



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**

Fundada em 18 de fevereiro de 1808



---

**Monografia**

**Proteção social ao trabalhador: demandas e desafios  
para a política de seguridade social no Mercosul**

**Dermival Almeida de Queiroz**

Salvador (Bahia)

Março, 2017

Modelo de ficha catalográfica fornecido pelo Sistema Universitário de Bibliotecas da UFBA para ser confeccionada pelo autor

Almeida de Queiroz, Dermival  
Proteção social ao trabalhador: demandas e desafios para a política de seguridade social no Mercosul / Dermival Almeida de Queiroz. -- Salvador, 2017.  
29 f.

Orientador: Ana Angélica Martins da Trindade.  
TCC (Graduação - Medicina) -- Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), da Universidade Federal da Bahia (UFBA), 2017.

1. Proteção ao trabalhador. 2. Seguridade Social. 3. MERCOSUL. I. Martins da Trindade, Ana Angélica. II. Título.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**

Fundada em 18 de fevereiro de 1808



---

## **Monografia**

# **Proteção social ao trabalhador: demandas e desafios para a política de seguridade social no Mercosul**

**Dermival Almeida de Queiroz**

Professor orientador: **Dr<sup>a</sup> Ana Angélica Martins da  
Trindade.**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2016.2, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)  
Março, 2017

**Monografia:** *Proteção social ao trabalhador: demandas e desafios para a política de seguridade social no Mercosul*, de **Dermival Almeida de Queiroz**.

Professor orientador: **Ana Angélica Martins da Trindade**.

**COMISSÃO REVISORA:**

- ◆ **Ana Angélica Martins da Trindade** (Presidente, orientadora), Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- ◆ **Cláudia Bacelar Batista**, Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- ◆ **Valéria Gusmão Bittencourt**, Professora do Departamento de Medicina Interna e Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- ◆ **Victor Luiz Correia Nunes**, professor do Departamento de Patologia e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

**TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:**  
Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no X Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.2

Aos meus pais, **Anoil Almeida e Dermival José.**

à meu irmão, **Sandro Almeida;**

à minha comadre, **Ana Erika.**

## **EQUIPE**

- Dermival Almeida de Queiroz, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: [dermival.almeida1@hotmail.com](mailto:dermival.almeida1@hotmail.com);
- Ana Angélica Martins da Trindade, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: [angelica.ana@ufba.br](mailto:angelica.ana@ufba.br)

## **INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES**

### **UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

## **FONTES DE FINANCIAMENTO**

1. Recursos próprios.
-----------------------

## AGRADECIMENTOS

- ◆ A **Deus** por ter cuidado de cada detalhe da minha caminhada;
- ◆ À minha orientadora, Professora Doutora **Ana Angélica Martins da Trindade**, pelo apoio, confiança, por saber esperar com calma e a disponibilidade fundamentais para a realização deste trabalho.
- ◆ Aos Professores da banca revisora, **Cláudia Bacelar Batista**, **Valéria Gusmão Bittencourt** e **Victor Luiz Correia Nunes** por aceitar o meu convite e pelas sugestões.
- ◆ À minha querida amiga, **Suelen Cajazeira Gomes**, pela generosidade, prazer em ajudar e pelas infinitas mensagens de carinho.

## SUMÁRIO

<b>I. RESUMO</b> -----	2
<b>II. INTRODUÇÃO</b> -----	3
<b>III. MERCOSUL: Histórico em interface aos princípios e composição e a importância para potencializar o comércio regional</b> -----	7
III.1. Processo e avanços da consolidação do MERCOSUL-----	8
III.2. Seguridade social no Mercosul-----	10
<b>IV. A SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL</b> -----	15
IV.1. Conceitos e Finalidades-----	15
IV.2. Saúde do Trabalhador e Medicina Ocupacional-----	16
<b>V. ACORDO MULTILATERAL DE SEGURIDADE SOCIAL DO MERCOSUL</b> -----	19
V.1. Acordos Internacionais-----	19
V.2. O Acordo Multilateral de Seguridade Social do Mercosul-----	21
V.2.1 A aplicação do Acordo no Brasil-----	22
<b>VI. CONCLUSÕES</b> -----	24
<b>VII. SUMMARY</b> -----	25
<b>VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> -----	26



## I. RESUMO

**PROTEÇÃO SOCIAL AO TRABALHADOR: DEMANDAS E DESAFIOS PARA A POLÍTICA DE SEGURIDADE SOCIAL NO MERCOSUL. Introdução:** A saúde teve destaque nas atividades do MERCOSUL a partir de 1997. Atualmente a circulação de profissionais nas zonas fronteiriças passou a chamar atenção do Bloco, devido à necessidade de regulação do mercado de trabalho e acompanhamento do deslocamento dos trabalhadores. **Objetivos:** Analisar e discutir os avanços regionais da política de seguridade social, a partir das interações do Brasil com os países partes do Mercosul, bem como as demandas e os desafios no que se refere à proteção social aos trabalhadores do bloco. **Materiais e Métodos:** Revisão de literatura em meio eletrônico, utilizando o método hipotético-dedutivo, que propõe o levantamento de hipóteses, por intermédio de leituras peculiares sobre o tema. **Resultados:** Dos 17 trabalhos encontrados, realizados no período entre 2005 a 2011, além de decretos, leis e publicações ministeriais, constataram-se ações positivas como a caracterização dos acordos internacionais que regem a previdência social dos trabalhadores migrantes, bem como a criação do Acordo Multilateral de Seguridade Social do Mercosul que busca harmonizar a proteção previdenciária e garantir a cobertura dos trabalhadores migrantes nos campos da saúde e previdência social, Acordo este que é proveniente do avanço do compromisso social no progresso de integração regional. No entanto, ainda existem desafios a serem considerados, principalmente a necessidade de participação e envolvimento dos países membros para fortalecer esses acordos e assim ter um avanço mais efetivo. **Conclusões:** As instituições previdenciárias dos Estados-membros do MERCOSUL ainda são deficientes e não há coordenação nem pretensão política para enfrentar o problema das desigualdades de condições, porém a integração regional vem fortalecendo a luta dos movimentos sindicais buscando avanços nas questões trabalhistas.

**PALAVRAS-CHAVE:**1. Proteção ao trabalhador, 2. Seguridade Social, 3. MERCOSUL.

## II. INTRODUÇÃO

Os blocos regionais surgem como estratégias utilizadas pelos países para a criação de alianças, permitindo o enfrentamento de dificuldades e, inclusive, a redução de disparidades, geradas por processos históricos marcados pela dominação exercida pelos países Norte em relação aos países Sul, perceptíveis as novas formas encontradas pelos países para se relacionarem e fortalecerem no âmbito internacional. Definem conjuntamente as estratégias políticas de aproximação entre os países para garantir desenvolvimento humano, promovendo inserção dos países no meio internacional, o que não ocorreria caso agissem individualmente<sup>1,2</sup>.

Os blocos regionais também facilitam as decisões e planos traçados em relação às políticas públicas, definidos coletivamente e relacionados especialmente à saúde. Tais movimentos atingiram também a América do Sul, como pode ser observado com a criação do Mercado Comum do Sul (Mercosul) na região, que não descuidou das metas de proteção para as soberanias nacionais. Inicialmente, o Mercosul foi motivado por objetivos predominantemente econômicos/comerciais, porém, com o tempo e com as constantes crises na região, os Estados-Partes que compõem o bloco sentiram a necessidade de estabelecer novos projetos regionais que valorizam também temas sociais, pois o desenvolvimento econômico depende das condições e qualidade de vida das populações<sup>1,2</sup>.

O Mercosul, criado em 1991, representa a proposta de integração econômica regional mais bem sucedida da América do Sul, por articular formas e mercados e, ainda, integrar territórios com vistas a assegurar a livre circulação de pessoas, de produtos, de capital e de serviços<sup>1,2</sup>.

Em 1997, a saúde mereceu destaque nas ações do Bloco devido a criação de dois fóruns específicos para tratar do tema: a Reunião de Ministros de Saúde (RMS) e o Subgrupo de Trabalho 11 Saúde (SGT11). Dentre os aspectos abordados nessas instâncias, pode-se citar: saúde nas fronteiras, circulação de produtos e as ações de saúde públicas de alta externalidade<sup>3,4</sup>.

Na atualidade, a circulação de profissionais nas zonas fronteiriças passou a preocupar o Bloco, devido a necessidade de regulação do mercado de trabalho. Muitas são as questões que acompanham os deslocamentos dos trabalhadores, como: os limites

das passagens fronteiriças, o modo de vida local, o conjunto de instituições regionais, sendo fundamental se ampliar debates e ações sobre o tema<sup>1-5</sup>.

Os deslocamentos das pessoas envolvem, ainda, outro tema importante que é o respeito aos direitos adquiridos, especificamente relacionados à saúde, e seu exercício para aqueles que transitam de um local para o outro. Com isto, a não nacionalidade brasileira traz consequências indiretas ao SUS, na medida em que não há controle da demanda de fronteiriços ao serviço de saúde, pressionando os gestores municipais a acatarem o acréscimo de tais demandas sem muitas vezes ter condições técnicas e recursos financeiros para resolver os problemas daí advindos<sup>5,6,7,8</sup>.

As reflexões iniciais levantadas a partir da exploração do tema levam à seguinte pergunta central de investigação: a política de seguridade social no Brasil avançou na proteção social oferecida aos trabalhadores que se deslocam regionalmente, após a criação do Mercosul? A referida pergunta teve como hipótese a ideia de que a integração regional reanimou a luta dos movimentos sindicais e avanços da Justiça do Trabalho.

O objetivo geral desse trabalho é analisar os avanços regionais da política de seguridade social, a partir das interações do Brasil com os seus vizinhos sul-americanos, no âmbito do Mercosul, capazes de assegurar a mobilidade e a proteção social regional para os trabalhadores, as demandas e os desafios no que se refere à proteção social aos trabalhadores.

E, como objetivos secundários: identificar propostas regionais da política de seguridade social que caracterizam a assistência aos trabalhadores, considerados com invalidez total e parcial em decorrência das atividades de trabalho; averiguar a situação de saúde do trabalhador no Brasil a partir da inserção no Mercosul; e verificar as repercussões nacionais do Acordo Multilateral de Seguridade Social do MERCOSUL.

O tema do presente Trabalho de Conclusão de Curso adveio da importância em discutir temas relacionados a interesses sociais como trabalho, saúde e seguridade social que tem grande relevância para a sociedade. E eu, como estudante de medicina, na oportunidade de escolher, identifiquei-me com o tema atual por abordar questões que buscam mostrar a realidade, visando aprimorar meus conhecimentos na área, visto que este é um tema pouco abordado ao longo da formação médica.

O estudo realizado correspondeu a uma revisão de literatura em meio eletrônico, sendo escolhido o método hipotético-dedutivo que se baseia no levantamento de respostas para uma pergunta central de investigação com o intuito de validar ou não a hipótese de trabalho, testada ao longo de nosso estudo.

Segundo Kaplan<sup>9</sup>, no método hipotético-dedutivo: o cientista, através de uma combinação de observação cuidadosa, hábeis antecipações e intuição científicas, alcança um conjunto de postulados que governam os fenômenos pelos quais está interessado, daí deduz ele as consequências por meio de experimentação e, dessa maneira, refuta os postulados, substituindo-os, quando necessário por outros e assim prossegue.

Este estudo trata-se de uma revisão de literatura sobre a relação entre a integração regional, as demandas e os desafios do Brasil e do Mercosul em termos de proteção social ao trabalhador. Os artigos estudados foram pesquisados nas bases de dados *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *National Center for Biotechnology Information* (PUBMED), *Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde* (Bireme), *Google Acadêmico* (*Google Scholar*), *Descritores em Ciências da Saúde* (DeCS) e *Scientific Electronic Library Online [Biblioteca Científica Eletrônica Online]* (SciELO). A estratégia de pesquisa nas fontes de dados envolveu descritores como Mercosul, Saúde do Trabalhador, Seguridade Social e Saúde na Fronteira.

A partir dos dados obtidos com a pesquisa inicial, destacaram-se os seguintes aspectos: ano da publicação; titulação acadêmica dos autores; o cenário da pesquisa e a unidade da federação à qual pertencem os autores em que a pesquisa foi realizada; a metodologia empregada e sujeitos da pesquisa.

Foram incluídos na revisão os artigos científicos publicados no período de 2005 a 2011, sendo apenas um artigo de 1991, nos idiomas português e espanhol; trabalhos com desenho do estudo de corte transversal, relatos de experiência, teses de mestrado e doutorado, além de leis, acordos e outros documentos oficiais. Foram excluídos estudos realizados fora do tempo especificado nos critérios de inclusão; artigos fora dos objetivos propostos e estudos com disponibilidade incompleta.

Na seleção dos artigos, foram utilizados os termos da pesquisa acima descritos e a partir dos resultados, filtrados por idioma e período de tempo, foram escolhidos os artigos pelos títulos e resumos. Excluindo-se as publicações duplas (mesmo artigo em revistas diferentes), ou cujo título e/ou resumo não corresponderam ao objetivo da revisão de literatura. Depois da seleção pelos títulos e resumos, os artigos foram lidos para avaliação completa e verificação de elegibilidade.

Foram encontrados 288 artigos no total, desses 27 artigos foram eliminados por filtro (revistas científicas, idioma, período de publicação), restando 261 artigos elegíveis. Desses artigos elegíveis, 175 artigos foram eliminados de acordo com a leitura do título,

36 artigos eliminados após a leitura completa do texto e 33 artigos eliminados após a leitura de resumo. Portanto, foram selecionados 17 artigos, desses estão inclusos 2 dissertações e 1 tese, além de decretos, leis e publicações ministeriais.

Deste modo, esse estudo foi dividido em três capítulos. No primeiro capítulo procura discutir sobre a importância de fortalecer o comércio regional, averiguando o desenvolvimento dos processos da solidificação dos países do Mercosul e discorre sobre os aspectos relacionados a seguridade social perante aos trabalhadores dos países do bloco. O segundo capítulo aborda sobre a saúde do trabalhador no Brasil e as estratégias para garantir a qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade como um todo. Por fim, o terceiro capítulo aponta os possíveis benefícios e entraves dos acordos que abordam a seguridade social e de que modo o Acordo Multilateral de Seguridade Social do Mercosul está sendo aplicado no Brasil.

### **III. MERCOSUL: Histórico em interface aos princípios e composição e a importância para potencializar o comércio regional.**

O Mercado Comum do Sul (ou mais conhecido como MERCOSUL) foi criado em 26 de Março de 1991 com a assinatura do Tratado de Assunção no Paraguai. Os membros deste imponente bloco econômico da América do Sul são compostos por: Argentina, Brasil, Uruguai, Paraguai e Venezuela<sup>11,12,13</sup>.

Embora tenha sido criado apenas em 1991, os esforços para que essa parceria ocorresse datam da década de 1980, quando Brasil e Argentina assinaram vários acordos comerciais com o objetivo de estabelecer relações de maior proximidade entre os países que concordam do ponto de vista social, político e econômico. Já os países Chile, Colômbia, Peru e Bolívia poderão entrar neste bloco econômico, pois assinaram tratados comerciais e já estão organizando suas fontes da economia (e sua operacionalização) para tal inclusão, mas estes países mencionados são hoje conhecidos como associados ao Mercosul<sup>11,12,13</sup>.

No Brasil, o Tratado de Assunção foi ratificado pelo Congresso através do Decreto Legislativo nº 197, de 25.09.91 e promulgado pelo Decreto nº 350, de 21.11.91. O Tratado de Assunção foi aditado por três Protocolos Adicionais importantes<sup>11,12,13</sup>:

- Protocolo de Brasília, dispendo sobre o mecanismo de Solução de Controvérsias, assinado em 17.12.91 e internalizado no Brasil pelo Decreto Legislativo nº 88, de 01.12.92, e Decreto nº 922, de 10.09.93;
- Protocolo de Ouro Preto, sobre a estrutura institucional do MERCOSUL, assinado em 17.12.94 e internalizado no Brasil pelo Decreto Legislativo nº 188, de 16.12.95, e Decreto nº 1.901, de 09.05.96;
- Protocolo de Olivos, alterando o mecanismo de Solução de Controvérsias, assinado em 18.02.2002 e internalizado no Brasil pelo Decreto Legislativo nº 712, de 15.10.2003, e Decreto nº 4.982, de 09.02.2004.

Hoje se tem claro que o Mercosul passa por um processo de integração econômica entre os países membros, que tem como objetivo a conformação de um mercado comum através da: <sup>11,12,13</sup>:

- livre circulação de bens, serviços, trabalhadores e capital, por meio, entre outros, da redução das barreiras tarifárias e não-tarifárias e de medidas de efeito equivalente;

- política comercial uniforme comum em relação a terceiros países/blocos, com a adoção de uma tarifa externa comum;
- coordenação das políticas macroeconômicas e harmonização das políticas alfandegária, tributária, fiscal, cambial, monetária, de investimentos, de comércio exterior, de serviços, de transportes, de comunicações, agrícola, industrial, trabalhista, entre outras;
- harmonização dos códigos legislativos dos países-membros nas áreas definidas como pertinentes ao processo de integração.

Além desses objetivos gerais, o Mercosul desenvolve suas ações para os seguintes objetivos específicos<sup>11,12,13</sup>:

- aumento e diversificação da oferta de bens e serviços com padrões comuns de qualidade e seguindo normas internacionais, propiciando economias de escala;
- promoção de modo coordenado do desenvolvimento científico e tecnológico;
- busca permanente de pautas comuns para o desenvolvimento sustentável dos recursos regionais;
- aumento da participação dos setores privados no processo de integração.

### **III.1. Processo e avanços da consolidação do MERCOSUL**

No ano de 1995, em especial, ocorreu um grande avanço no processo de consolidação do Mercosul, dado que foi instalada a zona de livre comércio entre os países membros. A partir deste ano, cerca de 90% das mercadorias produzidas nesses países, anteriormente citados, podem ser comercializadas sem tarifas comerciais. Vale frisar que alguns produtos ainda não entraram neste acordo e possuem tarifação especial por serem considerados estratégicos para algum país ou por aguardarem legislação comercial específica<sup>11,13</sup>.

Quatro anos depois, especificamente em Julho de 1999, uma importante negociação firmou-se no sentido da integração econômica entre os países membros, índice de déficit e taxas de inflação. Futuramente, há planos para a adoção de uma moeda única, a exemplo do que fez o Mercado Comum Europeu, realizando assim, a formação real e sistematizada, com leis específicas e constituição para a formação do bloco. A expressão

internacional do Mercosul é notória, uma vez que os países que o compõem, juntos, concentram uma população estimada em 311 milhões de habitantes e um Produto Interno Bruto (PIB) de aproximadamente 2 trilhões de dólares<sup>12,13</sup>.

No ramo da educação, a proposta é de integrar a educação dos países através do reconhecimento mútuo dos cursos superiores e diplomas, além da cooperação em pesquisas e intercâmbios, o que já vem acontecendo no Brasil com Argentina com cursos de graduação e pós-graduação<sup>11,13</sup>.

Mais tarde, em 2002, foi assinado um acordo de livre residência entre os países do MERCOSUL como entre a Bolívia e o Chile. A partir deste tratado, qualquer cidadão nato ou naturalizado há mais de cinco anos em algum desses países possui o direito de residir por dois anos na área de livre residência estabelecida pelo tratado com os mesmos direitos de um cidadão daquele local<sup>11,13</sup>.

Vale destacar que, no final de dezembro de 2005, o Mercosul aceitou o pedido da Venezuela de adesão ao bloco, tendo, para tanto, que cumprir o disposto na Decisão CMC 28/05 que, entre outras normativas, deve adotar a Tarifa Externa Comum do Mercosul<sup>13</sup>.

Para ter a real dimensão da imponência dos países que integram o Mercosul, segue na tabela 1 abaixo um comparativo entre economia, população, Produto Interno Bruto (PIB) e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos países membros<sup>12</sup>.

<b>TABELA 1 - MERCOSUL em Números – 2014</b>				
<b>País</b>	<b>PIB (em dólares US\$)</b>	<b>População (Estimativa)</b>	<b>PIB Per Capta (em dólares US\$)</b>	<b>IDH</b>
<b>Brasil</b>	3,071 Trilhões	204.450.649 Habitantes (2015)	15.153	0,755
<b>Argentina</b>	927,382 bilhões	41.281.631 Habitantes (2012)	22.101	0,836
<b>Venezuela</b>	545,704 bilhões	31.703.499 Habitantes (2010)	17.917	0,762
<b>Uruguai</b>	55,597 Bilhões	3.424.595 Habitantes (2010)	20.497	0,793
<b>Paraguai</b>	58,280 Bilhões	6.553.789 Habitantes (2014)	8.854	0,679

Org. Próprio autor. Fonte: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acessado em 26/03/2016



### III.2. Seguridade Social no Mercosul

A Seguridade Social compreende um conjunto de ações da sociedade e dos Poderes tendente a assegurar os direitos à saúde, previdência e assistência sociais. Seguindo o princípio fundamental das boas relações internacionais, e pautando no aspecto da seguridade social do Mercosul, o tema migração é especial, dado que o ir e vir de cidadãos de país dentro do MERCOSUL é facilitada pelos governos, sem necessidade de visto. Além do amplo direito de ir e vir, os cidadãos dentro do Mercosul tem liberdade de culto (religião) e de expressão cultural dentro dos países, formalizando um amplo e positivo acordo de relações internacionais, tendo todo migrante o direito à ajuda, informação, proteção e igualdade de direitos<sup>14-18</sup>.

Entre os países que completam e formam o Mercosul (Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, iniciado com a assinatura do Tratado de Assunção), os Estados são comprometidos com as declarações, pactos, protocolos e outros tratados que integram o patrimônio jurídico da Humanidade, entre os quais a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (1966), o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966), a Declaração Americana de Direitos e Obrigações do Homem (1948), a Carta Interamericana de Garantias Sociais (1948), a Carta da Organização dos Estados Americanos - OEA (1948), a Convenção Americana de Direitos Humanos sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1988)<sup>14-18</sup>.

Dentre os direitos, temos os de cunho individual, dos quais parte o direito da não discriminação, pois todo trabalhador tem garantida a igualdade efetiva de direitos, tratamento e oportunidades no emprego e ocupação, sem distinção ou exclusão por motivo de raça, origem nacional, cor, sexo ou orientação sexual, idade, credo, opinião política ou sindical, ideologia, posição econômica ou qualquer outra condição social ou familiar. Busca-se também a promoção da igualdade, pois as pessoas portadoras de necessidades especiais devem ser tratadas de forma digna e não discriminatória, favorecendo-se sua inserção social e no mercado de trabalho<sup>14-18</sup>.

É proibido qualquer trabalho forçado, infantil e também de menores. Vale frisar que, no fator trabalho forçado, a proibição se enquadra a qualquer idade, ou seja, toda pessoa tem direito ao trabalho livre e a exercer qualquer ofício ou profissão, de acordo com as disposições nacionais vigentes. Os Estados Parte comprometem-se a eliminar toda

forma de trabalho ou serviço exigido a um indivíduo sob a ameaça de uma pena qualquer e para o qual dito indivíduo não se ofereça voluntariamente<sup>14-18</sup>.

Sobre os direitos coletivos, o Mercosul preconiza que todo sujeito tem o direito a liberdade de associação sindical e ao diálogo social, uma vez que os Estados Parte devem fomentar o diálogo nos âmbitos nacional e regional, instituindo mecanismos efetivos de consulta permanente entre representantes dos governos, dos empregadores e dos trabalhadores, a fim de garantir, mediante o consenso social, condições favoráveis ao crescimento econômico sustentável e com justiça social da região e a melhoria das condições de vida de seus povos. Além destes, são também direitos: fomento do emprego; proteção dos desempregados; formação profissional e desenvolvimento de recursos humanos; saúde e segurança no trabalho; inspeção do trabalho e seguridade social<sup>14-18</sup>.

Os trabalhadores do Mercosul têm direito à seguridade social, nos níveis e condições previstos nas respectivas legislações nacionais, ou seja, é garantida a proteção aos seus habitantes diante dos perigos sociais, enfermidades, velhice, invalidez e morte, buscando coordenar as políticas na área social<sup>14-18</sup>.

Nesse aspecto, a seguridade é um ponto fundamental, dado que o Mercosul está entre as quatro maiores economias do mundo, contudo, não é possível afirmar que o crescimento econômico dele tenha desencadeado e refletido diretamente no desenvolvimento social da região<sup>14-18</sup>.

A distribuição da população em áreas urbanas e rurais, embora apresente importantes disparidades regionais, mostra uma proporção de população rural inferior a 50%, resultado do processo crescente da migração do meio rural para o urbano. Essas assimetrias, aliadas às diferentes experiências de gestões públicas e ao número de municípios fronteiriços, colocam o Brasil numa situação estratégica e com potencialidade de avançar em propostas e processos de formalização da integração regional, no que tange à organização das ações e acesso a serviços, especialmente os de saúde<sup>14-18</sup>.

No que diz respeito aos países do MERCOSUL, o Brasil iniciou a implementação de uma seguridade social fundamentada no princípio da “universalidade da cobertura e do atendimento”, conforme o artigo 194 da Constituição Federal de 1988. A área de saúde, por exemplo, consolidou o SUS através da Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990, que vem sendo desenvolvido e se mantém em consonância com o princípio fundamental da universalidade. Por sua vez, no âmbito da Previdência Social, foi estabelecida formalmente “a universalidade de participação nos planos previdenciários, mediante contribuição”, de acordo com o artigo 3º da Lei n. 8.212/1991. Atualmente, a cobertura

da previdência social brasileira atinge aproximadamente 65% da população economicamente ativa, deixando desprotegida grande parcela da população trabalhadora<sup>11,14-18</sup>.

Existem diferenças importantes na prestação de serviços institucionais para os riscos relacionados ao trabalho nos diversos países. No Brasil, a competência é dividida entre os Ministérios da Previdência Social (MPS), do Trabalho e Emprego (MTE) e da Saúde (MS). Na Argentina, é de responsabilidade da Superintendencia de Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART). No Uruguai, é do Banco de Seguros del Estado (BSE). E no Paraguai, do Instituto de Previsión Social (IPS). Todas essas propostas se apresentam como seguros sociais, entretanto, no Uruguai, apesar de ser administrado por uma estatal, é um seguro de natureza mercantil; e, na Argentina, apesar de fazer parte do sistema de seguridade pública, a gestão é privada<sup>14-18</sup>.

Nesse aspecto, no Brasil e no Paraguai, a administração é realizada por instituição de caráter público (OIT, 2004). Sob a égide da mercantilização da saúde, ocorre um processo de privatizações dentro do sistema estatal de países do MERCOSUL, com serviços diretos ou contratados do setor privado, a exemplo da Argentina, por meio das Obras Sociais (OS), e do Uruguai, por meio das Instituições de Assistência Médica (IAMC)<sup>11,14-18</sup>.

Persiani<sup>14</sup> afirma que a função da cobertura não é mais a de ressarcir um prejuízo, mas a de eliminar as situações de necessidade que barram o efetivo e pleno gozo dos direitos civis e políticos. Dever-se-ia, realmente, adotar a ideia acima, ou seja, de que a carga social deve ser compartilhada por toda a sociedade e todos os cidadãos que se encontram em risco devem ser protegidos.

Deste modo, no Brasil, tem-se em discussão a aposentadoria por invalidez que ficou ao revés dos benefícios de aposentadoria por idade, tempo de contribuição e especial, citadas na Lei 10.666/03, cuja perda da qualidade de segurado não impede sua percepção, como se verá. A aposentadoria por invalidez é um benefício de prestação continuada que pode ser comum ou acidentária, devida aos segurados que fazem parte do rol dos segurados obrigatórios, bem como ao facultativo, que contribui voluntariamente, e ao trabalhador rural que não verteu contribuição aos cofres públicos<sup>14-18</sup>.

Existe uma lista de doenças constante dos anexos do regulamento. Para aquelas doenças, não há carência, pois o Governo admite que são necessidades que merecem indiscutivelmente amparo social. Há, ainda, enfermidades que, pela sua gravidade, foram

elencadas no rol do art. 151 da lei 8.213/91, até mesmo antes da confecção dos anexos, cujo reconhecimento determina a implantação do benefício sem a carência exigida<sup>14-18</sup>.

A Lei 8.213/91, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social Brasileira, em seu art. 42, expõe o conceito legal de invalidez como aquele que for considerado incapaz e insusceptível de reabilitação profissional para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência. Esse benefício só será devido se e enquanto o beneficiário permanecer na condição de inválido. A lei considera incapaz aquele que, por causa da doença, do defeito físico ou mental, encontra-se na absoluta e permanente impossibilidade de desenvolver qualquer trabalho. Porém, a incapacidade deve ser permanente e substancial, vez que insusceptível de reabilitação para qualquer trabalho que garanta a sobrevivência<sup>14-18</sup>.

Segundo Sette<sup>15</sup>, quatro requisitos são necessários para a concessão deste benefício: manutenção da qualidade de segurado, que será verificada quando da data do início da incapacidade fixada por exame pericial; cumprimento do período de carência de doze contribuições mensais, se for o caso. Não é exigida carência em caso de acidente de qualquer natureza ou causa, de doença profissional ou do trabalho ou de alguma das doenças arroladas em lista especial; incapacidade total para o exercício de qualquer trabalho. Se estiver apto para o desempenho de outras atividades ou funções que lhe garanta sustento, o segurado não fará jus ao recebimento da aposentadoria por invalidez, mas talvez ao auxílio doença; caráter definitivo da incapacidade e reabilitação para o trabalho.

Nota-se que a incapacidade está ligada ao trabalho que garanta a sobrevivência do beneficiário, portanto não é para qualquer trabalho apenas, porque se o incapaz consegue com esforço trabalhar, mas se mantém em estado de necessidade social, perpetua-se a contingência que desencadeou a percepção ao benefício<sup>14-18</sup>.

Quanto à carência, o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência Social definiram, por meio da Portaria Interministerial n.º 2.998/2001, que as doenças e infecções que excluem a necessidade de carência para concessão de auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez são: tuberculose ativa; hanseníase; alienação mental; neoplasia maligna; cegueira; paralisia irreversível e incapacitante; cardiopatia grave; doença de Parkinson; espondilite anquilosante; nefropatia grave; estado avançado da doença de Paget; contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada; e hepatopatia grave. A partir da Lei n.º 9.032/95, a renda inicial do benefício passou a ser de 100% (cem por cento) do salário-de-benefício. Além disso, caso

o segurado, em razão da invalidez, precise da ajuda de alguma outra pessoa, será pago um acréscimo de 25% (vinte e cinco por cento), podendo, inclusive, superar o limite do salário-de-benefício<sup>14-18</sup>.

Como entende Teixeira<sup>16</sup>, “seria recomendável, portanto, uma junta interdisciplinar de médicos, psicólogos, assistentes sociais e outros especialistas, que pudessem olhar a mesma pessoa separadamente e posteriormente em conjunto, tentando estabelecer um diálogo comum”.

Contudo, a aferição da incapacidade deve ser para exercer uma atividade que lhe garanta a sobrevivência digna, buscando analisar se seria factível o reingresso do beneficiário ao mercado de trabalho, tendo-se em mira sua aptidão física e mental, atentando-se para o princípio da dignidade da pessoa humana.

## **IV. A SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL**

### **IV.1. Conceitos e Finalidades**

Os dados nacionais e internacionais mostram que em todo o mundo acidentes e doenças originadas persistem nos processos de trabalho, revelam a magnitude destes eventos para a Saúde Pública<sup>11-13</sup>.

Conforme a Organização Internacional do Trabalho (OIT), ocorrem cerca de 270 milhões de acidentes do trabalho por ano no mundo, sendo que 2 milhões deles são fatais e, segundo a mesma entidade, o Brasil ocupa o 4º Lugar no ranking mundial de acidentes fatais.<sup>14</sup> Segundo dados da Previdência Social, em 2010, de 720 mil acidentes, cerca de 2.500 resultaram em mortes e os números de afastamentos do trabalho por incapacidade permanente chegaram a mais de 15 mil, acarretando em impacto orçamentário de cerca de R\$11 bilhões para pagamento de auxílio-doença e auxílio-acidente<sup>14</sup>.

A saúde ocupacional é uma importante estratégia não somente para garantir a saúde dos trabalhadores, mas também para contribuir positivamente para a produtividade, qualidade dos produtos, motivação e satisfação do trabalho e, portanto, para a melhoria geral na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade como um todo<sup>14</sup>.

Os maiores desafios para a saúde do trabalhador são os problemas de saúde ocupacional ligados com o desenvolvimento das tecnologias, riscos de saúde associados a esses avanços, envelhecimento da população trabalhadora, vulnerabilidade com os grupos de doenças crônicas e deficientes físicos, incluindo migrantes e desempregados, problemas relacionados com a crescente mobilidade dos trabalhadores e ocorrência de novas doenças ocupacionais de várias origens<sup>15-16</sup>.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, em vigor desde 2004, visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde, descritas na Portaria nº 1.125 de 6 de julho de 2005. Suas diretrizes compreendem a atenção integral à saúde, a articulação intra- e intersetorial, a estruturação da rede de informações em Saúde do Trabalhador, o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão dessas ações<sup>15</sup>.

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) é um dos métodos que garantem a atenção integral à saúde dos trabalhadores. Ela é composta por

Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) e por uma rede de 1.000 serviços sentinela de média e alta complexidade capaz de diagnosticar os agravos à saúde que têm relação com o trabalho e de registrá-los no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)<sup>14,15</sup>.

Do mesmo modo, em esfera interinstitucional, o Ministério da Saúde emite uma política de ação integrada com os ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência Social, a Política Nacional sobre Saúde e Segurança do Trabalho (PNSST), cujas diretrizes compreendem<sup>15-16</sup>:

- I - Ampliação das ações, visando a inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema de promoção e proteção da saúde;
- II - Harmonização das normas e articulação das ações de promoção, proteção e reparação da saúde do trabalhador;
- III - Precedência das ações de prevenção sobre as de reparação;
- IV - Estruturação de rede integrada de informações em Saúde do Trabalhador;
- V - Reestruturação da formação em Saúde do Trabalhador e em segurança no trabalho e incentivo à capacitação e à educação continuada dos trabalhadores responsáveis pela operacionalização da política;
- VI - Promoção de agenda integrada de estudos e pesquisas em segurança e Saúde do Trabalhador.

#### **IV.2. Saúde do Trabalhador e Medicina Ocupacional**

A Saúde do Trabalhador (ST) configura um campo de saber e de práticas que demandam uma atuação sobre o trabalho e sobre as estruturas e processos que o organizam<sup>15</sup>. Segundo Greco e Moura<sup>14</sup>, a ST é uma área da Saúde Pública que visa intervir nas relações entre o trabalho e a saúde, promovendo e protegendo a saúde dos trabalhadores através das ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes, das condições de trabalho, dos agravos à saúde e da organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada no SUS.

A estruturação desse tema, no Brasil, acontece num contexto histórico específico, no momento de abertura política no final da década de 1970, quando os movimentos sociais retomam a cena pública (Medicina Social) e interferem na construção da agenda

que definirá as políticas públicas de corte social, culminando com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, com a lei do SUS<sup>14,15</sup>.

O movimento sindical e o movimento sanitário tiveram grande participação na incorporação da Saúde do Trabalhador (ST) como política de saúde, reputando o adulto em sua condição de trabalhador, o que implica conhecer a situação de trabalho, não apenas o processo de produção em si, mas também o processo de produção e reprodução das relações sociais de produção<sup>15,16</sup>.

A adoção de determinados marcos teórico-conceituais e de uma proposta programática que estão ancorados na saúde coletiva, na Medicina Social latino-americana e na Saúde Pública, entende-se que a relação entre o trabalho e a saúde também se modifica, frente a um questionamento geral da organização capitalista do trabalho, que intensifica o progressivo surgimento de doenças, as intoxicações, os acidentes e violências e as manifestações crônicas do desgaste dos trabalhadores, surgindo então a ST que considera o trabalho como uma categoria social e não apenas decorrente de risco ambiental e o processo saúde-doença do trabalhador como expressão do processo de exploração capitalista<sup>16,17</sup>. Na concepção da ST, o ambiente de trabalho é resultado do modo de organização do processo de produção e do processo de trabalho<sup>16</sup>.

A saúde coletiva fornece as bases para se compreender o processo saúde-doença, contextualizado nas relações sociais, dando relevo à estratificação social, e, assim, o planejamento em saúde deve ser norteado por essa configuração<sup>16,17</sup>.

A Medicina Social latino-americana define o processo de trabalho como processo de produção de bens e serviços e de valor, segundo a concepção marxista, como categoria central para se compreender a relação trabalho e processo saúde-doença, e a Saúde Pública orienta programaticamente as ações em ST<sup>17</sup>.

A saúde é um dever do Estado, os serviços devem contar com a participação e o controle social, e as ações devem contemplar promoção, prevenção, assistência, reabilitação e vigilância à saúde, sendo assim o princípio norteador que define essa política<sup>17</sup>.

A ST configura um campo de conhecimentos e de práticas que tem como objetivo o estudo, a análise e a intervenção nas relações entre trabalho e saúde-doença, mediante propostas programáticas desenvolvidas na rede de serviços de saúde pública<sup>17</sup>.

Segundo Chiavegatto e Algranti (2013)<sup>16</sup>,

a atenção à ST contempla três níveis de atuação: a) a vigilância, aqui incluídas as ações destinadas à definição dos perigos e dos riscos inerentes a um processo de trabalho e à consequente promoção de medidas que visam ao adequado



controle dos perigos e riscos e de controle médico, assim como um programa que permita a coleta e a análise dos dados gerados; b) a assistência à saúde, incluindo serviços de acolhimento, atenção, condutas clínicas e ocupacionais e um sistema de benefícios justo; e c) a abordagem e a conduta apropriadas aos determinantes sociais, individuais ou de grupos, que impactam negativamente na saúde da maioria dos trabalhadores.

Longe de ser um termo apenas descritivo e sinônimo da saúde ocupacional, na ST insere-se uma política pública em saúde que demanda articulações intersetoriais entre saúde, previdência social, educação, trabalho e emprego e meio ambiente, dentre outras, exigindo a inter-relação de diversos saberes e a apreensão de múltiplos conceitos<sup>18</sup>.

É importante ressaltar também que tal proposta desenvolve-se como uma crítica à concepção e prática da saúde ocupacional e da Medicina do trabalho, criadas para operar como ferramentas de gestão da força de trabalho, com vistas à busca de eficiência, produtividade e lucratividade e com a tendência de restringir seus objetos de atuação às condições do ambiente de trabalho (de natureza física, química, biológica e mecânica), às doenças ocupacionais e aos acidentes de trabalho, sem considerar que as relações sociais de produção têm um papel determinante no processo saúde-doença. Dessa forma, a ST adota uma visão da relação entre o trabalho e o processo de saúde-doença que supera aquela do ambiente e seus agentes<sup>18-20</sup>.

Como campo multidisciplinar, a ST propõe uma nova forma de compreensão das relações entre trabalho e saúde e novas práticas de atenção à saúde dos trabalhadores e de intervenção nos ambientes de trabalho. Busca-se, sobretudo, compreender a ocorrência dos problemas de saúde à luz das condições e dos contextos de trabalho, tendo em vista que medidas de promoção, prevenção e vigilância deverão ser orientadas para mudar o trabalho<sup>15,18</sup>.

## V. ACORDO MULTILATERAL DE SEGURIDADE SOCIAL DO MERCOSUL

### V.1. Acordos Internacionais

De acordo com o art. 2º, 1, “a” do Estatuto da Convenção de Viena, tratados internacionais são acordos celebrados entre Estados, por escrito, regido pelo direito internacional. Trata-se de um ato jurídico, normalmente de maneira formal, que visa estabelecer um acordo entre dois ou mais países<sup>21,22</sup>.

No caso da previdência social, existente em acordos internacionais da seguridade social, são convênios criados entre as nações, que visam proporcionar ao trabalhador imigrante o direito aos benefícios previdenciários conferidos em território nacional<sup>23</sup>. Conforme as Organizações Internacionais para as Migrações (OIM), migração é a movimentação de pessoas de um lugar para outro, podendo ser internacional (entre diferentes países) e/ou interno (entre regiões de um mesmo país)<sup>33</sup>.

Em relação aos acordos sobre a previdência social celebrados pelo Brasil, Martinez (2013)<sup>24</sup> conceitua que “são fontes formais internacionais que regem a previdência social dos trabalhadores migrantes, ou seja, tratados bilaterais sobre previdência social, celebrados entre o Brasil e diversos países da América Latina e da Europa, por exemplo.”

Estes acordos são classificados de duas maneiras: os multilaterais, onde há o acordo entre comunidades de países, como no caso do MERCOSUL; e os bilaterais, em que apenas dois países são signatários, como no acordo entre Brasil e Portugal. Atualmente, a nível internacional, tais acordos possuem destacada relevância em decorrência do grande fluxo migratório de trabalhadores, de forma que a previdência social busca amparar tais cidadãos<sup>21,22</sup>.

Segundo Lamera (2007)<sup>25</sup>, “a forma de corrigir esta ruptura na cobertura da Previdência Social e de evitar o risco da pobreza dos migrantes na velhice é a celebração de acordos internacionais de Previdência entre países cujo contingente populacional tenha sido influenciado por fortes correntes migratórias.”

As normas internacionais de seguridade social vêm buscando dar aos imigrantes uma renda apropriada, quando não estiverem mais em condições de exercerem suas atividades laborativas. Portanto, os acordos internacionais de previdência social tendem

a proteger o cidadão, que reside em país estrangeiro, da pobreza que poderia se encontrar quando perdesse a capacidade para o trabalho<sup>21,22</sup>.

Um estudo da Secretaria Geral da Presidência da República<sup>26</sup> relatou que, do ponto de vista da previdência social, a migração traz como consequência o fato de que muitos trabalhadores, ao contribuírem para sistemas previdenciários em países diferentes, correm o risco de não completar os requisitos para obter aposentadoria ou outros benefícios se contarem apenas o tempo de contribuição em um dos países nos quais residiu. A forma de corrigir essa descontinuidade da previdência social e de evitar risco de pobreza dos migrantes na velhice é a celebração de acordos internacionais de previdência entre os países<sup>22</sup>.

Evidencia-se a necessidade de tais acordos, visando sempre facilitar o atendimento previdenciário do trabalhador imigrante que, ao contribuir para sistemas previdenciários diversos, pode deixar de cumprir os requisitos para obter os benefícios em ambos os países<sup>21,22,27</sup>.

Os Acordos Internacionais possuem os mesmo princípios norteadores que regem a previdência social no âmbito nacional. Contudo, face ao princípio da territorialidade das leis, há limites entre as estipulações convencionadas entre os países celebrantes. De tal maneira, a solidariedade internacional tem o intuito de contribuição recíproca entre as nações<sup>22,24,27</sup>.

Segundo Castro<sup>27</sup>, em relação ao princípio da solidariedade internacional, o alcance é limitado, pois se restringe apenas ao convencionado em cada acordo internacional, em que acabam sendo analisados e estudados juntamente com as regras previdenciárias do ordenamento jurídico interno de cada país. Porém, no que tange à igualdade de tratamento, Castro<sup>27</sup> entende que os países partícipes de acordos firmados entre si devem garantir que os direitos de um trabalhador imigrante sejam exatamente iguais aos direitos do trabalhador deste país. Diante disso, o princípio da igualdade de tratamento busca tratar de maneira uniforme os trabalhadores nacionais e estrangeiros, que visa dar igualdade a tais cidadãos no âmbito previdenciário, demonstrando que o Seguro Social não se preocupa com a nacionalidade da pessoa, mas sim em face de seu trabalho e as condições que o mesmo é desempenhado<sup>22,24,27</sup>.

Além desses princípios que regem os acordos internacionais, há também o princípio da divisão dos encargos, que corresponde à distribuição dos pagamentos entre os países acordantes; o princípio da adaptação das legislações nacionais, que estabelece que os países signatários não necessitem modificar suas legislações previdenciárias em

decorrência do acordo internacional; e o princípio da reciprocidade, que visa garantir o direito do segurado, de forma que ele não seja prejudicado por exercer atividade laboral em país diverso do seu<sup>22,24,27</sup>.

Os benefícios são concedidos seguindo determinadas normas, visto que a previdência social, como dito anteriormente, tem um sistema contributivo, onde o direito aos benefícios é adquirido mediante determinadas contribuições periódicas ao órgão competente da previdência em cada país, que, no Brasil, corresponde ao Instituto Nacional do Seguro Social – INSS<sup>23,24</sup>. Sendo assim, os acordos internacionais de seguridade social visam facilitar a concessão de benefícios previdenciários aos trabalhadores imigrantes<sup>24</sup>.

## **V.2. O Acordo Multilateral de Seguridade Social do Mercosul**

Como um avanço da agenda social no processo de integração regional, o Acordo Multilateral de Seguridade Social do Mercosul busca harmonizar a proteção previdenciária e garantir a cobertura dos trabalhadores migrantes nos campos da saúde e previdência social<sup>21,22</sup>. O acordo foi firmado em 1997, mas só entrou em vigência em 2005<sup>28</sup>.

O presente Acordo também será aplicado aos trabalhadores, de qualquer outra nacionalidade, residentes no território de um dos Estados Partes, desde que prestem ou tenham prestado serviços em tais Estados Partes<sup>22,28</sup>.

Conforme presume o art. 1º, “a”, e no art. 19 do Acordo<sup>28</sup> mencionado, encontra-se aberto para eventuais adesões de demais Estados que vierem a aderir ao Tratado de Assunção, criador do bloco. Isto posto, as nações demonstraram enorme preocupação social com os cidadãos imigrantes, visto que a partir do acordo, os procedimentos previdenciários seriam mais rápidos e seguros entre os países<sup>25</sup>.

O Acordo de Seguridade Social do Mercosul representa um avanço significativo para o acrescentamento dos direitos previdenciários para trabalhadores migrantes formais, proporcionando uma cobertura adequada para as populações do Bloco, de acordo com os vários tipos de benefícios dispostos<sup>21-25</sup>.

Conforme apresentado pelo art. 2º, 1 do Acordo Multilateral de Seguridade Social<sup>28</sup> destas nações:

“Os direitos à Seguridade Social serão reconhecidos aos trabalhadores que prestem ou tenham prestado serviços em quaisquer dos Estados Partes, sendo-lhes reconhecidos, assim como a seus familiares e assemelhados, os mesmos

direitos e estando sujeitos às mesmas obrigações que os nacionais de tais Estados Partes com respeito aos especificamente mencionados no presente Acordo.”

Logo, os direitos à Seguridade Social foram reconhecidos aos trabalhadores que laboraram nos países do MERCOSUL, de forma que, o tempo exercido nestes países serão computados nos demais, a fim de conseguir a concessão de determinados benefícios a si ou a seus familiares<sup>21,22</sup>.

Estes países encontraram no Acordo em questão o instrumento para assegurar a proteção social de seus trabalhadores, que exercem atividades sob os diferentes sistemas previdenciários existentes entre os países acordantes do tratado<sup>21,22</sup>.

Tal acordo só veio a ter vigência no ano de 2005, e a partir desta data, sucederam-se os acordos bilaterais sobre a matéria previdenciária que existiam entre as nações, pelo Acordo Multilateral de Seguridade Social, conforme expõe o art. 17, 4 do Decreto Legislativo 451/01<sup>29</sup>, que assim elucida:

“A partir da entrada em vigor do presente Acordo, ficarão derrogados os Acordos Bilaterais de Seguridade Social ou de Previdência Social celebrados entre os Estados Partes. A entrada em vigor do presente Acordo não significará em nenhum caso a perda de direitos adquiridos ao amparo dos mencionados Acordos Bilaterais.”

Ainda assim, o Acordo tornou-se o primeiro, em matéria previdenciária, a beneficiar também funcionários públicos pertencentes a regimes próprios. A substituição dos acordos bilaterais não acarreta na perda do direito adquirido por parte do cidadão<sup>27-29</sup>.

### **V.2.1 A aplicação do Acordo no Brasil**

Os acordos internacionais que aludem ao assunto previdenciário fazem parte da política externa brasileira, que deve ser conduzida, portanto, pelo Ministério das Relações Exteriores, com a ajuda do Ministério da Previdência Social<sup>21,22,30</sup>. Conquanto, de acordo com o art. 49, I da Constituição Federal<sup>7</sup>, além de conduzidas pelos Ministérios já citados, os acordos necessitam passar ainda pelo Congresso Nacional, visto que é de competência deste resolver sobre acordos internacionais.

Além disso, importante frisar que é de competência do Presidente da República celebrar acordos internacionais sujeitos ao referendo do Congresso Nacional, nos termos do art. 84, VIII da Constituição Federal<sup>7</sup>.

Dessa forma, o Acordo Multilateral de Seguridade Social do MERCOSUL busca conferir diversos direitos previdenciários, como já exposto, concedidos em âmbito nacional aos brasileiros, aos imigrantes do bloco<sup>21,22,27</sup>.

O art. 5º da Constituição Federal<sup>7</sup> dispôs que todos são iguais perante a lei, sendo garantidos aos estrangeiros aqui residentes os mesmos direitos fundamentais concedidos aos brasileiros natos e naturalizados. O Protocolo de Ouro Preto, que se adiciona ao Tratado de Assunção, em seu art. 38, explica que as normas emanadas pelos órgãos do bloco (MERCOSUL), embora de caráter obrigatórias, somente passam a ter vigência após os membros do bloco as adotarem em seus ordenamentos jurídicos internos, de modo a assegurar o cumprimento destas normas<sup>30</sup>.

Através da promulgação do Decreto Legislativo n. 451, o Brasil veio a adotar o mencionado acordo. Este decreto, em seu artigo 2º, dispõe a abrangência do acordo, e assim relata<sup>29</sup>:

“Os direitos à Seguridade Social serão reconhecidos aos trabalhadores que prestem ou tenham prestado serviços em quaisquer dos Estados Partes, sendo-lhes reconhecidos, assim como a seus familiares e assemelhados, os mesmos direitos e estando sujeitos às mesmas obrigações que os nacionais de tais Estados Partes com respeito aos especificamente mencionados no presente Acordo.”

Em consequência, reconheceu-se no Brasil o Acordo Multilateral de Seguridade Social do MERCOSUL, de modo a acrescentar direitos previdenciários aos imigrantes do bloco<sup>30</sup>. Porém, conforme citado no art. 17, 1 do Acordo<sup>28</sup>, este somente teria vigência após todas as nações signatárias o ratificarem, de forma que só veio a ter aplicação no ano de 2005, e no Paraguai veio a ratificar a lei somente em 2004.

Após a sanção de todos os países fundadores do bloco econômico, o Brasil passou a reconhecer, aos trabalhadores do MERCOSUL, o direito a receber os benefícios de aposentadoria por idade e por invalidez, auxílio-doença, pensão por morte, além de ser o primeiro acordo adotado pelo Brasil a abranger também os servidores públicos, através da aposentadoria compulsória<sup>22,30-32</sup>.

## VI. CONCLUSÕES

### Limitações Institucionais:

1. Depois de passar por significativos avanços, as instituições previdenciárias dos Estados-Partes do MERCOSUL ainda são deficientes.
2. A divergência política, econômica e social existente entre os Estados Partes, e sendo todo o processo fundamentado em normas intergovernamentais, revela a necessidade de um avanço institucionalmente mais sólido, que dê atenção à participação técnica e dos atores envolvidos no processo para fortalecer as bases do MERCOSUL.

### Avanços:

1. Além de beneficiar a muitos trabalhadores e a seus dependentes, o Acordo de Seguridade Social significa uma conquista e um novo ânimo à agenda social do processo. Isto contribui positivamente no trânsito de trabalhadores brasileiros em regiões fronteiriças, o que diminui suas instabilidades sociais e aumenta as suas vantagens quando os mesmos decidem migrar, além de poder incrementar o mercado brasileiro com mão-de-obra mais legalizada e não marginalizada. Além de verificar, a garantia das melhorias que um Acordo Internacional pode proporcionar no âmbito social; enfatizar as questões de bem-estar-social da pesquisa em questão; e dentro do possível, soluções relativas, visando propor um consistente desenvolvimento sub-regional e que abarque todos os profissionais dos países envolvidos.
2. A hipótese levantada para a pergunta central de investigação é aceita como verdadeira, uma vez que, a integração regional contribuiu positivamente para o fortalecimento dos movimentos sindicais e avanços da Justiça do Trabalho.

## VII. SUMMARY

### **SOCIAL PROTECTION TO WORKERS: DEMANDS AND CHALLENGES FOR SOCIAL SECURITY POLICY IN MERCOSUR.**

**Introduction:** health was highlighted in Mercosur activities since 1997. Currently, the circulation of professionals in the border areas has come to draw the attention of the bloc, due to the need to regulate the labor market and monitor the movement of workers. **Objectives:** to analyze and discuss the regional advances in social security policy, based on the interactions between Brazil and Mercosur member countries, as well as the demands and challenges regarding social protection for workers in the bloc. **Materials and methods:** systematic review of the literature in electronic means, using the hypothetical deductive method, which proposes the collection of hypotheses, through peculiar readings on the subject. **Results:** from the 17 works found in the period between 2005 and 2011, in addition to ministerial decrees, laws and publications, there were positive actions such as the characterization of international agreements governing social security for migrant workers, as well as the creation of the agreement multilateral social security system of Mercosur, which seeks to harmonize social security protection and guarantee the coverage of migrant workers in the fields of health and social security, an agreement that comes from advancing social commitment in the progress of regional integration. However, there are still challenges to be considered, especially the need for participation and involvement of member countries to strengthen these agreements and thus make a more effective progress. **Conclusions:** the social security institutions of the Mercosur member states are still deficient and there is neither coordination nor political pretension to face the problem of inequalities, but regional integration has been strengthening the struggle of the labor movements seeking progress in labor matters.

**Key words:** 1. Protection to the worker; 2. Social security; 3. Mercosur.



## VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida RS. Proteção social no Mercosul: um estudo de caso sobre a saúde dos trabalhadores em região fronteiriça do Rio Grande do Sul[Tese]. Porto Alegre: Faculdade de Serviço Social – PUCRS, 2008.
2. Behring ER. O Serviço Social e o Mercosul. In: Cortez E. Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, 2004.
3. Queiroz LG, Giovanella L. Agenda regional da saúde no Mercosul: arquitetura e temas. Rev Panam Salud Pública. 2011; 30(2):182-8.
4. Giovanella L. Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguayen Perspectiva Comparada. Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud. 2013: 1-120
5. Piovesan F. Direitos humanos, globalização econômica e integração regional: desafios do direito constitucional internacional. São Paulo: Max Limonad, 2002.
6. Praxedes W, Piletti N. *O Mercosul e a sociedade global*. 12<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro: Ática, 2003.
7. Brasil. Constituição, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: Revista Tribunais; 1989.
8. Ribeiro FSN, Vasconcellos LCF. A saúde do trabalhador no contexto da globalização econômica do Cone Sul. Documento preparado para a oficina de trabalho: integração regional em saúde do trabalhador no Contexto do Mercosul. Programa de Saúde do Trabalhador. Secretaria do Estado de Saúde do Rio de Janeiro; 1996.
9. Ribeiro SESB. Acidente catastrófico de efeitos limitados na região transfronteiriça Chaves-Verín. Porto [Dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto; 2010.

10. Brasil. Declaração Sociolaboral do Mercosul. 10 de dezembro de 1998. Disponível em: <[http://www.dhnet.org.br/direitos/deconu/a\\_pdf/dec\\_sociolaboral\\_mercosul.pdf](http://www.dhnet.org.br/direitos/deconu/a_pdf/dec_sociolaboral_mercosul.pdf)>. Acesso em 20 de nov. 2015.
11. Brasil. Como Trabalhar nos Países do MERCOSUL: Guia Dirigido Nacionais dos Estados partes do MERCOSUL / Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) – Brasília : MTE, 2010.
12. IBGE. MERCOSUL. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/paisesat/main.php>>. Acesso em: 19 de Março de 2016.
13. Santana VS, Silva JM. Os 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. *Brasil*, 2008; 20: 75-204.
14. Greco RM, Moura DCA. Condições de trabalho e a saúde dos trabalhadores de enfermagem. *UFJF*, 2005; 07: 1-14.
15. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev Saúde Públ, São Paulo*, 1991; 25(5): 341-9.
16. Chiavegatto CV, Algranti E. Políticas públicas de saúde do trabalhador no Brasil: oportunidades e desafios. *Rev Bras Saúde Ocup, São Paulo*, 2013; 38(127): 11-30.
17. Costa D, Lacaz FAC, Jackson Filho JM, Vilela RAG. Saúde do trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Rev Bras Saúde Ocup, São Paulo*, 2013; 38(127): 11-30.
18. Karino ME, Martins JT, Bobroff MCC. Reflexão sobre as políticas de saúde do trabalhador no Brasil: avanços e desafios. *Cienc Cuid Saude*, 2011; 10(2): 395-400.
19. Mito RCT, Nogueira VMR. Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. *R Katál, Florianópolis*, 2013; 16: 61-71.

20. Mendes JMR, Wünsch DS, Corrêa MJM. Proteção Social e a Saúde do Trabalhador: contingência do sistema de mediações sociais e históricas. *Rev Pol Públ São Luis*, 2009; 13(1): 55-63
21. Massambani V. A proteção previdenciária prevista no acordo multilateral de seguridade social do Mercosul. [rtação]. Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa, 2011.
22. Ribeiro DM, Anjos LSM. Desenvolvimento, políticas públicas e direitos humanos: o Acordo Multilateral de Seguridade Social do Mercosul. *RDBras*, 2011; 1(1): 291-310.
23. Ministério da Previdência Social. Acordos Internacionais. Disponível em: <<http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=111>>. Acesso em: 03 jan. 2017.
24. Martinez WN. Curso de direito previdenciário. 5ª ed. São Paulo: LTr, 2013.
25. Lamera LM. Informe de Previdência Social: Acordos internacionais de previdência social. Brasília, 2007; 19 (08): 1-16. Disponível em: <[http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3\\_081014-104634-489.pdf](http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_081014-104634-489.pdf)>. Acesso em: 04 jan. 2017.
26. SECRETARIA-GERAL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Mercosul Social e Participativo: Construindo o Mercosul dos povos com democracia e cidadania. Disponível em: <[http://www.secretariageral.gov.br/.arquivos/imagens-ublicacoes/Mercosul\\_volume2.pdf](http://www.secretariageral.gov.br/.arquivos/imagens-ublicacoes/Mercosul_volume2.pdf)>. Acesso em: 02 abr. 2013. Brasília. 2007.
27. CASTRO, Priscila Gonçalves de. Teoria geral do direito internacional previdenciário: acordos internacionais do direito previdenciário brasileiro; teoria e prática. São Paulo: LTr, 2011.

28. Brasil. Decreto n.º 5.722, de 13 de abril de 2006. Promulga o Acordo Multilateral de Seguridade Social do Mercado Comum do Sul e seu regulamento administrativo, de 15 de dezembro de 199. Diário Oficial da União 14 abr 2006.
29. \_\_\_\_\_. Decreto Legislativo nº 451/2001. Acordo Multilateral de Seguridade Social. Brasília, DF: Senado Federal, 2001.
30. Goveia L. A influência do Acordo Multilateral de Seguridade Social do Mercosul no mercado de trabalho brasileiro e sub-regional. Los nuevos enfoques de la integración: más allá del Regionalismo, Quito-Ecuador: Flacso, 2008: 167-178.
31. MERCOSUL Social e Participativo. Disponível em: <<http://www.mercosul.gov.br/merc-sul-social-e-participativo>>. Acesso em: 08 dezembro 2016.
32. MERCOSUL. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/temas/america-do-sul-e-integracao-regional/merc-sul>>. Acesso em: 08 dezembro 2016.
33. Carneiro-Junior, N. Oliveira, RLS. Jesus, CH. Luppi, CG. Migração, exclusão social e serviços de saúde: o caso da população boliviana no centro da cidade de São Paulo. SUS: Mosaico de Inclusões. Volume 13, Número 2, 2011.