máxima liberalização e abertura ao capital estrangeiro, de forma a maximizar os lucros das empresas (esse é um setor em que as transnacionais exercem um amplo domínio de mercado).

[1] Este pequeno dossiê traz algumas informações que a REBRIP recolheu sobre o assunto, para que as organizações de defesa de direitos possam identificar formas de mobilização que sejam capazes de parar as negociações em curso. As eventuais lacunas devem ser creditadas à dificuldade de acesso ao material (julho de 2002).

* Coordenadora da REBRIP (Rede Brasileira pela Integração dos Povos).

É importante ressaltar que o que for negociado na OMC sobre serviços será irreversível tendo, essa organização, o poder de sanção sobre os países que não cumprirem o que for acordado. Além disso, deve-se lembrar que tudo o que é decidido na OMC passa automaticamente a valer para a ALCA, uma vez que este é um acordo regional que deve obedecer as regras da OMC. Assim, todos os princípios, diretrizes e abrangência das negociações do GATS são válidos para as negociações de serviços na ALCA que, no entanto, como veremos adiante, vai mais além do que o GATS no que diz respeito à criação de garantias às transnacionais que atuam no setor de serviços.

A lógica da OMC, que rege todos os outros acordos, é que quanto mais se liberaliza o comércio, mais se alcança crescimento econômico e quanto mais se alcança crescimento econômico, mais se combate a pobreza. Desse modo, o livre comércio leva ao crescimento e este leva à redução da pobreza.

Princípios que orientam as negociações no GATS e na ALCA

Tanto na OMC como na ALCA, as negociações sobre serviços são orientadas pelos seguintes princípios[2].

1) Trato nacional: estabelece que os países integrantes deverão conceder às empresas fornecedoras estrangeiras um tratamento igual, ou não menos favorável, ao concedido àquelas locais e nacionais. Dependendo de como as negociações ocorram, esse princípio poderá valer tanto para governos nacionais como também para prefeituras e governos estaduais. Assim, caso um governo queira dar preferência a um fornecedor local numa concorrência para prestação de determinado serviço estará proibido de fazê-lo, pois terá que tratar de forma igual e "não discriminatória" aos fornecedores locais e aos estrangeiros.
2) Acesso a mercados: permite que empresas fornecedoras estrangeiras tenham acesso aos setores de serviços de um país, baseado no princípio do trato nacional.
3) Nação mais favorecida: determina que qualquer preferência concedida por um país membro a um outro país, fornecedor ou empresa deve, automaticamente, ser estendida a todos os demais países, fornecedores ou empresas existentes no âmbito do acordo. Essa medida pode ser uma ameaça ao Mercosul, por este ser um acordo que, para sobreviver, precisa estabelecer algumas preferências e, quando a ALCA define, por exemplo, que tudo o que é concedido ao Brasil se estende aos outros membros do

[2] "Porque dizer não à ALCA", in: REBRIP, Rio de Janeiro, março de 2002.

bloco, torna-se difícil mantê-lo.

4) Transparência: exige que os países integrantes publiquem e comuniquem todas as leis e regulamentações nacionais que se refiram aos setores de serviços. A falta de transparência, tanto dos países membros como da OMC na condução das negociações, revela que esse princípio não é cumprido, enquanto os demais são seguidos à risca.

Abrangência dos setores em negociação no GATS

As negociações em curso no GATS adotam uma ampla definição de serviços, havendo propostas de liberalização de países membros nos seguintes setores: serviços de construção, computação, arquitetura, propaganda, audiovisual, consultoria, distribuição, educação, energia (inclusive "serviços" de petróleo e gás), serviços ambientais (que incluem saneamento, abastecimento e distribuição de água), entrega rápida, financeiros, legais, logística, movimento de pessoas, correios, serviços profissionais, esportes, telecomunicações, turismo (e suas respectivas cadeias de hotéis, restaurantes, agências de viagens e serviços de guias turísticos), transportes (aéreo, marítimo, inclusive administração de aeroportos e portos). Ou seja, as negociações em curso no GATS abrangem tudo o que existe entre o céu e a terra, com o objetivo de liberalizar ao máximo qualquer "restrição" existente.

O GATS define que as medidas tomadas pelos países participantes na área de serviços devem ser válidas para as autoridades centrais, regionais e locais, ou seja, os países membros devem assegurar que os compromissos firmados sob esse acordo sejam observados também pelos governos estaduais e municipais.

Os defensores do GATS argumentam que o acordo preserva os serviços públicos das negociações para liberalização, já que prevê exceções no caso de "serviços fornecidos no exercício da autoridade governamental", cuja definição é: um serviço que "não é fornecido em base comercial nem em competição com um ou mais fornecedores de serviços". Trocando em miúdos, se o setor público de educação ou saúde de um país convive com a oferta de serviços privados, como é o caso brasileiro, o GATS então considera que tais setores devem estar sujeitos às suas obrigações de liberalização, já que, junto com a "autoridade governamental", convivem estabelecimentos com base comercial e mais de um fornecedor.

Somente se um setor apresenta unicamente a cobertura pública está de fora das negociações. Mesmo assim, no caso do Canadá, onde alguns setores são exclusivamente públicos mas os cidadãos têm que pagar uma taxa pelo uso, os EUA compreendem que isso manifesta uma base comercial e, portanto, tem que ser objeto da ALCA.

O GATS define que o comércio de serviços ocorre segundo 4 modos básicos de fornecimento:

1) prestação de serviços transfronteiras, isto é, do território de um país membro ao território de qualquer outro país membro;
2) consumo no exterior, isto é, no território de um país membro visando o consumo de serviços fornecidos por qualquer outro país membro;
3) presença comercial: quando um fornecedor de serviços estabelece presença comercial estrangeira no território de qualquer outro país membro. Este é o chamado Modo 3, que tem sido objeto de importantes discussões no âmbito da ALCA;
4) movimento de pessoas físicas: quando há a presença de pessoas no território de qualquer país membro, enviadas por fornecedores de serviços de um outro país membro.

Como os países se comprometem a liberalizar serviços no GATS e na ALCA

No GATS, o princípio do trato nacional descrito é aplicado somente aos setores de serviços incluídos em uma *lista de compromissos específicos* elaborada pelos países, em que se estabelece os setores que cada nação se dispõe a aplicar às regras de liberalização, são as *listas positivas*. No caso da ALCA, as negociações estão seguindo o modelo do Nafta (Acordo de Livre Comércio entre EUA, México e Canadá), defendido pelos EUA, das chamadas *listas negativas*, em que todos os setores são liberalizados, exceto aqueles indicados como reservas ou exceções.

No GATS, os países membros que se comprometem a abrir às transnacionais determinados setores de serviços, por meio da referida *lista de compromissos específicos*, ficam proibidos de manter ou adotar as seguintes medidas: limitar o número de fornecedores de serviços (na forma de cotas, monopólios ou outras); limitar o valor total das transações, bem como o número de operações envolvendo serviços; limitar o número total de pessoas que podem ser empregadas em um setor particular de serviços; e, finalmente, limitar a participação de capital estrangeiro (como estabelecer o percentual máximo para a participação acionária de capital estrangeiro).

É importante assinalar que, embora exista a possibilidade dos países membros apresentarem *listas de compromissos específicos*, na reforma em curso no GATS países como EUA, União Européia, Japão e Canadá estão pressionando para que sejam inseridas novas regras válidas para *todos* os membros da OMC e para *todos* os serviços, independentemente se os países tenham se comprometido ou não em abrir esses serviços ao capital estrangeiro[3]. Na prática,

[3] "Trading Health Care Away? GATS, Public Services and Privatisation", in: *The Corner House*, Briefing 23, July 2001.

portanto, o suposto direito dos países de decidirem quais setores desejam abrir pode estar prestes a cair por terra, o que valerá também para a ALCA, que por definição, até pode ter regras mais liberalizantes do que a OMC (pode ser *OMC-plus*), jamais pode ser menos do que ela.

Serviços na ALCA: mais além do GATS

As negociações sobre serviços na ALCA são uma prioridade para os EUA. As empresas fornecedoras daquele país terão muito a lucrar com a ampla liberalização e desregulamentação do setor. Além de partir do patamar das *listas negativas* mencionadas, outro problema fundamental nas negociações de serviços na ALCA é a estreita ligação com as negociações sobre investimentos, pois o capítulo que trata sobre esse assunto é um clone do capítulo 11 do Nafta que, por sua vez, é muito similar ao Acordo Multilateral de Investimentos (AMI), derrotado em 1998 após ampla mobilização internacional de movimentos sociais e da resistência de alguns países. Todavia, o AMI e todo o seu objetivo de dar poder às transnacionais de processarem governos por "potenciais lucros não alcançados" em função de legislação nacional "restritiva" está presente no texto do Grupo Negociador sobre Investimentos da ALCA.

De acordo com o capítulo de investimentos da ALCA, e também com o que atualmente ocorre nos países do Nafta, os investidores privados passarão a gozar do direito de processar governos nacionais, em tribunais internacionais privados e secretos, com base na alegação de que leis e regulações empreendidas por tais governos estariam impedindo seus lucros. Esse poder de arbitragem internacional substituiria, portanto, legislações nacionais que em muitos casos foram conquistadas após intensas lutas por direitos e por políticas públicas[4].

Já há muitos processos de empresas privadas contra governos em andamento nas instâncias do Nafta. O Canadá, por exemplo, onde o sistema de correio é público, está sendo processado por uma empresa privada dos EUA, a UBF, que entende que esse sistema impede seus lucros. Assim, o tribunal internacional configurado pelo Nafta permite que essa empresa processe o governo e, caso o Canadá perca, terá que eliminar seu sistema e pagar uma indenização milionária, com dinheiro dos cidadãos canadenses, para a UBF. Existem muitos outros casos semelhantes no âmbito ambiental. O governo da Califórnia, por exemplo, tem uma legislação que proíbe o uso de determinado aditivo na gasolina e está sendo processado por uma empresa para remover essa tal legislação. Há também

[4] "El Proyecto del ALCA y los Derechos de los Inversionistas – un TLCAN Plus, Un Análisis del Borrador del Capítulo de Inversiones del ALCA"; in: Aliança Social Continental – mimeo, junho de 2001.

casos contra municípios que proibiram a instalação de empresas de dejetos tóxicos.

Esse é um precedente gravíssimo que já existe no Nafta e tudo leva a crer que a ALCA vai utilizar as mesmas condições. O Mercosul, por sua vez, afirma que não vai aceitá-las, porém não se pode acreditar que as pressões norte-americanas não terão efeito.

Nas negociações da ALCA, os EUA querem que a presença comercial de fornecedores de serviços (o chamado Modo 3, definido pelo GATS) seja regulada pelo capítulo de investimentos. Isso significa que o Brasil, se mantiver políticas públicas em serviços sociais, poderá ser processado por investidores e empresas fornecedoras estrangeiras que pretendem atuar nesses setores, e obrigado a remover suas respectivas políticas públicas. Além disso, dependendo de como evoluírem as negociações, os amplos direitos concedidos aos investidores estrangeiros e às transnacionais poderão valer para todos os setores de serviços, inclusive os essenciais e públicos, e para todos os níveis de governo (nacional, estadual e municipal).

A Saúde no GATS e na ALCA

Em relação à inclusão da saúde no setor de serviços, nada está ainda definido nem no GATS nem na ALCA, tudo está na mesa de negociações. Porém, não se pode deixar de notar que a saúde está contida em diversas categorias incluídas nas negociações, como por exemplo, na categoria de serviços profissionais, podem ser incluídos serviços médicos, dentários, de enfermeiros, de laboratórios, fisioterapia; na categoria de serviços sociais relacionados à saúde, estão incluídos os hospitais; na categoria de serviços financeiros não há apenas serviços relacionados aos bancos, mas também serviços de seguro saúde e pensão e, finalmente, a categoria de serviços ambientais apresenta um impacto direto sobre a saúde.

Um exemplo do que está sendo proposto ao Brasil no GATS

Em março de 2002, a Comissão Européia (CE) apresentou sua lista de pedidos de liberalização ao Brasil no âmbito da reforma do GATS. Essa lista, um exemplo dos riscos que a sociedade brasileira enfrenta sem nem ao menos estar informada, é iniciada com solicitações em relação ao Modo 3 (presença comercial). Entre elas, está incluída a informação de que o Banco Central do Brasil estabelece procedimentos para a transferência de fundos para o exterior e a respectiva solicitação para que, se o termo "procedimentos" significar qualquer tipo de restrição, deve ser excluído.

Em relação ao Modo 4 (movimento de pessoas físicas), a CE solicita que o Brasil elimine a determinação de que no mínimo 2/3 da força de trabalho tenha que ser brasileira. Solicita também que no item

"técnicos especializados e profissionais altamente qualificados" sejam retiradas as exigências de aprovação por parte do Ministério do Trabalho, que requisita justificativa da necessidade de transferência.

A CE solicita, ainda, abertura do Brasil nos seguintes setores de serviços:

a) profissionais (serviços legais, de auditoria, contabilidade, arquitetura, engenharia, planejamento urbano);
b) *business* (computação, *leasing*, propaganda, pesquisas de mercado e de opinião pública, segurança, consultoria técnica, impressão, publicações, tradução);
c) correios;
d) telecomunicações (a CE solicita, entre outros, que o Brasil remova a "restrição" vigente de obrigação de uso de satélites que ocupem posição notificada pelo Brasil, e os direitos exclusivos da Embratel);
e) distribuição (de veículos automotores, combustíveis, *franchising*);
f) ambientais (a CE solicita que o Brasil abra às suas empresas os serviços de coleta, purificação e distribuição de água, esgoto, saneamento, proteção em relação à poluição atmosférica e sonora, proteção da natureza);
g) financeiros (a CE faz inúmeras solicitações de desregulamentação para que seus bancos possam atuar sem restrições de qualquer natureza no Brasil, entre elas a eliminação de limites à expansão do número de filiais, a remoção da proibição de manutenção de contas em moeda estrangeira etc.);
h) turismo (a CE solicita a aplicação do princípio do trato nacional no sentido da remoção de "discriminação" para companhias estabelecidas em relação a incentivos fiscais);
i) transportes (marítimo - uso dos portos, transporte internacional de carga e de passageiros -; aéreo - manutenção de equipamento, sistemas de computação, vendas, administração de aeroportos – rodoviário e férreo);
j) energia (a CE solicita abertura em exploração, produção, mineração, consultoria, distribuição e transmissão, transporte de petróleo e gás natural).

Para cada um desses itens, a CE especifica as normas vigentes no Brasil, bem como sua expectativa de abertura do setor. A mensagem da CE é clara: quer que o Brasil remova toda e qualquer regulação nacional que impeça a presença de suas empresas que atuam nesses setores de serviços e que queiram expandir seus negócios para o Brasil.

Como o prazo para a apresentação de pedidos de liberalização aos países expirou em final de junho passado, outros países, como os EUA, devem ter apresentado seus pedidos mas, infelizmente, até o momento não tivemos acesso a outros documentos a esse respeito.

Datas importantes do processo negociador do GATS:

As negociações para a liberalização dos serviços no âmbito do GATS foram iniciadas oficialmente no início do ano 2000. A partir de março de 2001, saíram da fase correspondente à definição de diretrizes e de procedimentos e entraram na fase de negociação de acesso a mercados. As próximas etapas serão:

30/junho/2002 – prazo para os países apresentarem seus pedidos de abertura dos setores de serviços aos demais membros da OMC (solicitações de acesso a mercados).
31/março/2003 – prazo para os países que receberam pedidos de abertura apresentarem suas ofertas de setores que oferecerão às negociações de liberalização (ofertas de acesso a mercados).
10 a 14/setembro/2003 – V Reunião Ministerial da OMC, em Cancun, no México, onde setores como investimentos e serviços (os chamados novos temas da OMC) serão tratados de forma mais contundente.
01/janeiro/2005 – conclusão das negociações.

Datas importantes do processo negociador da ALCA:

final de outubro/2002 – reunião ministerial em Quito, no Equador. As negociações vão ingressar na fase definitiva. Depois dessa reunião, o Brasil e EUA passam a co-presidirem as negociações.
15/dezembro a 15/fevereiro/2003 – período para a apresentação das ofertas de liberalização, isto é, o que cada país vai oferecer como setores a serem liberalizados na ALCA.
Fevereiro a junho/2003 – os outros países solicitam melhorias nas ofertas recebidas, ou seja, os EUA vão analisar as ofertas do Uruguai ou do Chile e, provavelmente, julgá-las insuficientes.
Julho/2003 – os países apresentam suas ofertas revisadas, ou seja, com suas listas mais consolidadas de setores que vão ser submetidos às regras de liberalização.
Janeiro/2005 – momento em que as negociações se encerram.

Infere-se que o ano de 2003 será absolutamente essencial para as negociações da OMC e da ALCA. Em Cancun, haverá muitas articulações e organizações não somente das Américas, mas de todo o mundo, para que se tenha uma solução conjunta, pois o que lá acontecer definirá muito da amplitude das negociações.

O que fazer?

As diretrizes do GATS indicam que os membros da OMC têm, pelo menos por enquanto e em tese, o direito de especificar quais setores de serviços desejam abrir ao capital externo. É claro que isso está

condicionado por todo tipo de pressões e de ameaças de sanções por parte dos países centrais. Mas o governo brasileiro, se tiver vontade política de manter políticas públicas e disposição de defender posições duras nas negociações do GATS, pode excluir de sua *lista de compromissos específicos* diversos setores.

Nós podemos dizer não ao GATS, porém é difícil de sermos ouvidos pois as negociações já estão em andamento, portanto, o que nos resta a fazer é pressão sobre nossas autoridades. Nesse sentido, podemos pressionar nossos governos a não incluir alguns setores, como a saúde, em suas ofertas de liberalização. Esse é o ponto em que as negociações estão.

Para que isso aconteça, é necessária uma ampla mobilização da sociedade e o envolvimento do Parlamento. Enquanto as transnacionais que atuam no setor de serviços possuem *lobbies* extremamente ativos, a sociedade civil nem sabe como estão as negociações.

Uma condição essencial para que a sociedade possa se mobilizar é que haja acesso aos textos das negociações. Até hoje, não sabemos de forma consistente o que o Brasil vai oferecer à abertura nem o que está demandando de outros países. Somente tendo acesso a essas informações, será possível montar ações coletivas entre as organizações sociais, e entre estas e o Parlamento. Este pode ser acionado no sentido de exigir não apenas as necessárias informações, como também a imediata suspensão das negociações por parte do Brasil até que se examine a compatibilidade entre as regras do GATS e a respectiva legislação brasileira.

No caso da ALCA, o Brasil pode e deve rejeitar o acordo em bloco. Já que a configuração da ALCA se encontra em construção e, portanto, os países ainda não são membros nem assinaram o acordo, é mais fácil retirar-se.

No caso da OMC, em que o Brasil é membro e signatário dos seus acordos, haveria pelo menos dois caminhos: jogar duro nas negociações para que as regras multilaterais do comércio sejam totalmente repensadas e redirecionadas no sentido da necessária regulação democrática e combate às desigualdades e assimetrias entre e no interior dos países; ou fechar as portas da OMC e fundar uma organização nova, de natureza verdadeiramente multilateral e democrática.

Prospectiva sobre o Mercosul*

■ Maria Silvia Portella de Castro**

Apresentação

O Ministério de Relações Exteriores do Brasil criou um Grupo de Reflexão sobre as Prospectivas do Mercosul, integrado por acadêmicos, pesquisadores e atores diretos do processo de negociação, para o qual fui convidada. A iniciativa da Presidência Pró Tempore do Mercosul - exercida pelo Brasil até 31 de dezembro de 2002, apesar de limitada frente às enormes carências e desafios que estão postos para o Mercosul - é positiva pois busca ampliar as reflexões sobre os caminhos a serem seguidos, assim como recolher propostas que permitam a retomada do processo de construção do bloco, que está praticamente paralisado há dois anos, em função da crise econômica que vem castigando os quatro países que integram-no, principalmente a Argentina.

Como nenhum outro/a representante do sindicalismo foi convidado a integrar o Grupo de Reflexão, optei por apresentar um texto em que busquei reunir e sintetizar um conjunto de reflexões e propostas que vêm sendo formuladas pela Coordenadora de Centrais Sindicais do Cone Sul (CCSCS) para, dessa forma, garantir que o debate inclua também as preocupações e demandas sindicais.

Introdução

Como assessora sindical, tenho estudado, refletido e acompanhado o processo de negociação e consolidação do Mercosul desde o seu início, participando como observadora "ativa" de algumas negociações oficiais (alguns subgrupos) e da constituição da Comissão Sociolaboral e do Observatório do Mercado de Trabalho do Mercosul – organismos já criados para tratar dos temas sociolaborais -, assim como da construção do Foro Consultivo Econômico Social do Mercosul.

Seja por força de minhas convicções políticas e ideológicas, seja por força de minhas atividades profissionais junto à CUT e ao movimento sindical da região – sempre analisei esse processo pela ótica dos interesses do mundo do trabalho e, nesse sentido, defendi a tese de que a criação,

*Texto apresentado ao Ministério de Relações Exteriores no dia 24/09/2002.

**Socióloga e consultora sindical, assessora da CUT, da CNM-CUT, da CCSCS e editora do Correio Sindical Mercosul.

aprofundamento e consolidação de um Mercado Comum dos países do Cone Sul e, futuramente, da América do Sul poderia e deveria ser um instrumento privilegiado para a geração de uma nova fase de desenvolvimento econômico, social e político do Brasil e da região.

Essa foi também a compreensão das cúpulas sindicais (infelizmente e por distintas razões, esse processo nunca se entranhou na agenda do movimento sindical de forma mais ampla) que, desde novembro de 1991, decidiram por um engajamento ativo e propositivo no processo. Em 1996 e 1997, escrevi dois textos[1] em que procurei analisar as motivações para um apoio à formação de um bloco comercial e econômico, já que liberalização comercial poderia significar competição também por empregos.

Sem dúvida, uma das motivações foi o aprofundamento da democracia, isto é, "em virtude do desenvolvimento político, num contexto de redemocratização e da semelhança dos modelos econômicos adotados pelos governos civis, os sindicatos dos países do Cone Sul viram-se confrontados com problemas idênticos: redução do aparelho do Estado, privatização de empresas e de serviços estatais, flexibilização do mercado de trabalho etc. A consciência de estarem diante de processos econômicos interdependentes criou nos sindicatos, pelo menos, os pressupostos necessários à superação de uma estreita visão nacional, além de provocar condições favoráveis à cooperação a nível regional."

Outra motivação foi a obtenção de melhorias nos planos social e trabalhista. "Na primeira fase do Mercosul, as demandas sindicais se estruturaram em torno da Carta Social, ou seja, da construção de um sistema de regras laborais e sociais que garantissem iguais direitos e condições de trabalho para todos os trabalhadores que livremente circulariam pelos países do mercado integrado. (...) A agenda sindical contemplava também os temas de emprego, qualificação profissional, saúde e segurança no trabalho, mas sem dúvida os discursos priorizavam a meta de um Mercosul regulado por uma legislação laboral."

Provavelmente, o fato da construção do Mercosul ter se dado em meio a um processo de abertura comercial generalizado, de internacionalização dos mercados nacionais e de uma profunda reestruturação dos modos de produção exerceu grande influência na avaliação do desenvolvimento da agenda sindical, assim, "pode-se dizer que, no primeiro período de negociações do Mercosul, as representações sindicais, articuladas na

[1] *"Cinco anos de Mercosul: uma tentativa de avaliação da ação e das perspectivas sindicais"* e *"O sindicalismo do Mercosul: sua trajetória e suas perspectivas num contexto de ampliação comercial hemisférico"* – ambos publicados.

Coordenadora de Centrais Sindicais do Cone Sul - CCSCS, esboçaram, na prática (não se pode dizer que haja uma elaboração teórica), uma estratégia que refletia, ao mesmo tempo, as ações de resistência nacionais em defesa do modelo trabalhista regulado e um perfil propositivo, ao formular propostas que buscavam sua inserção na conformação macroestrutural do modelo de integração."

Diferente de outros blocos, o sindicalismo dos quatro países nunca foi contra a criação do Mercosul, pelo contrário, apoiou a idéia com postura crítica em relação ao caráter estrutural e à priorização das negociações comerciais, ao invés de políticas e medidas que impulsionassem, de forma mais direta, o modelo de desenvolvimento que defendia. Essa postura crítica foi acompanhada, porém, de uma estratégia participativa que levou à proposta de criação do SGT de Relações Trabalhistas já em 1992 e à participação em outros subgrupos considerados de igual importância (o que foi facilitado pelo regimento do Mercosul que permitia a presença de observadores).

De tudo isso, o mais importante é que as centrais sindicais do Mercosul colocaram-se de maneira bastante pragmática, o que lhes permitiu construir uma pauta comum, voltada para aspectos mais regionais que nacionais. Além disso, não restringiram suas formulações apenas aos temas trabalhistas e sociais, entendendo que não adiantaria defender a proteção de direitos dos trabalhadores se não houvesse uma política capaz de gerar produção e crescimento e, portanto, empregos e melhores salários. As representações sindicais formularam propostas e tentaram participar das negociações para a definição da TEC (Tarifa Externa Comum); propuseram, em 1994, a criação de foros tripartites setoriais nas áreas de indústria e agricultura, para integração e complementação das cadeias produtivas e apresentaram várias sugestões relativas à estrutura institucional do Mercosul. Tal postura diferencia muito a experiência sindical do Mercosul em relação aos seus parceiros da União Européia e mais ainda do Nafta, blocos em que o sindicalismo teve uma posição mais defensiva (cláusula social, agenda restrita a temas laborais etc.) que propositiva.

Esse patrimônio político e cultural é pouco conhecido e pouco valorizado nas esferas que atuam e/ou acompanham o Mercosul e pode ter um papel importante no esforço que se pretende fazer para revalorizar e aprofundar o acordo, principalmente, no reforço das estratégias de relacionamento externo do bloco. Isso implica a necessidade de valorização dos temas postos pelos movimentos sociais na agenda principal do Mercosul, de se reduzir sua participação nos temas tradicionais sindicais, mas também nos de caráter macro estrutural, assim como dos organismos já existentes para o trato dos temas e questões

sociais, para que os mesmos possam servir de canal privilegiado para a negociação e solução de problemas e conflitos nessas esferas.

Algumas reflexões e sugestões

A partir do Protocolo de Ouro Preto, em 1994, ao invés dos temas macroeconômicos, políticos, sociais e estruturais passarem a ter maior destaque na agenda de negociação, pelo contrário, ficaram congelados e relegados ao campo da retórica. Isso se deve em grande parte porque a "harmonização macroeconômica" foi subordinada à adoção das políticas de ajuste fiscal e estabilização financeira – nas quais ocuparam papéis centrais a sobrevalorização cambial e delegação ao mercado para a recomposição dos termos de trocas comerciais intrabloco. Em função disso, deixaram de ser adotadas políticas integradas de financiamento, tributação, de relacionamento com os organismos financeiros internacionais e se optou por uma estrutura institucional de baixo perfil e caráter intergovernamental.

Essas escolhas debilitaram o processo de integração e quando os níveis de comércio começaram a cair, em 1999, os conflitos comerciais localizados passaram a dificultar as tentativas de superação dos obstáculos. Em 2001, quando a crise econômica e social se aprofundou nos países sócios e o intercâmbio comercial retrocedeu a níveis impensados, ficou clara a fragilidade do Mercosul para sobreviver como bloco em meio ao modelo de regionalismo aberto que havia escolhido.

A crise que vive o Mercosul demonstra que sua continuidade exige mudanças na gestão das políticas nacionais adotadas na década de 90 e evidencia a natureza estratégica e geopolítica desse projeto para o estabelecimento de relações mais equilibradas e soberanas – seja nas negociações com a União Européia, seja na ALCA, seja nas negociações com a OMC – haja vista que, mesmo com debilidades, o Mercosul é o único pólo de confrontação de estratégias nas negociações com os países centrais. O aguçamento da crise social também colocou nitidamente a necessidade de revisão de resistências anteriores e uma maior participação dos Estados na formulação de políticas regionais para a retomada do processo de construção do bloco.

Não por acaso, nas duas reuniões dos presidentes do Mercosul, em 2002, principalmente na de julho, as principais resoluções disseram respeito a temas sociais e de estrutura institucional (o que se espera é que não tenham sido apenas paliativos para preencher o vazio da impossibilidade de resoluções no plano econômico e comercial).

Partindo dessas constatações, o que me pareceu mais prático, foi trabalhar sobre algumas das resoluções do CNC,

introduzindo outros temas de igual importância para as definições do próximo período.

Para facilitar a apresentação tratarei os temas por blocos.

I Temas sociais

Na última reunião de presidentes foram aprovadas, entre outras, resoluções relativas aos temas de Migrações, Integração fronteiriça – diretrizes, visando a harmonização da legislação migratória e a criação de um espaço institucional específico para enfocar os problemas fronteiriços - e Trabalho infantil[2] - de caráter retórico.

a) Migrações – A decisão de formular um procedimento harmonizado e uniforme em matéria migratória não vem da decisão de promover a livre circulação de mão-de-obra, mas sim das demandas das empresas para a contratação de serviços específicos com prazo determinado. De qualquer forma, isso deve requerer não apenas a harmonização legislativa, mas o acordo sobre questões relativas à certificação ocupacional, integralidade de aposentadoria (o Acordo de Seguridade Social até hoje não foi posto em prática), harmonização de legislação no caso de contratos por tempo determinado etc. Ou seja, é um tema que não pode ser tratado apenas no âmbito das negociações da comercialização de serviços – deve estar sob a condução da área específica existente que o SGT 10 e o instrumento acordado devem acrescentar à Declaração Sociolaboral e, portanto, analisado pela Comissão Sociolaboral.
b) Integração fronteiriça – Alguns dos problemas cruciais em relação às fronteiras têm espectro mais amplo (questões cambial, tributária, comércio varejista, acesso ao atendimento hospitalar, contagem de tempo para aposentadoria e circulação de trabalhadores); outros são de natureza localizada e poderiam ser resolvidos em curto prazo ao nível local - municipal e/ou estadual – (funcionamento de aduanas, acesso aos serviços hospitalares, unificação das passagens de transporte urbano etc.), sendo fundamental, portanto, que o *grupo ad hoc* de fronteiras tenha autonomia e autoridade para chamar as áreas federais envolvidas e buscar a formulação de estatutos e/ou procedimentos específicos para as zonas fronteiriças.

Quanto aos conflitos de ordem local, não bastará a presença de representante do FCES, é preciso avançar para a criação de Comitês de Fronteira integrados pelas autoridades executivas e legislativas, além

[2] Reunião CMC, Buenos Aires, 05/07/2002.

de organizações sociais locais (hoje os comitês funcionam somente no plano consular e de autoridades municipais) para que seja agilizada a negociação de soluções e a sociedade local possa participar de forma mais propositiva nas tarefas de integração.

Percebe-se também um alto grau de informalidade no mercado de trabalho das regiões fronteiriças. Portanto, o grupo *ad hoc* deveria debater a adoção de três medidas concretas: 1) dotação de condições para que o Observatório do Mercado de Trabalho do Mercosul promova uma pesquisa detalhada do funcionamento desse mercado de trabalho - níveis de subocupação, de informalidade laboral e mesmo casos de ocorrência de piores violações como o trabalho infantil e forçoso (essas violações são facilitadas pela circulação não oficializada de trabalhadores) para buscar as formas de atenuar e/ou eliminar esses problemas; 2) elaboração de um estatuto de regulação das relações trabalhistas específico para as regiões fronteiriças, a ser incorporado como parte da Declaração Sociolaboral; 3) formação de equipes integradas de inspetores e/ou fiscais de trabalho dos países em fronteira, para garantir o cumprimento das normas gerais estabelecidas.

c) Trabalho Infantil – Sem dúvida é positiva a aprovação da *Declaración para la erradicación del trabajo infantil*, principalmente por reconhecer o agravamento do problema e reforçar iniciativas já existentes. No entanto, é estranho a aprovação de uma nova declaração sobre esse problema, quando já existe no Mercosul um instrumento como a Declaração Sociolaboral, que prevê entre seus primeiros artigos a erradicação do trabalho infantil. Como ambos documentos são "declaratórios", a resolução de julho não pode ser considerada uma evolução no tratamento do tema e soa como sendo meramente propagandística. Para erradicar o trabalho infantil – além das mudanças nas políticas econômicas que geram o problema - é preciso fortalecer os organismos de fiscalização e de tratamento dos temas trabalhistas já existentes, mas pouco ou nada operantes.

Os instrumentos do Mercosul para promover a elevação de seus padrões laborais carecem de autoridade e relevância, não dispõem de condições mínimas de funcionamento e nem desfrutam de espaços medianamente significativos nas agendas do GMC (Grupo de Monitoramento Macroeconômico) e da CCM (Comissão de Comércio do Mercosul). Para garantir o cumprimento da Declaração Sociolaboral, aprovada em 1998, é fundamental prover a Comissão Sociolaboral de efetivas e concretas

condições de trabalho[3] por meio do fortalecimento de sua capacidade resolutiva, da dotação de verbas e recursos humanos e técnicos para a realização de estudos e investigações necessários para zelar pelo cumprimento da Declaração Sociolaboral e pelas convenções internacionais que os quatro países adotam.

Quando se fala de prospectiva do Mercosul, deve-se ter em mente que não haverá fortalecimento da integração se os graves problemas sociais e distributivos não forem tratados. Além disso, um aprofundamento da integração pode acarretar mais impactos no plano social e trabalhista. Assim, é preciso dar condições efetivas de funcionamento ao Observatório do Mercado de Trabalho e à Comissão Sociolaboral e readequar o funcionamento de um organismo como o SGT de Relações Trabalhistas, Emprego e Seguridade Social[4], transformando-o num espaço de análise de problemas e proposição de soluções para os mesmos (seja no plano da negociação tripartite, seja na formulação de políticas comuns e na harmonização legislativa de temas que já exijam esse procedimento).

Outra medida que deve ser tomada é a oficialização da inspeção de trabalho quadripartita. Há quatro anos, o SGT 10 desenvolve missões conjuntas de inspeção com a participação de fiscais do trabalho e de representantes sindicais e patronais dos 4 países. Essas práticas "informais" resultaram em avaliações extremamente positivas mas, por serem restritas ao intercâmbio de experiências, não puderam contribuir para a correção dos problemas percebidos. A institucionalização dessas inspeções e dotação de autoridade às mesmas seria um instrumento de grande ajuda para a melhoria dos padrões laborais do Mercosul.

II Temas macroeconômicos e produtivos

1. União Aduaneira

A grande questão é saber o que se pretende de fato com o Mercosul: se uma união aduaneira ou uma simples zona de livre comércio. Por outro lado, a situação de debilidade atual das economias nacionais e os enormes desafios que teremos pela frente no relacionamento externo reafirmam que é preciso avançar com urgência para a finalização do processo de construção da União Aduaneira.

Para a retomada desse percurso, deve-se tratar entre outros dos seguintes temas:

a) revisão da TEC – É inegável que as alterações tarifárias promovidas

[3] Uma Comissão que se reúne de 2 a 4 vezes ao ano, que não conta com verbas e orçamento, não tem um corpo técnico mínimo e nem se caracteriza por um espaço de negociação de soluções, pode efetivamente garantir o seguimento da aplicação da Declaração Sociolaboral nos 4 países?

[4] Hoje o SGT 10 realiza duas reuniões por ano, tem uma estrutura de três comissões e várias subcomissões, uma agenda temática extensa e genérica, o que não lhe permite tratar dos problemas reais.

unilateralmente pelos países do Mercosul, nos últimos dois anos, somadas a um elenco de medidas de salvaguardas intrabloco dificultam uma política comercial comum, sem saber exatamente qual é a atual estrutura da TEC. Nesse sentido, é interessante a proposta[5] de que a Secretaria Técnica do Mercosul faça um mapeamento da TEC do Mercosul efetivamente praticada. É preciso eliminar ou agregar as "perfurações" detectadas para que se consolide um quadro de tarifa externa comum, capaz de dar solidez ao relacionamento externo e, mais que isso, capaz de ser utilizado como instrumento de política industrial. A revisão da TEC deve ter como base a participação dos setores privados envolvidos (os quais não foram levados em conta quando da definição da TEC em 1994). Essa definição é base para a formulação de políticas de promoção da criação e integração de cadeias produtivas e de adoção de eventuais medidas compensatórias, além de ser base para a negociação de acordos comerciais externos, como a ALCA ou com a União Européia.

b) serviços – A conclusão do acordo de comercialização de serviços deve obedecer a mesma mecânica e não estar condicionado apenas aos termos já acordados pela OMC e às ofertas de listas positivas de cada país.

c) integração fiscal e tributária – Além da revisão da TEC, é preciso tratar com prioridade da unificação das políticas fiscal e tributária, reduzindo a carga pesada que hoje penaliza a produção e o comércio nos quatro países – pois, é inegável o fator distributivo que uma reforma tributária pode trazer - assim como adotar medidas que facilitem o crédito e o acesso a financiamentos, com linhas especiais para as pequenas e médias empresas.

2. Produção Industrial e Agrícola

A motivação para a constituição de foros de competitividade setorial – restritos ainda a alguns setores da indústria – é a integração das cadeias produtivas em alguns setores visando o aumento das exportações extra-região. Para cumprir a função de alavanca da produção, esses foros tripartites devem fundamentar a formulação de políticas e medidas de promoção da produção industrial, agrícola e agro-industrial regionais, voltadas não apenas para a exportação mas para a complementação e desenvolvimento dos mercados de consumo e trabalho nacional e regional.

Para isso, é preciso selecionar mais setores com viabilidade produtiva e capacidade de geração de empregos e os

[5] Proposta do diretor da Fundação Centro de Estudos do Comércio Exterior (Funcex), Ricardo Markwald, no seminário "Avanços ou Retrocessos do Mercosul", realizado no dia 20/09/2002, pelo Centro Brasileiro de Relações Internacionais (Cebri).

governos não podem reduzir sua participação ao papel de facilitador de negócios e articulações empresariais. Em geral, são as grandes empresas as que dispõem de condições para promover a cooperação e/ou complementação produtiva através de sua atuação no mercado – seu papel hegemônico na cadeia produtiva e seu volume de capital lhes permite construir redes de produção e comércio, sem o apoio ou sustentação de políticas específicas dos Estados. Mas a pequena e média empresas não dispõem das mesmas condições (fragilidade tecnológica e financeira, não dispõem de estratégias de marketing etc.) e no entanto são capazes de gerar mais empregos e podem se integrar também a redes produtivas que extrapolem o Mercosul atraindo, portanto, investimentos.

Para dar um exemplo, citamos o setor da indústria naval, hoje totalmente sucateado. Entretanto, o Mercosul participa de um processo de integração de áreas de infra-estrutura na América do Sul, que prevê a construção de hidrovias que incrementarão a utilização de barcos e navios adequados à navegação de cabotagem. A articulação desse projeto com o fomento da produção naval é portanto bastante plausível, o que pode ser viabilizado através da adoção de medidas de apoio público (crédito, financiamento, compras governamentais) que poderiam promover a retomada da produção do setor, utilizando a estrutura de estaleiros ainda existente no Brasil e apoiando a produção de partes nos outros países – a potencialidade que poderia ter o setor, tendo em vista um hipotético crescimento do transporte marítimo, interessaria e atrairia investidores e associações com empresas da Espanha e Itália, relação facilitada pelas negociações Mercosul e União Européia.

Acima de tudo, os Foros de Competitividade devem servir para elaborar projetos de reativação industrial e formular propostas de medidas públicas (crédito, tributária, pesquisa, desenvolvimento etc.) que permitam ao Mercosul dispor a médio prazo de uma política industrial e agrícola regional.

3. Emprego

No Mercosul o tema emprego sempre esteve vinculado apenas à área de tratamento dos temas trabalhistas – o que é uma falha grande, pois emprego e qualificação profissional são elementos centrais na definição de políticas de produção e de desenvolvimento.

É preciso reconhecer a emergência do problema do desemprego e as conseqüências sociais que o mesmo produz e, coerentemente, priorizar a adoção de algumas medidas imediatas, dentre as quais se pode propor:

a) em primeiro lugar, incluir a geração de emprego dentre os temas tratados pelo Grupo de Monitoramento

Macroeconômico. O estabelecimento de metas fiscais, de controle de inflação, câmbio etc.– não deve ter como finalidade única a estabilidade financeira e o cumprimento dos acordos com o FMI – deve fundamentalmente estar associado, e a serviço, de uma política de geração de emprego e de melhoria da distribuição de renda. Nesse sentido, devem–se estabelecer metas também para a elevação de padrões sociais (educação, saúde);

b) debater a criação de um Fundo de apoio aos desempregados (para atendimento de situações emergenciais);

c) além dos instrumentos que já estão sendo analisados (BNDES, BID, CAF etc.) é possível pensar numa articulação e associação entre os Fundos de Pensão – nos quais os sindicatos e empresas podem ter papel decisivo – para definir linhas de financiamento e crédito voltadas a setores e/ou regiões que possam gerar resultados rápidos e geração de empregos.

III Reforma da estrutura institucional

Além da estruturação da Secretaria Técnica e da implementação do Protocolo de Olivos, é fundamental que o Mercosul aprofunde sua estrutura institucional, como principalmente reestruture seus diferentes organismos e espaços de negociação, através da racionalização e articulação de suas agendas.

Em 1994, foi criada a Comissão de Comércio (CCM) com a função de gerenciar o processo para a finalização da ZLC (Zona de Livre Comércio) e instalação da UA (União Aduaneira). A CCM, através de seus comitês e grupos *ad hoc*, passou a tratar dos temas principais no plano comercial, subordinando inclusive em vários momentos as agendas e atividades do SGTs (por exemplo, os temas do açúcar, o acordo automotivo etc.). Tal relação precisa ser invertida.

É fundamental que as áreas que envolvam infra-estrutura e produção passem a ter um papel preponderante e se integrem numa Comissão de Políticas Produtivas e Emprego – que deverá se ocupar dos temas vinculados à reconversão, promoção e complementaridade da cadeia produtiva, geração de empregos, promoção da exportação, desenvolvimento tecnológico etc., assim como a adoção de mecanismos para a diminuição dos desequilíbrios regionais. Deve abarcar em sua estrutura os subgrupos de indústria, agricultura, transporte, energia, minas, telecomunicações, microempresas, cooperativas etc.

Com o mesmo objetivo, deve ser criada uma terceira Comissão de Políticas Sociais e Meio Ambiente e, dessa forma, propiciar a formulação e implementação de uma

política comunitária de desenvolvimento social. Para tanto, deverá integrar os subgrupos e reuniões especializadas e ministeriais de tratamento de temas como direitos humanos, trabalhistas, saúde, educação, meio ambiente.

As duas novas Comissões devem ter a mesma hierarquia da Comissão de Comércio e capacidade de incidir e condicionar o desenvolvimento das atividades de harmonização e monitoramento macroeconômicos.

O Banco de Dados ISP Brasil/ Observatório Social e a saúde

■ **Isabella Jinkings***

No Brasil, a aplicação de políticas governamentais de redução da presença do Estado e da reestruturação dos serviços públicos, orientadas pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional, tem sido uma das grandes preocupações do movimento sindical brasileiro. Até agora, a privatização e desregulamentação dos serviços vem acompanhada de críticas quanto à queda da qualidade dos serviços, a alta de preços e tarifas, e aos efeitos sobre o emprego, salários e direitos dos trabalhadores e trabalhadoras em tais serviços. As principais beneficiadas são as grandes empresas multinacionais, que passam a controlar atividades vitais para a sociedade brasileira.

Nesse sentido, informações sobre as ações das empresas transnacionais nos setores de água e saneamento, saúde e coleta de lixo tornam-se vitais para a ação sindical nos dias de hoje. Da mesma forma, é importante conhecer as experiências dos demais países em suas reformas e privatizações.

Para contribuir com suas entidades filiadas no país, a ISP Brasil desenvolve um projeto que prevê a difusão da base de dados da unidade de pesquisa da ISP sediada em Londres, Inglaterra, Public Services International Research Unit (PSIRU), bem como a implantação de uma base de dados semelhante em nosso país. Para tanto, foi firmado um convênio com o Observatório Social – organização criada em parceria com a CUT (Central Única dos Trabalhadores), CEDEC (Centro de Estudos de Cultura Contemporânea), DIEESE (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos) e Unitrabalho.

O Observatório gera e organiza informações consistentes sobre o desempenho social e trabalhista de multinacionais. As pesquisas têm base nas convenções da OIT sobre liberdade sindical (87 e 151), negociação coletiva (98 e 135), discriminação (100 e 111), trabalho infantil (138 e 182), trabalho forçado (29 e 105) e segurança e saúde (148, 155, 170 e 174).

Já foram pesquisadas pelo Observatório Social as seguintes empresas: Wal-Mart,

* Pesquisadora do Banco de Dados da ISP/Observatório Social.

Parmalat, Light (EDF), Embratel (MCI), Bompreço (AHOLD), Banco Santander, Arisco/Unilever, Honda, Vicunha, Odebrecht, Mapol e Nokia. Com base em suas pesquisas, o Observatório Social disponibiliza no *site* **(http://www.observatoriosocial.org.br)** a base de dados, os relatórios de pesquisa, perfis de companhias, artigos e publicações.

O PSIRU, banco de dados da ISP sediado na Universidade de Greenwich, Londres, foi fundado em 1998 com o objetivo de fazer pesquisas sobre privatização dos serviços públicos e sua relação com o processo de globalização. O foco principal do PSIRU atualmente está nos setores de saneamento, energia, coleta e tratamento de lixo e saúde pública. A equipe do banco de dados conta com oito pesquisadores: sete alocados em Greenwich, divididos por área temática, e um na Universidade de Cardiff, que estuda relações trabalhistas.

Essa equipe mantém uma base de dados sobre multinacionais e privatização que abrange o monitoramento de atividades de aquisição e fusão, o acompanhamento de desempenhos financeiros, índices de desempenho, preços, financiamento, níveis de emprego e relações políticas, incluindo práticas de corrupção. Além disso, elabora estudos sobre os seguintes temas: o desempenho das companhias privatizadas, o perfil das grandes multinacionais, desenvolvimento regional e/ou setorial e relações sindicais e trabalhistas. O *site* **(http://www.psiru.org)** disponibiliza informações e notícias sobre as companhias, além de seus relatórios e publicações.

O PSIRU está atualmente discutindo projetos de pesquisa em parceria com universidades e sindicatos de vários países, cujos pontos principais são:

a) ligações eletrônicas entre bases de dados e intercâmbio de informação sobre privatização nos países (com sindicatos e universidades no Brasil, Canadá, Índia, África do Sul e Espanha);
b) pesquisa sobre a viabilidade da gestão e o financiamento do saneamento pelo setor público (com investigadores de vários países incluindo: Bolívia, Brasil, Finlândia, Alemanha, Itália, Espanha, África do Sul, Filipinas, Austrália);
c) pesquisa em relações industriais, negociação coletiva, salários e condições de trabalho, sobre multinacionais de água e de saneamento e energia (com a Escola de Ciências Sociais da Universidade de Cardiff).

O projeto do banco de dados da ISP Brasil/Observatório Social tem como foco os setores de administração pública, saneamento, saúde, coleta e processamento de lixo. O projeto tem como objetivo geral

subsidiar o movimento sindical brasileiro e internacional com informações sobre serviços públicos e sua ação principal é a implantação de um banco de dados compatível ao do PSIRU. Para tanto, pretende divulgar o banco de dados do PSIRU, manter um intercâmbio de informações com seus pesquisadores, coletar dados sobre o setor de saneamento no Brasil e fazer uma pesquisa preliminar sobre recursos humanos no setor de saúde.

O banco de dados da ISP Brasil mantém um boletim eletrônico semanal, *o Em Dia*, que apresenta sínteses das principais notícias veiculadas na grande imprensa e na imprensa sindical. Além disso, realizou um seminário de treinamento para uso do banco de dados e discussão sobre o planejamento das atividades do projeto, em Florianópolis, nos dias 24 e 25 de novembro de 2001. Esse seminário contou com quase trinta participantes dos setores de água e saneamento, limpeza pública, trabalhadores municipais de saúde e previdenciários. O objetivo foi não só o treinamento dos dirigentes sindicais no uso da base de dados, mas também a apresentação do projeto e a discussão das prioridades de demandas do Banco de Dados em cada setor.

No *site* do Observatório Social, há um espaço exclusivo para o Banco de Dados, chamado Serviço Público, onde estão disponíveis os perfis de dez companhias nacionais de saneamento trazendo, de maneira organizada e sintética, os principais dados disponíveis sobre as empresas. Eles ajudam a compreender o posicionamento das companhias no setor, sua relação com os trabalhadores, histórico, situação financeira, dados cadastrais, diretoria, composição acionária, dados sobre os trabalhadores e seus sindicatos, informações sobre a cadeia produtiva, entre outros.

Estão programados para este ano a preparação de um perfil sobre a companhia Vega Engenharia Ambiental, controlada pela multinacional francesa Suez-Lyonnaise, através de sua subsidiária no setor de limpeza pública, Sita. Além disso, está em fase final de elaboração um perfil de trabalhadores em previdência social e saúde. Ainda disponibilizaremos mais uma tradução de um estudo do PSIRU, adicionalmente aos já traduzidos "Água em mãos públicas" e "A privatização da água na América Latina". Importante também é a publicação no *site* dos acordos coletivos do setor público, que ajudam a compreender como as empresas posicionam-se em relação aos trabalhadores, quais as conquistas já adquiridas pelos sindicatos e o que ainda falta ser feito.

Na área de saúde, a prioridade que resultou do seminário citado, realizado em Florianópolis, foi fazer um levantamento sobre recursos humanos e reunir informações preliminares sobre modelos de contratação, incluindo dados sobre salário

e jornada. Portanto, o objetivo do artigo é fazer um mapeamento das fontes de pesquisa virtuais sobre recursos humanos da área da saúde.

No Brasil, existe uma rede de instituições de pesquisa, a Rede Observatório de Recursos Humanos em saúde, que é coordenada pela Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, da qual fazem parte os seguintes núcleos de estudo:

a) Instituto de Medicina Social da UERJ: no *site* há dados sobre formação na área de saúde: instituições e estatísticas sobre candidatos, matrículas e egressos. (em português).
■ **http://www.obsnet.ims.uerj.br**

b) Escola Nacional de Saúde Pública: está disponível um estudo sobre o perfil sócio-demográfico e econômico dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. A metodologia utilizada nesse estudo foi um *survey*[1], que alcançou resposta de 59%, realizado em 1999. Também podem ser acessados os "Cadernos de Saúde Pública", desde 1996 até hoje, com os artigos completos. (em português).
■ **http://www.ensp.fiocruz.br**

c) Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG. Na "Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado de Trabalho em Saúde" podem-se encontrar os boletins Sinais do Mercado de Trabalho em Saúde. O n.º 1, de jan.fev.mar./2000, tem como tema "Emprego e Terceirização", cujos dados foram coletados na Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) e no Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged), ambas bases de dados do Ministério do Trabalho. O boletim n.º 2, de abr.mai.jun./2000, é sobre "Salários", realizado com base nos dados do Caged. (em português).
■ **http://www.medicina.ufmg.br/nescon**

d) Observatório RH NESC/UFRN. Nesse *site* se encontram textos sobre gestão de recursos humanos, sobre formação e capacitação, estudos de perfil de gerentes hospitalares, enfermeiros alunos de especialização, profissionais de saúde bucal, vigilantes sanitários e gestores municipais do Estado do Rio Grande do Norte - RN. Há, ainda, um banco de dados de instituições de formação e monografias, dissertações e teses para *download*. (em português).
■ **http://www.observatorio.nesc.ufrn.br**

e) Núcleo de Estudos de Saúde Pública/ Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares/UnB. Estão disponíveis diversos textos sobre formas de contratação, regimes de trabalho e gestão de recursos

[1] *Survey* é um método de pesquisa realizado com base em respostas de questionários fechados.

humanos. Além disso, há dados sobre as formas de contratação do Programa Saúde da Família, regimes de trabalho na administração pública e dados extraídos dos boletins "Sinais do Mercado de Trabalho em Saúde". (em português).

- **http://www.pessoalsus.inf.br**

Outros sites são:

- Ministério da Saúde. O portal do Ministério da Saúde brasileiro conta com diversas informações destinadas ao profissional da saúde e também tem uma biblioteca virtual. (em português).
  - **http://portal.saude.gov.br/saude**

- Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). É o *site* mais completo, com muitos dados e textos disponíveis para *download*. Há organização dos dados também por países: Argentina, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Honduras e México. Clicando em um deles há dados, textos e *links* para outros *sites* específicos em cada país. Pode-se também ter acesso à legislação estadual e municipal sobre saúde, além de uma extensa lista de *sites* em saúde pública. Vale a pena destacar o *link* Scielo, que é um portal de revistas científicas, no qual pode se fazer pesquisa por tema e acessar textos completos de algumas publicações. (em português, com versões em inglês e espanhol).
  - **http://www.bireme.br**

- Organização Pan-americana de Saúde. O Escritório regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde (OMS) em seu *site* brasileiro tem publicação sobre doenças relacionadas ao trabalho, com indicadores básicos para a saúde no Brasil, disponíveis para *download*. Entrando no *link* Saúde nas Américas, tem-se acesso a informações sobre reforma, qualidade, gestão e equidade na saúde. (em português).
  - **http://www.opas.org.br**

- Banco de dados, textos sobre o perfil da saúde nos países das Américas, mapas de dispersão, tabulador de dados, além de diversos artigos sobre recursos humanos na saúde. Os dados podem, ainda, ser consultados por países e regiões. (em inglês, com versão em espanhol).
  - **http://www.paho.org**

- Sistema de informação em saúde do Mercosul. Há disponível acordos e ações conjuntas na área da saúde entre os países participantes (Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai), legislações e regulamentos, o sistema nacional de informação da Argentina, os projetos e planos comuns aos países participantes e indicadores de dados básicos sobre saúde nos países do Mercosul. (em português).
  - **http://www.mercosulsaude.org**

- Organização Mundial da Saúde. No *site* da OMS, podem ser encontrados dados básicos de saúde por país e há, ainda, um *link* de ferramentas de pesquisa com a estimativa de recursos humanos em saúde em diversos países, além de várias outras estatísticas e uma base de dados bibliográfica. (em inglês, com versões em espanhol e francês).
  - **http://www.who.int/en**

- Cepal – Comissão Econômica para a América Latina e Caribe. Uma importante publicação estatística é o Anuário Estatístico da América Latina e Caribe 2001, que apresenta dados sobre saúde no capítulo de condições sociais dos países. (em espanhol, com versão em inglês).
  - **http://www.eclac.cl**

Perfil dos trabalhadores da saúde e seguridade social

■ **Isabella Jinkings***

As páginas seguintes analisam alguns dados que definem o perfil dos trabalhadores, das empresas e os níveis de emprego nos setores de seguridade social e saúde no Brasil, vinculados ao mercado formal de trabalho. A base de dados utilizada é a RAIS, do Ministério do Trabalho e Emprego, alimentada de questionários preenchidos anualmente pelas empresas.

Utilizamos os dados das RAIS de 1995 a 2001 e o recorte setorial realizado para a pesquisa foi de saúde e seguridade social[1]. A partir dessa seleção, foi feita a coleta dos dados de perfil dos trabalhadores em relação ao sexo, faixa etária, remuneração, grau de escolaridade, tempo de serviço e horas trabalhadas. Além disso, buscou-se perceber a alocação dos trabalhadores em termos de tamanho das empresas e como vem se alterando o estoque da mão-de-obra ao longo do período analisado.

Os trabalhadores

1. Gênero

Em 1995, a população formalmente contratada nos setores selecionados compunha-se de 73% de mulheres e 27% de homens (Tabela 1). Em 2001, os percentuais apresentam pouca alteração, com as trabalhadoras aumentando levemente sua participação em relação aos homens, que caem cerca *de dois pontos percentuais.*

* Pesquisadora do Banco de Dados da ISP/Observatório Social.
[1] Usamos os grupos da CNAE 1995, 753 – seguridade social, e 851 – saúde.

TABELA 1

Trabalhadores em seguridade social e saúde por sexo (%)
Brasil - 1995 / 2001

Sexo	Anos			
	1995	1997	1999	2001
Masculino	26,87	25,39	25,22	24,86
Feminino	73,13	74,61	74,78	75,14
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: RAIS / MTE
Elaboração própria

Em relação ao número absoluto de trabalhadores, em 1995, eram cerca de 901 mil (Tabela 2). Em 2001, este número sobe aproximadamente 7% e alcança 961 mil trabalhadores em saúde e seguridade social. Ou seja, há quase um milhão de trabalhadores nesses setores no Brasil.

TABELA 2

Estoque dos trabalhadores em seguridade social e saúde por sexo
Brasil - 1995 / 2001

Sexo	Anos			
	1995	1997	1999	2001
Masculino	242.261	240.525	233.656	238.971
Feminino	659.278	706.673	692.652	722.361
Total	901.539	947.198	926.308	961.332

Fonte: RAIS / MTE
Elaboração própria

2. Remuneração média

Conforme a Tabela 3, entre 1995 e 2001, percebe-se uma estabilidade na participação do contingente de trabalhadores por faixa de remuneração. Em 2001, quase um terço dos trabalhadores recebe entre um e dois salários mínimos e 68% até quatro salários mínimos.

Em relação aos valores de remuneração média, nota-se um movimento de queda: em 1995, o trabalhador de saúde recebia, em média, 4,89 salários mínimos e, em 2001, este valor é de 4,20 salários mínimos. Ou seja, há uma desvalorização salarial de pouco mais de 14%.

Contudo, o parâmetro utilizado – o salário mínimo brasileiro – sofreu leve valorização no período estudado: entre janeiro de 1995 e janeiro de 2002[2], o salário mínimo brasileiro ganhou, em termos reais, quase 14% do seu poder de compra. Entretanto, esse valor ainda mostra-se ínfimo: em janeiro de 2002, o salário mínimo nacional valia 26,86% do primeiro SM pago no Brasil, em julho de 1940.

[2] Os dados da RAIS de rendimento referem-se à média do ano em questão.

TABELA 3

Trabalhadores em Seguridade social e saúde por faixa de remuneração média (%)
Brasil - 1995 / 2001

Faixa Salarial (Salários Mínimos)	Anos			
	1995	1997	1999	2001
0,00 0,50	0,08	0,08	0,08	0,08
0,51 1,00	2,61	2,19	1,98	1,87
1,01 2,00	23,43	21,49	22,26	28,97
2,01 3,00	22,08	22,15	22,87	23,62
3,01 4,00	13,63	14,83	15,52	13,81
4,01 5,00	8,42	9,29	8,97	7,88
5,01 7,00	10,51	11,46	10,54	10,38
7,01 10,00	8,23	8,48	8,68	6,33
10,01 15,00	5,76	5,41	5,18	4,05
15,01 20,00	2,13	2,17	1,85	1,41
Mais de 20,00	2,47	2,26	1,90	1,52
Ignorado	0,66	0,18	0,17	0,09
Total	100,00	100,00	100,00	100,00
Rem. Média (SM)	4,89	4,91	4,72	4,20

Fonte: RAIS / MTE
Elaboração própria

Em relação às distinções de remuneração por gênero, de forma geral, os níveis de remuneração das mulheres são bem inferiores aos dos homens, apesar de elas serem detentoras de graus de escolaridade muitas vezes mais elevados. Nas Tabelas 4 e 5, a disparidade salarial entre homens e mulheres fica explicitada. A maior diferença encontrada na série histórica analisada verifica-se no ano de 1995, quando o salário das mulheres com a oitava série incompleta eqüivalia a somente 65% do salário de um homem com a mesma escolaridade. Calculando-se a média, nesse ano, as mulheres recebiam 66% do salário de um homem, ou seja, o salário feminino era pouco mais da metade do salário masculino. Ainda nesse ano, a menor diferença se encontra entre os trabalhadores com oitava série completa, pois as trabalhadoras recebiam 80% do valor recebido pelos homens.

Em 2001, as diferenças salariais entre homens e mulheres diminuem levemente. A maior diferença, novamente, encontra-se na faixa de trabalhadores com a oitava série incompleta. As mulheres com tal grau de escolaridade recebem cerca de 65% da remuneração masculina. Na média desse ano,

as mulheres recebem 67% do salário pago aos homens. Portanto, não houve alteração significativa ao longo da década na discriminação salarial por gênero. A menor diferença de toda o período analisado está na faixa de trabalhadores que tem o segundo grau incompleto, na qual o salário feminino alcança 85% do masculino.

O problema de diferenciais de remuneração entre homens e mulheres, como se sabe, é grave e atinge os diversos setores produtivos da economia brasileira. Algumas hipóteses podem ajudar a esclarecer esse fato. A primeira é que as mulheres estão ingressando no mercado de trabalho mais recentemente e, algumas vezes, não são chefe de família, tendo a posição somente de complementar o orçamento doméstico, o que faz com que aceitem trabalhar por salários mais baixos.

Outra hipótese é que, de modo geral, existem funções tipicamente femininas que são, por tradição, menor remuneradas. A função de enfermeira, por exemplo, tem remuneração bem menor que a do médico, e ambas requerem curso superior. A ausência de mulheres em cargos de chefia, é a terceira questão, e também acarreta na redução do salário em relação ao homem. Finalmente, outro problema enfrentado atualmente é que as mulheres vêm aceitando ocupar funções que requerem escolaridade inferior a que de fato têm, devido às dificuldades encontradas no mercado de trabalho.

TABELA 4

Trabalhadores em seguridade social e saúde por sexo, grau de escolaridade e remuneração média em salários mínimos
Brasil, 1995

Grau de Escolaridade	Masculino		Feminino		Total	
	Participação	Rem. Média	Participação	Rem. Média	Participação	Rem. Média
Analfabeto	5,47	———	3,66	———	4,31	———
4° Série incomp.	2,54	3,46	2,89	2,73	2,77	2,93
4° Série comp.	5,46	4,23	5,83	2,91	5,7	3,26
8° Série incomp.	8,33	4,36	7,58	2,85	7,85	3,28
8° Série comp.	10,09	4,28	13,88	3,43	12,52	3,64
2° Grau incomp.	7,25	4,66	8,79	3,37	8,24	3,69
2° Grau comp.	17,04	5,21	26,72	3,89	23,25	4,16
Superior incomp.	5,39	8,11	4,29	5,77	4,69	6,55
Superior comp.	38,01	12,75	25,7	9,84	30,12	10,97
Total	100,00	6,53	100,00	4,29	100,00	4,89

Fonte: RAIS / MTE
Elaboração própria

TABELA 5

Trabalhadores em seguridade social e saúde por sexo, grau de escolaridade e remuneração média Brasil, 2001

Grau de Escolaridade	Masculino		Feminino		Total	
	Participação	Rem. Média	Participação	Rem. Média	Participação	Rem. Média
Analfabeto	0,15	502,65	0,26	447,12	0,4	465,83
4° Série incomp.	0,81	653,20	1,07	435,43	1,88	508,58
4° Série comp.	0,89	534,27	2,18	421,52	3,07	448,96
8° Série incomp.	2,27	656,36	3,32	429,48	5,59	499,71
8° Série comp.	3,14	625,99	7,34	498,53	10,48	530,93
2° Grau incomp.	1,64	565,89	4,8	480,71	6,44	499,91
2° Grau comp.	8,72	740,93	24,88	539,65	33,6	580,58
Superior incomp.	1,19	1.040,93	2,42	726,31	3,61	806,52
Superior comp.	14,06	2.092,70	20,86	1.562,46	34,92	1.739,93
Total	32,87	960,76	67,13	649,04	100	726,53

Fonte: RAIS / MTE
Elaboração própria

3. Grau de escolaridade

A grande maioria dos trabalhadores dos setores analisados tem segundo grau completo: cerca de 42% em 2001 (Tabela 6). A análise da década permite verificar uma seletividade de força de trabalho que favoreceu o trabalhador mais escolarizado: em 1995, mais da metade dos assalariados da saúde possuíam até o segundo grau incompleto, quase 55%. Número que cai para 40% em 2001. Por outro lado, os trabalhadores com segundo grau completo até o superior completo tinham uma participação, em 1995, de 44%, que sobe para quase 60%. Com efeito, a faixa que aumenta mais a participação é a do segundo grau completo, que sai de 27% para 42%, em 2001. Talvez tal fenômeno ocorra devido não só às crescentes exigências de maior qualificação do mercado mas também, por causa do crescimento dos cursos técnicos que, conjugados com o segundo grau, trazem a perspectiva da profissionalização antes mesmo da entrada no curso universitário.

TABELA 6

Trabalhadores em seguridade social e saúde por grau de escolaridade (%)
Brasil – 1995 / 2001

Grau de Escolaridade	Anos			
	1995	1997	1999	2001
Analfabeto	2,09	1,46	0,88	0,63
4° Série incomp.	4,62	4,39	3,22	2,69
4° Série comp.	8,55	7,89	6,92	4,97
8° Série incomp.	11,70	10,26	8,64	8,13
8° Série comp.	16,83	16,91	15,94	14,34
2° Grau incomp.	10,92	10,73	10,26	9,36
2° Grau comp.	27,31	31,49	36,64	42,04
Superior incomp.	3,50	2,96	2,97	3,25
Superior comp.	13,43	13,79	14,52	14,58
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: RAIS / MTE
Elaboração própria

4. Faixa etária

Cerca de um terço dos trabalhadores da saúde no Brasil têm, em 2001, entre 30 e 39 anos de idade (Tabela 7). As participações dos trabalhadores nas faixas etárias permanecem praticamente estáveis ao longo dos seis anos estudados, concentrando-se majoritariamente, entre os 25 e os 49 anos, cerca de 73,5% da força de trabalho formal da saúde e seguridade social. O realce positivo a ser feito, nesse item, é a quase total ausência de crianças e adolescentes inseridas no mercado de trabalho.

TABELA 7

Trabalhadores em seguridade social e saúde por faixa etária (%) Brasil – 1995 / 2001

Faixa Etária	Anos			
	1995	1997	1999	2001
10 a 14	0,04	0,03	0,00	0,00
15 a 17	0,93	0,80	0,51	0,32
18 a 24	15,03	15,55	15,41	15,8
25 a 29	16,98	16,95	17,27	17,41
30 a 39	34,93	34,46	33,89	33,2
40 a 49	22,03	22,27	22,74	22,89
50 a 64	9,09	9,15	9,46	9,69
65 ou mais	0,69	0,69	0,68	0,66
Ignorado	0,29	0,11	0,04	0,03
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: RAIS / MTE
Elaboração própria

5. Tempo de permanência no emprego

O tempo médio do vínculo empregatício desses trabalhadores é extremamente pulverizado. Praticamente todas as faixas de tempo de emprego estão bem representadas (Tabela 8). O fator a ser destacado é o grande número de trabalhadores com dez ou mais anos de tempo de serviço, quase 20% do total da força de trabalho formalmente empregada em 2001 que, se somada aos trabalhadores na faixa dos 5 aos 9,9 anos, alcança 40% do total de trabalhadores. As faixas até um ano de trabalho também têm boa representação, atingindo 22% dos trabalhadores.

TABELA 8

Trabalhadores em seguridade social e saúde por tempo de serviço (%)
Brasil – 1995 / 2001

Tempo de serviço	Anos			
	1995	1997	1999	2001
0,00 2,9 meses	5,93	5,29	5,11	5,54
3,0 5,9 meses	6,79	6,09	5,44	6,08
6,0 11,9 meses	11,83	10,47	9,09	10,75
1,0 1,9 anos	13,78	15,49	14,46	14,62
2,0 2,9 anos	9,82	12,05	11,53	9,24
3,0 4,9 anos	13,47	13,79	17,12	14,58
5,0 9,9 anos	20,79	18,25	18,65	20,15
10 ou mais anos	17,57	18,55	18,59	19,04
Ignorado	0,03	0,02	0,02	0,01
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: RAIS / MTE
Elaboração própria

6. Horas de trabalho

Como a média da população brasileira, os trabalhadores em seguridade social e saúde têm uma jornada de trabalho de mais de 40 horas. Mais da metade deles está situada na faixa que vai de 41 a 44 horas semanais de trabalho, em 2001. Todavia, o dado interessante é que, nesse ano, cerca de um terço deles trabalha entre 31 e 40 horas, provavelmente, sejam trabalhadores da saúde que têm jornadas de trabalho diferenciadas (Tabela 9).

TABELA 9

Trabalhadores em seguridade social e saúde por horas de trabalho semanais Brasil – 1995 / 2001

Horas semanais	Anos			
	1995	1997	1999	2001
Até 12 horas	1,12	1,12	1,07	1,16
De 13 a 15 horas	0,10	0,15	0,14	0,12
De 16 a 20 horas	2,66	2,61	2,41	2,2
De 21 a 30 horas	16,05	12,54	9,31	8,81
De 31 a 40 horas	30,67	31,88	32,16	32,18
De 41 a 44 horas	49,21	51,61	54,90	55,52
De 45 a 48 horas	0,03	0,01	0,00	0,00
Ignorado	0,15	0,08	0,01	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: RAIS / MTE
Elaboração própria

Comportamento do emprego

Em relação ao estoque de trabalhadores, verifica-se que o emprego no setor teve crescimento de aproximadamente 7%. O estoque dos postos de trabalho saiu de 901.539, em 1995, para 961.332, em 2001. As empresas com até quatro empregados aumentaram sua participação no mercado de trabalho. Se, em 1996, elas empregavam cerca de 11% da força de trabalho do mercado formal, em 2001, esse número avança para quase 14%. Por outro lado, as empresas com mil ou mais trabalhadores reduzem sua participação em mais de dois pontos percentuais: empregavam, em 1996, 22,14% do total de trabalhadores e, em 2001, empregam 20%.

TABELA 10

Trabalhadores em seguridade social e saúde por tamanho de estabelecimento (%) Brasil – 1996 / 2001

Tamanho (nº empregados)	Anos			
	1996	1997	1999	2001
Até 4 empregados	10,71	11,69	13,51	13,88
De 5 a 9 emp.	4,26	4,60	4,94	4,86
De 10 a 19 emp.	5,13	5,33	5,77	5,61
De 20 a 49 emp.	9,16	9,25	9,65	9,02
De 50 a 99 emp.	8,81	9,03	8,98	8,61
De 100 a 249 emp.	14,63	14,05	14,35	13,37
De 250 a 499 emp.	12,86	12,71	13,23	12,62
De 500 a 999 emp.	12,30	11,56	11,96	12,06
1000 ou mais emp.	22,14	21,79	17,62	19,97
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: RAIS / MTE
Elaboração própria

É interessante reafirmar quais os parâmetros em voga no mercado de trabalho na seleção dos trabalhadores. Com dados de janeiro a setembro de 2002, pode-se indicar o perfil do trabalhador que está permanecendo no mercado de trabalho. Como a Tabela 11 explicita, são os trabalhadores que têm até a oitava série incompleta que perderam seus postos de trabalho no período referido. Nas faixas seguintes, houve abertura de vagas, com ênfase para segundo grau completo, que abriu 27 mil vagas. Conforme mencionado, isso pode ser efeito do crescimento de cursos técnicos de segundo grau.

TABELA 11

Movimentação do estoque de trabalhadores em seguridade social e saúde por grau de escolaridade (%)
Brasil – janeiro a setembro de 2002

Analfabeto	-113
4° Série incomp.	-529
4° Série comp.	-1.298
8° Série incomp.	-1.167
8° Série comp.	429
2° Grau incomp.	614
2° Grau comp.	27.103
Superior incomp.	1.654
Superior comp.	4.612
Resultado	**31.302**

Fonte: Caged / MTE
Elaboração própria

A Tabela 12 mostra que o mercado de trabalho tem se fechado às faixas de idade de 40 anos ou mais. A grande abertura de vagas, em 2002, ocorreu para trabalhadores que têm entre 18 e 24 anos de idade.

TABELA 12

Movimentação do estoque de trabalhadores em seguridade social e saúde por idade (%)
Brasil – janeiro a setembro de 2002

10 a 14	29
15 a 17	2.329
18 a 24	23.792
25 a 29	7.387
30 a 39	3.355
40 a 49	-1.464
50 a 64	-3.580
65 ou mais	-656
Ignorado	[illegible]
Resultado	[illegible]

Fonte: Caged / MTE
Elaboração própria

A Tabela 13 evidencia a crescente presença feminina nos setores analisados: foram abertos quase 24 mil postos de trabalho para mulheres, contra somente sete mil vagas para homens.

TABELA 13

Movimentação do estoque de trabalhadores em seguridade social e saúde por sexo (%)
Brasil – janeiro a setembro de 2002

Masculino	7.380
Feminino	23.922
Resultado	**31.302**

Fonte: Caged / MTE
Elaboração própria

A remuneração dessas pessoas que entraram no mercado de trabalho entre janeiro e setembro de 2002 está diminuindo. Todas as faixas salariais que estão acima de três salários mínimos perderam postos de trabalho. Já as faixas de remuneração entre zero e três salários mínimos abriram cerca de 35 mil vagas, com destaque para a faixa entre um e dois salários mínimos que abriu 24 mil vagas (Tabela 14).

TABELA 14

Movimentação do estoque de trabalhadores em seguridade social e saúde, por faixa de remuneração média em salários mínimos (%)
Brasil – janeiro a setembro de 2002

0,00 0,50	227
0,51 1,00	5.298
1,01 2,00	24.441
2,01 3,00	5.418
3,01 4,00	-1.479
4,01 5,00	-144
5,01 7,00	-945
7,01 10,00	-550
10,01 15,00	-469
15,01 20,00	-263
Mais de 20,00	-277
Ignorado	45
Resultado	**31.302**

Fonte: Caged / MTE
Elaboração própria

Portanto, são os trabalhadores mais jovens, mais escolarizados e do sexo feminino que ganham participação no mercado de trabalho. No entanto, são empregos que pagam salários mais baixos em relação aos postos de trabalho que foram fechados no período estudado.

Os empregadores

Pela Tabela 15, podemos notar que havia um universo de quase 120 mil empresas de saúde e seguridade social em 2001, número que era de apenas 78 mil em 1995. Ou seja, houve um crescimento de 52% no número de empresas desses setores em apenas seis anos.

TABELA 15

N° de estabelecimentos de seguridade social e saúde por tamanho
Brasil – 1995 / 2001

Tamanho (n° empregados)	Anos			
	1995	1997	1999	2001
Até 4 empregados		83.672	95.402	102.971
De 5 a 9 emp.		6.740	7.080	7.248
De 10 a 19 emp.		3.719	3.936	3.992
De 20 a 49 emp.		2.858	2.898	2.856
De 50 a 99 emp.		1.219	1.174	1.186
De 100 a 249 emp.		855	845	821
De 250 a 499 emp.		351	352	348
De 500 a 999 emp.		163	164	169
1000 ou mais emp.		88	83	96
Total	78.668	99.665	111.934	119.687

Fonte: RAIS / MTE
Elaboração própria

Das 120 mil empresas, cerca de 86% empregavam somente até quatro trabalhadores (Tabela 16). Portanto, existe o predomínio maciço de micro empresas no setor. É interessante notar que há queda na participação de todas as empresas que têm mais de cinco trabalhadores e é somente a faixa de empresas com até quatro trabalhadores que aumenta sua participação. Esses dados estão de acordo com as conclusões a respeito das mudanças nas configurações do mercado de trabalho nos setores analisados, já que empresas menores tradicionalmente oferecem condições salariais menos vantajosas que as maiores.

TABELA 16

N° de estabelecimentos de seguridade social e saúde por tamanho (%)
Brasil – 1997 / 2001

Tamanho (n° empregados)	Anos			
	1997	1998	1999	2001
Até 4 empregados	83,95	84,34	85,23	86,03
De 5 a 9 emp.	6,76	6,65	6,33	6,06
De 10 a 19 emp.	3,73	3,69	3,52	3,34
De 20 a 49 emp.	2,87	2,79	2,59	2,39
De 50 a 99 emp.	1,22	1,15	1,05	0,99
De 100 a 249 emp.	0,86	0,83	0,75	0,69
De 250 a 499 emp.	0,35	0,33	0,31	0,29
De 500 a 999 emp.	0,16	0,16	0,15	0,14
1000 ou mais emp.	0,09	0,08	0,07	0,08
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: RAIS / MTE
Elaboração própria

Fontes:

Ministério do Trabalho e Emprego. *RAIS (Relação Anual de Informações Sociais)*. 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000 e 2001.

Ministério do Trabalho e Emprego. *Caged (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados)*. Janeiro de 2001 a setembro de 2002.

Resumo dos informes dos países participantes

As apresentações realizadas pelos representantes trataram sobre a atual situação do sistema de saúde de seus respectivos países.

O Paraguai, por exemplo, pautou seu relato nas dificuldades da conjuntura nacional, ressaltando a recessão econômica, o desemprego, a fuga de capitais para paraísos fiscais e, principalmente, a corrupção como responsáveis pela precariedade da saúde paraguaia.

O informe do Chile teve como ponto central o AUGE (Acesso Universal com Garantias Explícitas), contra o qual lutam para barrar projetos de lei em andamento. A maior crítica que fazem ao programa implementado pelo governo é que ele prevê a cobertura de determinado número de patologias (57), de modo que as demais ficariam à mercê do sistema privado. Além disso, essas patologias discriminam por idade e sexo, assim o plano não é dirigido para 100% dos chilenos. O problema dos projetos de leis ainda, é que se referem aos direitos e deveres dos pacientes, sem nenhuma menção aos direitos dos trabalhadores.

A exposição da Argentina enfocou a crise econômica e a conversão da moeda nacional para explicar a grave situação pela qual atravessa o sistema sanitário do país em questão.

E, finalmente, a representante do Brasil concentrou seu discurso nas tentativas de terceirização do setor e a conseqüente luta do sindicato para reverter esse processo.

Ainda que apresentem sistemas de saúde diversos na estrutura, com a fala dos representantes evidenciou-se que os problemas, ao contrário, são bastante semelhantes como o sucateamento de materiais, assistência precária, falta de leitos disponíveis etc. Ao mesmo tempo, as propostas de ações também são próximas pois indicam que é necessário fazer alianças, ter acesso a informações e passá-las adiante, manifestar-se por meio de greves e paralisações e, acima de tudo, comprometer-se com a questão.

F. Ebert

Considerações gerais[1]

1. O setor saúde é visto sob a perspectiva da despesa e do investimento. Os norte-americanos, por exemplo, a partir do setor de saúde produzem insumos estratégicos, empregos, inovações tecnológicas, havendo inclusive a exportação líquida de tecnologias para o mundo todo. Assim, aquilo que é um problema passa a ser também a solução. No Brasil, temos uma base econômica de produção de serviços muito fraca. É possível fazer uma combinação ótima na produção com a perspectiva de se aumentar a capacidade de emprego e de geração de riquezas para o país.

2. Certamente, no Brasil, o governo será pressionado para que as despesas com saúde cresçam. Em primeiro lugar, serão necessárias algumas negociações para se atingir um novo pacto, é preciso que façamos novas coligações políticas para sustentar a ampliação dos direitos à saúde. Depois, teremos que realizar uma estratégia de redistribuição da capacidade disponível, pois há um desnível muito sério na oferta de saúde.

   No curto prazo, somente esse caminho é possível, pois o país está sob um grande risco fiscal, portanto, a redistribuição é a estratégia mais interessante; os médicos, os funcionários públicos e sindicatos devem discutir como ampliar o sistema de saúde.

3. A noção daquilo que é normal ou patológico muitas vezes é equivocada. A avaliação clínica concorre com a avaliação da narrativa do bem estar, ou seja, pode-se estar mal, porém, com uma atitude positiva. No Brasil, à pergunta se uma pessoa está bem de saúde, segue-se a resposta sempre afirmativa, mesmo dos mais pobres. Portanto, tem-se que mudar o ponto de vista. Para muitas das demandas de saúde, é possível ter novas tecnologias de acolhimento, ampliando o atendimento básico e pensando soluções mais abrangentes que não o viés da tecnologia médica.

4. O financiamento da saúde no Brasil é baixo. Mesmo o dinheiro direcionado para execução de todo o orçamento não seria suficiente para responder a uma demanda apropriada. Os valores pagos para os serviços são irrisórios,

[1] Considerações gerais são uma síntese das principais questões debatidas durante o seminário.

com exceção das despesas com procedimentos de alta especialidade. O setor público paga por transplantes renais preços superiores aos pagos no setor privado mais sofisticado. Assim, há uma combinação perversa, pois os planos de saúde usam a hotelaria do atendimento ambulatorial de seus sistemas exclusivos mas, quando necessitam de tratamentos mais complexos, recorrem aos hospitais públicos.

Essa capacidade organizacional nos hospitais públicos torna-se cruel, pois naqueles que possuem capacidade técnica, há seleções de pacientes não quanto ao risco de morte, mas quanto às possibilidades financeiras. Há necessidade de se quebrar os privilégios e de se romper com as condições da gestão dessas organizações num processo de reconstrução do Sistema Único de Saúde.

5. No Canadá, o percentual destinado à saúde depende livremente da vontade do governo de fazer o repasse federal para as províncias, não há nada que o obrigue em termos mínimos ou máximos. Porém, uma lei determina que o governo federal pague todos os serviços médicos, qualquer que sejam seus custos.

   O modelo de arrecadação de fundos do Canadá é maioritariamente financiado pelos impostos das empresas. De alguns anos para cá, os impostos pagos pelas pessoas físicas aumentaram enquanto os pagos pelas empresas diminuíram. Isso deve ser revisto porque o Canadá é um dos lugares onde as empresas são menos expostas a impostos do mundo. Os sindicatos não aceitam a idéia de que essas não podem mais financiar a saúde pública.

6. Todas as sondagens de opinião pública do Canadá indicam que a maioria da população quer a manutenção do sistema público e gratuito. A homogeneização do sistema de saúde poderia ocorrer mas não é isso que os canadenses anseiam. As pessoas querem ser bem tratadas e em prazos razoáveis. De três anos para cá, a qualidade do atendimento do setor público caiu um pouco e, portanto, cresce a idéia de que os ricos podem pagar. Com base nas sondagens populares, nunca o sistema evoluirá para o sistema privado de saúde, apesar das pressões. O máximo que pode ocorrer é a existência de clínicas particulares, mas seguramente, a sexta estratégia, já explicada, não chegará a ser concretizada.

   O comportamento do médicos, por sua vez, é um mistério para todos os canadenses. No Quebec, existe uma associação de sindicatos dos médicos

que milita para que se tornem empresários independentes, sem trabalhar em hospitais. Todavia, o colégio de médicos é contra essa postura. O primeiro ministro obriga-os a prestarem serviços emergenciais. A CSQ fez uma pesquisa entre os médicos e constatou-se que preferem o sistema vigente. Eles querem ganhar dos dois lados, gostam do sistema do Canadá mas querem gerenciar como os norte-americanos.

7. A Aliança Social Continental constituiu-se, há cinco anos, fundamentalmente para fazer uma campanha contra a ALCA e age, basicamente, em duas frentes: na politização contra a ALCA, com a realização de plebiscitos, consultas populares etc. e no monitoramento e análises técnicas das negociações. Além disso, construiu-se um processo de discussão permanente, expresso no documento "Alternativas para as Américas", que resume as questões das políticas alternativas dirigidas às Américas.

   Formada por organizações sindicais de todo o continente americano, a Aliança é uma coalizão muito ampla, cujo esforço baseia-se na tentativa de compreensão dos acontecimentos na ALCA, em relação aos serviços.

   No Brasil, a REBRIP, que representa a Aliança Social Continental no Cone Sul, está construindo um grupo de trabalho sobre o tema ALCA, OMC e GATS. Seria interessante que a ISP tentasse integrá-lo, pois pode desempenhar um papel central na ampliação desse debate nas Américas, na medida em que tem análises acumuladas e organizações afiliadas (ONGs e sindicatos).

   Essa aliança ISP/Aliança Social Continental é viável e pode ser inaugurada já em Quito, onde ambas estarão presentes. A parceria entre os movimentos sindicais e outros movimentos sociais como os dos negros, das mulheres, a igreja é fundamental, porque esse é um tema que diz respeito não só aos trabalhadores da saúde, mas a diversos setores da sociedade, aos consumidores, daí a importância dessa aliança mais ampla.

8. O GATS e a ALCA são somente mecanismos de consolidação de práticas que foram permitidas pelo processo de privatização. A diferença é que esses dois acordos transformaram-na numa lei internacional que os governos passam a ter que cumprir.

   O que chama a atenção é que, em muitos casos, quando não se consegue avançar nas regras de liberalização dos acordos multilaterais, tenta-se via acordos

bilaterais. Assim, se os EUA não conseguirem o que querem na ALCA ou no GATS podem estabelecer acordos bilaterais, tornando a negociação mais fácil e, dessa forma, atingir seus objetivos. O acordo da União Européia com o México, por exemplo, vai muito além do Nafta em relação aos serviços. Por isso, devemos com urgência verificar o que está acontecendo nos acordos da União Européia com o Mercosul, em cujo texto há propostas de inclusão da previdência.

O acordo do Chile com os EUA é outra prova de como um acordo bilateral pode ir além do que acordos regionais, multilaterais. É importante salientar que os acordos realizados pelo Chile - onde o setor de saúde é objeto de muitas análise depois das privatizações - servirão de referências para a ALCA.

9. Há algo que pode ser definido como o paradigma do pensamento neoliberal. Argentina e Brasil não são vítimas do sistema, isso pode ter acontecido quando do Acordo de Washington, pois o governo FHC foi promotor e defensor do modelo neoliberal

Na verdade, os governos e setores do empresariado acreditam que podem ganhar ao terem acesso aos mercados internacionais, por isso defendem o modelo proposto. Entre os empresários há muitas diferenças, por exemplo, alguns setores da indústria brasileira querem negociar com os EUA e apóiam a ALCA, como o agro-industrial; todavia, há outros que sabem da necessidade de se ter alguma proteção para sobreviverem, na medida em que *o gap* tecnológico existente entre a indústria brasileira e a norte-americana pode gerar a destruição da indústria nacional.

10. O interesse principal da União Européia nas negociações com o Mercosul chama-se serviços. Não se pode afirmar que não haja interesse no setor industrial, e sim a consciência de que as exportações não aumentarão muito.

Apesar dos poucos avanços ocorridos no Mercosul, já se aprovou, em 1999, o protocolo referente a serviços, baseado exatamente nas regras do GATS.

Assim como o Mercosul, o movimento sindical foi colocado também em segundo plano na área econômica e política. Embora houvesse interesse de participação, não havia espaço para negociação. A Coordenadora das Centrais Sindicais constituiu-se como a interlocutora institucional do Mercosul, a qual só tem peso se representar uma força política, caso contrário, não há razão de ser. Essa,

que pode ser considerada uma conquista do movimento sindical, garante a aparência de um Mercosul mais democrático, uma vez que o acordo conta com a interlocução social.

11. O Nafta é um acordo de livre comércio que, assim como o Pacto Andino, estabelece a união aduaneira, ou seja, não determina apenas a liberalização do comércio, bem como as regras de comércio interno comum. A comunidade andina, por exemplo, avançou na interação de políticas macroeconômicas mas não conseguiu o mesmo êxito no caso de exploração de mão-de-obra entre países. (Há pouca regulamentação de direitos intrabloco).

A ALCA, diferentemente de sua matriz geradora, pretende ser uma área de livre comércio e não mais que isso. Portanto, será difícil a sobrevivência da união aduaneira do Mercosul num acordo como esse.

Ainda que seja possível definir regras como a obediência de faixas referenciais de liberação comercial, para se negociar a manutenção do Mercosul enquanto bloco, é fundamental, em primeiro lugar, dar continuidade ao processo de integração e de construção da união aduaneira.

A conclusão das negociações com a ALCA é incerta. Em primeiro lugar, devido à autorização aprovada no congresso norte-americano, que estabelece vários entraves à implementação de uma área de livre comércio ao reforçar barreiras protecionistas e manter a lista de produtos sensíveis (aos quais os EUA colocarão prazo ou restrições para liberalizar). Portanto, não há condições de se negociar com os limites impostos por essa autorização. Outra dificuldade é concernente à própria política externa do governo Bush, pois é contraditório que a maior economia do mundo, que necessitaria de uma política cosmopolita, imponha um olhar absolutamente provinciano e corporativo à administração.

É importante salientar que não existe ALCA sem a adesão do Brasil, o que significa que o Brasil tem algum poder de negociação que deve ser usado de forma inteligente.

O governo brasileiro tem negociado na linha da resistência ao defender alguns interesses como a questão do prazo, o formato das negociações etc. Apesar de não ter tomado a posição mais dura que gostaríamos, com exceção de Hugo Chaves, na Venezuela, Fernando Henrique Cardoso foi um dos únicos que se colocou mais fortemente frente à negociação com os EUA. Todos os

demais países da América Latina praticamente estão calados.

A discussão precisa ser desdemonizada, pois está muito polarizada entre assinar ou não o acordo. A formulação do problema está equivocada porque o Brasil necessita, de fato, participar de negociações respaldado por seus parceiros comerciais. A ALCA não significa apenas um acordo com os EUA, mas também a negociação com os demais países das Américas do Sul e Central, logo está em jogo a possibilidade de crescer ou perder espaço no mercado americano para outros países.

Conclusões do seminário

Ao encerrar o seminário, decidiu-se que, para 2003/2004, a ISP deve dar prioridade às negociações da área de serviços na revisão do GATS/OMC, bem como aos acordos sobre o mesmo tema na ALCA.

Para coordenar essa ação em cada país, deve-se organizar um Grupo de Trabalho (GT) sobre GATS/OMC e ALCA articulado à Aliança Social Continental e a outras organizações que atuam na área. Esse grupo deverá promover seminários, debates nos sindicatos etc.

Em apoio às iniciativas desses GTs, deverá ser pedido ao Banco de Dados no Brasil que crie o item "serviços e saúde" com sistematização de documentos importantes publicados sobre o tema, desenvolvendo, com isso, o intercâmbio de informações de sindicatos da saúde do Mercosul, a produção de artigos, coleta e análise de dados. Na mesma direção, deverá ser solicitado ao PSIRU estudo sobre privatizações da saúde nas Américas.

Cronograma proposto

No decorrer do seminário, surgiram duas atividades prioritárias:

a) em janeiro de 2003, durante o Fórum Social Mundial, em Porto Alegre, Brasil, a realização de uma oficina sobre GATS/OMC, articulada com outras entidades e,

b) em setembro de 2003, em Cancun, México, ocorrerá a reunião de cúpula da rodada de negociação sobre OMC. Sendo esse o principal acontecimento do período, decidiu-se que o Seminário Americano sobre Saúde fosse agendado para os dias precedentes às manifestações previstas. Cada uma das sub-regiões da ISP nas Américas deverá se preparar para esse evento.

Coordenação do grupo

Por fim, para coordenar o Grupo de Trabalho da Saúde Cone Sul/Brasil no próximo período, foi indicado Esteban Maturana, da CONFUSAM, Chile, com o apoio de Jocelio Drummond, secretário da sub-regional da ISP no Brasil.

EXPEDIENTE

Publicação da Internacional dos Serviços Públicos (ISP)

Presidenta / YLVA THÖRN

Secretário geral / HANS ENGELBERTS

Secretário regional / CAMERON DUNCAN

Secretário sub-regional **Brasil** / JOCELIO DRUMMOND

Secretária sub-regional Cone Sul / VERONICA PRADO

Edição de textos / LUCIANE ALVES

Revisão / LUCIANE ALVES

Criação e Diagramação / INFORM

Produção Gráfica / INFORM