

SINDICATO DOS MÉDICOS DE CAMPINAS E REGIÃO

***O TRABALHO MÉDICO, A REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E
AS REDEFINIÇÕES DO CENÁRIO DA FORÇA DE TRABALHO NA
SAÚDE:***

***Construindo um Observatório do Movimento
Sindical no Setor Saúde***

Campinas - novembro de 2000

COORDENAÇÃO

- EMERSONELIAS MERHY
Professor Livre Docente da FCM/UNICAMP
- GEOVANI GURGELACIOLE
Doutorando em Saúde Coletiva na UNICAMP e Secretário Geral do Sindimed Campinas
- ROGÉRIO CARVALHOSANTOS
Doutorando em Saúde Coletiva e Presidente do Sindimed Campinas

REDAÇÃO

- EMERSONELIAS MERHY
- GEOVANI GURGELACIOLE

EQUIPE TÉCNICA DE PESQUISADORES

- CONSUELOGONÇALVES
Médica Pediatra, Doutoranda em Saúde Coletiva, Médica da Rede Municipal de Campinas
- ELAINE DA SILVA
Historiadora e Assessora da Diretoria do Sindimed Campinas
- EMERSON LUIZ CANONICI
Médico Sanitarista e Tesoureiro do Sindimed Campinas
- FABIO LUIZ ALVES
Médico Sanitarista e Diretor do Departamento Científico e de Formação Profissional do Sindimed Campinas
- KATHLEEN TEREZA DA CRUZ
Médica Sanitarista e Diretora do Departamento de Políticas de Saúde do Sindimed Campinas
- MAURÍCIO CHAKKOUR

Médico Sanitarista e Professor associado do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/UNICAMP

- MOACYRE STEVES PERCHE

Médico Sanitarista e Conselheiro do CREMESP

- ROSALIA MATERA DE ANGELIS

Médica Sanitarista e Diretora do Departamento Científico e de Educação Médica Continuada do Sindimed Campinas

APRESENTAÇÃO

A organização da corporação médica no Brasil é datada do século XIX e fez dela uma categoria estruturada em múltiplas entidades, como sociedades científicas, conselhos, associações, agremiações esportivas e sindicatos. Esta característica a torna uma corporação especial dentro do segmento das profissões tidas como de origem liberal. Várias são as razões e são vários os estudiosos (DONNANGELO, 1970), que já firmaram o reconhecimento desta situação especial.

A entidade mais nova da corporação médica é a Federação dos Médicos do Estado de São Paulo

- FEMESP, fundada em 1995, nasceu no Sindicato dos Médicos de Campinas e Região. Esta Federação reúne os Sindicatos Médicos de Campinas, São José do Rio Preto, Presidente Prudente, Santos, Sorocaba e São Paulo. Em processo de filiação encontra-se o Sindicato dos Médicos de Taubaté.

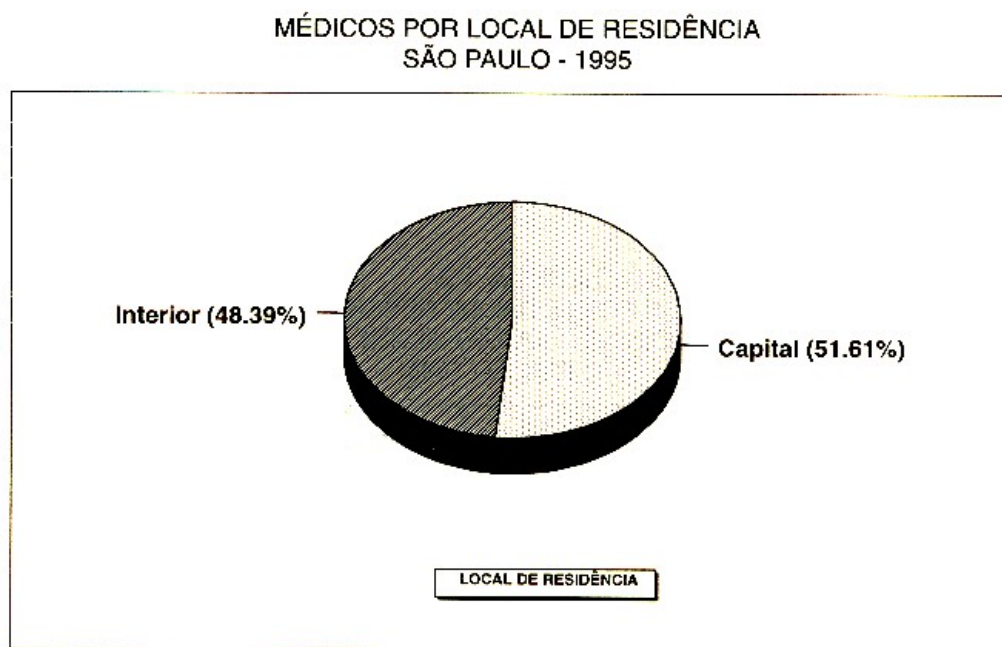
Esta categoria profissional, de evidente reconhecimento valorativa na trama social, de tradição elitizada e de imagem cultural associada à produção científica, técnica e acadêmica, tem como perspectiva de trabalho a produção de um certo modo de cuidar da vida e da saúde do ser humano ocupando, hoje, um lugar central na organização do processo de trabalho em saúde, dada principalmente pelo seu poder prescricional (o médico é o único profissional que tem legalmente o poder de prescrever medicamentos e procedimentos) e delegacional (ou seja, o poder de atribuir tarefas a outras categorias de trabalhadores neste campo, dentro dos processos de produção da assistência à doença e da proteção à saúde).

Em decorrência do modo como se instituíram certos modelos de atenção à saúde, como o que predomina atualmente centrado na produção de procedimentos profissionais - no qual, o conjunto dos procedimentos médicos ocupa um lugar central e estratégico para os atos de cuidar, muitas categorias profissionais recebem forte determinação no seu processo de trabalho das ações deste profissional, como, por exemplo, os enfermeiros, os fisioterapeutas, os nutricionistas etc.

Alguns dados podem definir melhor quem somos e como estamos inseridos no mercado de trabalho, reportando-nos ao estado de São Paulo, por sua reconhecida concentração significativa da força de trabalho médico no país e pelo conjunto de dados disponíveis. É o estado que, individualmente, responde pela fixação de cerca de 30% do contingente de médicos em atividade no Brasil.

Segunda pesquisa Perfil dos Médicos no Brasil, realizada pelo Conselho Federal de Medicina, São Paulo possuía em 1996, 54% do total de médicos da região Sudeste, e 31% do País; totalizando 58.104 profissionais. Atualmente, este número já chega aos 80 mil médicos. Destes, 93,6% estão em exercício ativo e 1,7% estão aposentados, sendo que 1,9% abandonou a profissão, o que configura um das menores taxas de abandono entre todas as profissões.

Quanto a sua distribuição por local de residência há, praticamente igualdade entre o número de médicos residentes na Capital, e no Interior, conforme se pode verificar no Gráfico abaixo.



Fonte: Pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil", Fiocruz/CFM.

O perfil técnico-científico está composto da seguinte maneira: 49,1% realizaram graduação em escolas de medicina pública e 48,8% em instituições privadas. Quanto aos cursos de pós-graduação, os profissionais estão assim divididos: realizaram pós-graduação *latu sensu* – 83,6% deles; fizeram Residência Médica, uma forma de especialização, 37,6% dos médicos; e pós-graduação *strictu sensu*, 9,5%. Possuem mestrado ou doutorado 6,7%.

Neste último aspecto, o exame em números, do mercado de trabalho médico de São Paulo tem a seguinte estrutura: 64,6% dos médicos têm atividade no setor público (seja nas esferas federal, estadual ou municipal); 61,2% trabalham no setor privado e 74,6% exercem atividade liberal em seus consultórios privados.

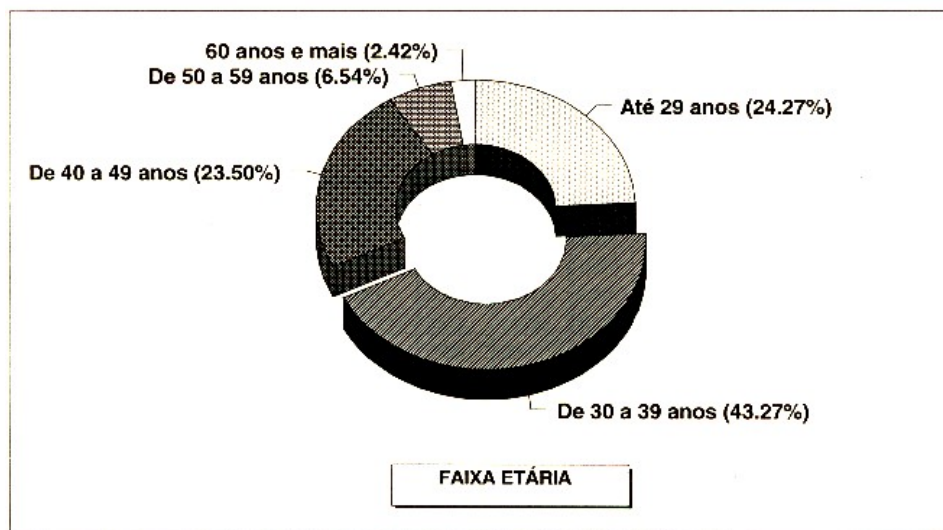
Salientase, por outro lado, que 77,5% dos médicos têm até três atividades simultâneas e 22,5% apresentam-se com quatro ou mais atividades profissionais.

O consultório destaca-se como a modalidade de trabalho que mais se vincula à tradicional condição de “profissionais liberais”, pois 74,6% afirmam exercer atividade deste tipo; 74,5%, porém, declararam depender diretamente de convênios com empresas de saúde, medicina de grupo, entre outros, para manter seus consultórios.

Esta situação expressa, a nosso ver, o esgotamento da modalidade estritamente liberal de exercício da profissão, pois o núcleo de trabalho em consultório já recebe expressiva intermediação dos grupos empresariais na captação da clientela e na fixação do preço no mercado de trabalho: duas variáveis que caracterizam a modalidade de trabalho liberal.

Já o trabalho médico em regime de plantão, exercido em São Paulo, representa 47% do contingente médico empregado e sua maior parte o contingente de profissionais com menor tempo de profissão. Conforme se pode verificar no Gráfico abaixo esta modalidade de trabalho absorve uma faixa etária mais jovem, que vai abandonando a atividade progressivamente já que esta se apresenta como uma etapa intermediária e passageira entre o término do curso de graduação e a atividade profissional, e a constituição de uma inserção qualificada via consultórios, convênios e especialização.

MÉDICOS PLANTONISTAS
SEGUNDO FAIXA ETÁRIA
SÃO PAULO - 1995



Fonte: Pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil". Fiocruz/CFM.

Em relação à situação profissional, podemos dizer que a vida do médico significa estudar muito, trabalhar mais e ainda ganhar muito pouco. No estado de São Paulo, por exemplo, 80% dos médicos trabalham em três lugares, em média, e ganham, também em média, cerca de R\$ 4.500,00 mensais, desdobrando-se no consultório, no hospital público e privado; no entanto, R\$ 2.000,00 reais é a média brasileira, para a mesma tríplice vinculação. Esta tríplice vinculação representa uma jornada diária de, aproximadamente, 12 horas de trabalho, em média. Um médico recém formado ganhará, na cidade de São Paulo, um salário de R\$ 1.300,00, o que é menos do que ganha um motorista de táxi, em média. Juntese a esta situação ingrediente da violência, em que assaltos e agressões são freqüentes, especialmente nos pontos de atendimento público, e se terá uma dose de estresse e do risco de morte que cerca os profissionais de trabalho médico, configurando um índice de suicídios na categoria, que é de duas vezes, em média, superior aos índices da população normal. O quadro abaixo, permite uma boa imagem de como se dá a distribuição da categoria em relação à média de renda mensal, segundo lugar de residência.

**MÉDICOS POR LOCAL DE RESIDÊNCIA
SEGUNDO RENDA MENSAL DECLARADA
SÃO PAULO - 1995**

Renda Mensal Declarada (em dólares)	Capital		Interior		São Paulo		Freq. Acumulada (%)		
	V.Abs.	(%)	V.Abs.	(%)	V.Abs.	(%)	Capital	Interior	Total
Até 500	1142	3.8	1043	3.7	2185	3.8	3.8	3.7	3.8
De 501 a 1000	4055	13.5	2973	10.6	7028	12.1	17.3	14.3	15.9
De 1001 a 2000	8625	28.8	6430	22.9	15055	25.9	46.1	37.1	41.8
De 2001 a 4000	9916	33.1	10403	37.0	20319	35.0	79.2	74.1	76.7
De 4001 a 8000	4528	15.1	5726	20.4	10254	17.6	94.3	94.5	94.4
Mais de 8000	1000	3.3	1058	3.8	2058	3.5	97.6	98.3	97.9
Ignorada	719	2.4	486	1.7	1205	2.1	100.0	100.0	100.0
Total	29985	100.0	28119	100.0	58104	100.0	-	-	-

Fonte: Pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil". Fiocruz/CFM.

Nota: A renda mensal declarada corresponde à renda mensal obtida com o trabalho médico.

Os valores modais encontrados foram de: 1123.1 para a capital, 1282.6 para o interior e 1169.5 para o estado.

A dinamicidade tecnológica dos processos produtivos em saúde, que penetra cada vez mais profundamente no interior da célula até o nível cromossômico, vem definindo um cenário de permanente reestruturação produtiva na incorporação de um arsenal tecnológico, que utiliza maciçamente os recursos de digitalização das imagens para a competência diagnóstica que a medicina científica se atribui, em que pesa a perda da sua dimensão cuidadora (MERHY, 1999). Esta dinamicidade tem mostrado um gama muito ampla de conflitos e debates e uma agenda ampliada do movimento dos médicos, em particular, e da saúde, em geral. Porém, não tem correspondência na capacidade destes setores profissionais, nas suas organizações (entidades), de compor agendas para o movimento que estejam muito coerentes com os processos em pauta.

O processo de consolidação histórica desta área de atividade econômica, colocou os seus agentes imaginando-se a salvo dos efeitos contraditórios que o processo de produção capitalista impõe ao trabalho em geral. Proteção, porém, que tem se revelado inexistente: coincidência expressa nas alterações substanciais da estrutura organizativa da prática médica em geral, e no seu modo de operar os processos produtivos em particular: quem o seu padrão de abordagem diagnóstica, quem o seu padrão de produção de cuidados, quem o seu padrão de organização corporativa profissional ou o intenso assalariamento da categoria. Hoje, muitas destas alterações estão ocorrendo sob a batuta do capital financeiro, eixo de reorganização do mercado, cuja ampliação de fronteiras - necessidade revelada pelo esgotamento do

potencial exploratório da fronteira industrial tradicional - conduz à organização estruturada de uma lógica de intervenção e monitoramento para a área dos serviços, até o âmbito da subjetividade das relações usuários - profissionais cuidadores ou em outras palavras, da relação médico-paciente, como é o caso do denominado *manage care*.

Tal situação opera, então, o tempo todo em necessidades de redefinições das suas ações, para o coletivo das organizações médicas: o que está exacerbado, hoje, não apenas diante de uma transição tecnológica, mas profundamente definida pelas disputas entre o capital financeiro, o capital empresarial médico-industrial e setores sociais que defendem saúde como bem de cidadania. Nesta arena tão complexa, predomina uma atuação focal e casuística, em que a intervenção pontua-se em locais de trabalhos específicos, natureza dos empregadores - se públicos ou privados - e empresta à agenda cotidiana um caráter de intervenção *a posteriori* dos eventos geradores, em que as possibilidades de sucesso já estão, em grande parte, determinadas, e em que a capacidade de aglutinação fica muito reduzida, dadas as expectativas de resultados imediatos.

Por outro lado, a própria existência de várias entidades, com caráter diverso, coloca mais dificuldades nesta agenda, uma vez que a própria categoria se equivoca em identificar valores de uso significativos para cada uma delas; exceção, talvez, aos Conselhos de Regulamentação Profissional (C.R.Ms.), cujo papel regulatório e fiscalizador não merecem dúvidas, mas quem muitas vezes é visto, pelo senso comum, com tendo funções estritamente punitivas.

Uma das razões para que tal aconteça é que a categoria médica é prisioneira de um ideário liberal que a cega - paradoxalmente - na capacidade de ler um bom diagnóstico da situação e mesmo de produzir um modo mais competente e partilhado como conjunto dos trabalhadores da saúde, de atuar no setor, definindo, claramente, para além do corporativismo fechado, uma nova forma de luta.

Dos três tipos de entidades, os sindicatos sofrem da maior perda de significação, uma vez que para a categoria, mesmo imaginariamente, ela não exerce trabalho, nem mesmo assalariado, ainda que cumpra determinadas matrizes que a caracteriza, com habitualidade de jornada, remuneração atrelada ao tempo de trabalho e submissão a regras administrativas.

Este baixo valor de uso dos Sindicatos Médicos para a categoria se configuram em dois efeitos mais demonstráveis, ao mesmo tempo, que causam sua dificuldade de atuar incisivamente na agenda do

mercado de trabalho, vez que os próprios médicos não esperam que o Sindicato responda a estes problemas, derivando suas demandas para as associações técnicas e científicas; no caso paulista, às Associações Paulistas de Medicina, postas no plural pela sua organização em várias regionais. De todo modo, mais do que a saída evidente de uma entidade única – que também seria de difícil concretização – o movimento médico tem buscado construir uma pauta de reivindicações unificada, respeitando as especificidades dos campos de atuação de cada uma das entidades, como forma de potencializar e amplificar sua capacidade de resistência e enfrentamento das situações desfavoráveis ao médico no seu campo de trabalho, e que o processo de reestruturação produtiva tem ampliado, e a cuja análise nos dedicaremos a seguir.

Diante deste quadro, aqui apenas sumariado, torna-se um imperativo produzir uma compreensão mais orgânica entre o trabalho médico, reestruturação produtiva e as redefinições do cenário da força de trabalho da saúde, em função da produção de uma nova tecnologia para olhar analítica e criticamente a agenda sindical e sua direcionalidade.

Deste modo, interferir nos rumos de forma dos modos de atuar do movimento, para superar uma etapa de incapacidade de ação sindical mais conseqüente da categoria, no sentido de construir sua implicação com um agir em saúde – individual e coletivo – comprometido com a cidadania e a defesa radical da vida e da saúde, como parte efetiva da construção de um novo perfil sindical para os sindicatos profissionais dos médicos, dos demais profissionais de saúde e, por extensão, aos demais segmentos de trabalhadores no seu enfrentamento diante das transformações estruturais por que passa o mundo do trabalho, submetido à lógica do capitalismo, para além do chão de fábrica.

Assim, procurar produzir um observatório sindical neste caminho é o que se propõe aqui.

INTRODUÇÃO

Sobre a agenda da reestruturação produtiva

A indústria moderna realiza uma revolução na manufatura, no artesanato e no trabalho a domicílio. Este processo inovador, atualmente denominado de transição tecnológica, imprime alterações significativas no parcelamento dos processos de trabalho, no perfil da qualificação dos trabalhadores, no

mercado da força de trabalho, nos processos de troca, entre outros. Essa situação de transição tecnológica, articulada de fato a uma reestruturação produtiva em geral, passa a ser uma constante e marca o interior dos processos sociais.

Um dos temas abordados no Manifesto Comunista, de forma enfática, foi o da aparição e consolidação de um novo modo social de se produzir riqueza, articulado à existência de um processo de luta de classes, que marcaria o futuro da humanidade. Neste material, seus autores partilhavam a noção de que, sob o comando das relações sociais capitalistas, uma revolução acontecia nos países europeus. Essa constatação vai ser tratada com espanto por vários autores quando, concluem que a riqueza produzida pela revolução tecnológica do capital, ao invés de gerar melhores condições, altera para pior a vida dos trabalhadores.

Hoje, são vários os autores¹ que apontam que o final do século XX assista a uma transição tecnológica, que vem reestruturando a produção, de uma dimensão semelhante à vivenciada naqueles momentos vitais para a organização do próprio capitalismo. O conjunto de suas análises gira em torno de processos que vêm ocorrendo no plano das indústrias e serviços com a introdução de novas tecnologias de ponta, transformando de modo radical o parcelamento dos processos de trabalho, o mercado da força de trabalho, os procedimentos produtivos e o ciclo de acumulação do capital.

Entretanto, não há quase nenhum trabalho dentro dessa temática específica para o setor saúde. Com exceção à regra², estudo recente de Denise Pires³, realizado em 1996, estuda, no contexto atual, as mudanças provocadas pela introdução de tecnologias de ponta, tendo como foco central o trabalho de enfermagem.

O citado estudo assinala que o trabalho em saúde, apesar de ser especial, tem sofrido influência das mudanças tecnológicas e dos modos de organização dos processos de trabalho da atualidade. Indica que ele não tem as características típicas do industrial, pois está no terreno do setor de serviços; porém,

¹ Ver, por exemplo: Coriat, B. Pensar al Revés: trabajo y organizacioón en la Empresa Japonesa. México: Siglo XXI, 1992; Carleial, L. e Valle, R. (orgs.) Reestruturação Produtiva e Mercado de Trabalho no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1997; Antunes, R. Os sentidos do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999.

² Consideramos que há outros trabalhos que contribuem no estudo desse tema, mesmo que não o tenham destacado explicitamente, dentre os quais, assinalo as investigações de Mendes Gonçalves, R.B. Raízes Sociais do Trabalho Médico, mestrado do Curso de Pós Graduação em Medicina Preventiva da FMUSP, São Paulo, 1978; Schraiber, L.B. O médico e seu trabalho. Limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993 e Nogueira, R.P. Perspectivas da Qualidade em Saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

³ Pires, D. Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil. São Paulo: Annablume, 1998.

sempre sofreu a influência das organizações produtivas hegemônicas, como, por exemplo, o Taylorismo e o Fordismo. Assim, também, quando no Brasil, especialmente a partir dos anos 80, estabeleceu-se uma disputa em relação à definição de diretrizes políticas para o campo da saúde. De um lado, estão as forças que defendem o direito à saúde e à vida; e de outro lado, estão os interesses do setor privado.⁴ Outrossim, apresenta algumas conclusões que podem ser relacionadas deste modo:

a) atualmente o trabalho em saúde é, majoritariamente, um trabalho institucionalizado, realizado por uma equipe multiprofissional, em que o médico é o elemento central do processo assistencial. Decide sobre o diagnóstico; sobre os exames complementares; sobre a terapêutica e sobre o uso, ou não, de vários dos equipamentos de tecnologia de ponta; delega partes do trabalho assistencial a outros profissionais de saúde, que dependem do trabalho médico para que seu trabalho se realize. No interior deste processo, a assistência é fragmentada, resultante de um trabalho parcelado e compartimentalizado, mas que mantém algumas características do trabalho do tipo artesanal.

b) neste final de século, percebe-se algumas iniciativas no sentido de romper com a excessiva fragmentação do trabalho, colocando as necessidades do cliente no foco da assistência: implantação da metodologia de assistência integral de grupos interdisciplinares, de medidas para controle da qualidade da assistência; o registro da evolução do cliente no mesmo documento e o direito de acompanhá-lo e a visitas.

c) os equipamentos de base microeletrônica são utilizados no trabalho em saúde e penetram no setor de forma desigual, sendo no privado de uso mais intensivo. O uso intensivo, de tecnologia de ponta no setor saúde, até o presente momento, não resultou em aumento do desemprego porque ainda não substituiu o trabalho humano de investigação, avaliação e decisão sobre a terapêutica e tratamento em geral, mas já opera com um deslocamento estruturado da precisão diagnóstica e terapêutica até o nível molecular, até a profundidade da dimensão biológica, superdimensionada em quanto à dimensão exclusiva da excelência de um padrão tecnológico da produção de cuidado e da intervenção do médico no eixo do processo saúde/doença.

⁴ Iremos utilizar, nas indicações que se seguem do estudo em discussão, o que a autora escreveu nas suas Conclusões, que se encontra nas páginas 234 – 244, do livro supracitado.

d) o uso de tecnologia de ponta exige uma melhor qualificação dos trabalhadores para o manuseio dos equipamentos, ao mesmo tempo em que aprofunda a divisão entre trabalho manual e intelectual. Considerando-se que o objetivo central das instituições privadas é o lucro, elas são mais pressionadas a reduzir custos e são mais influenciadas pela estratégia de terceirização, que está sendo utilizada pelas indústrias.

A investigação realizada colocou diante dos estudiosos do tema algumas idéias importantes sobre o significado da noção de reestruturação produtiva em certas organizações de saúde, a partir do impacto que a presença de equipamentos de ponta provoca na conformação tecnológica do trabalho em saúde, indicando as alterações nos processos de parcelamento, de qualificação profissional, de redefinição do trabalho intelectual e manual, de mudanças nos processos burocráticos e hierárquicos, entre outros. O tema da reestruturação produtiva identifica-se, quase que exclusivamente, com as alterações que o modelo médico hegemônico vem sofrendo pelas mudanças operadas por equipamentos novos e por severidade de uma crise de eficiência e eficácia.

A entrada de equipamentos não anula momentos singulares do trabalho em saúde, insubstituível pela presença de equipamentos, como a dimensão típica da produção do ato de cuidar, mas as intervenções nos processos gerenciais são chaves para o reordenamento produtivo, o que dá destaque à terceirização dos serviços ao modo da indústria.

Na passagem do milênio, vive-se uma reestruturação produtiva em geral e, como o setor saúde sempre sofreu a influência das organizações produtivas hegemônicas, deve-se encontrar nos estudos das organizações de saúde a presença da atuação dos seus determinantes. E, da mesma maneira que na época da Organização Científica do Trabalho, as organizações de saúde revelaram, hoje, uma penetrabilidade do desenho dos processos produtivos hegemônicos que deve estar presente no setor saúde.

Uma questão, entretanto, fica “no ar” as diferenças entre os setores produtivos da saúde, da indústria e dos serviços em geral, na sociedade contemporânea, a ponto de buscar outras linhas de análise ou mesmo produzir outras conclusões.

Consideramos que a reestruturação produtiva na saúde, hoje, está sendo marcada menos pela entrada de equipamentos, e mais tanto pela própria “modelagem” da gestão do cuidado em saúde,

⁵ Tanto no plano dos estabelecimentos e propriamente na produção dos atos de saúde, quanto no campo da

quanto pela possibilidade de operar sua produção por núcleos tecnológicos não dependentes dos equipamentos; fato que, longe de constituir um pequeno detalhe, é um elemento importante a ser considerado.

A entrada de equipamentos nos processos produtivos em saúde, sob a modelagem de gestão médico hegemônica, que sob a forma da medicina tecnológica já havia delimitado uma transição significativa na organização do trabalho em saúde em geral, e do médico em particular, neste momento não parece provocar reestruturação produtiva. Esta já esteve na marcada passagem do período de uma medicina mais mercantil e de um profissional mais liberal, e constituiu um período dos processos produtivos em saúde que se expressaram na qualificação dos profissionais cada vez mais em torno de núcleos especializados, restringindo-os, num crescente, à produção de um procedimento específico (um exame laboratorial, um ato clínico, etc.).

Uma reestruturação produtiva, que implica em uma substancial mudança nas configurações tecnológicas dos processos de produção, alterando centralmente a composição da força de trabalho, pela produção de novos produtos, deve estar mapeada pelos novos territórios de tecnologias não-equipamentos, na qual novas tecnologias e mesmo configurações diferenciadas das anteriores passam a operar a produção de novos produtos ou maneiras diferentes de produzi-los "antigos". Nas indicações de vários autores, sobre reestruturação produtiva, há afirmações nessas duas direções, em particular em Marx, ao falar sobre a produção do produto mercadoriano no interior das relações capitalistas de produção.

A reestruturação produtiva é, pois, algo mais intenso e está estrategicamente articulada a novos territórios tecnológicos não materiais, sendo suas alterações mais significativas não as articuladas por remodelagens da própria medicina tecnológica e sua base profissional - o médico especialista e seus equipamentos tecnológicos. Pelo contrário, deve estar ocorrendo no terreno das tecnologias não-equipamentos território de tecnologias de elevadas - e que se expressam nos processos relacionais dos atos de saúde e nas práticas que governam os atos produtivos, no interior dos processos de trabalho.

organização das políticas do setor.

⁶ Schreiber, L.B. obra citada.

⁷ Donnangelo, M.C.F. *Medicina e Sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975.

Mendes Gonçalves, R.B. obra citada.

⁸ Como as que permitem operar os processos relacionais do encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário.

⁹ Como os saberes estruturados que operam esses processos, em particular, a clínica e a epidemiologia.

A categoria médica, hoje, se defronta com uma agenda de luta com os modelos de organização dos processos de trabalho colocados pelos setores empresariais vinculados aos seguros de saúde. As mudanças no mercado de trabalho médico têm criado novos elementos para a luta corporativa dos médicos: a luta contra o controle que o capital financeiro deseja sobre o trabalho médico, e as transformações pretendidas no seu perfil profissional tomam clara a transição tecnológica na saúde, hoje em dia, ocorrendo no campo das tecnologias leves, inscritas no modo de atuação do trabalho vivo em ato e nos processos de gestão do cuidado, e nas suas capacidades de gerar e renovar modalidades de produção do cuidado, bem como de governá-las.

Hoje, a mudança na saúde não consegue ser suficientemente compreendida pelo caminho analítico da visão clássica dos processos produtivos para a saúde - em suas dimensões tecnológicas e na noção das transições tecnológicas - ofertada por algumas correntes da Sociologia do Trabalho, de extração marxista¹⁰, que constroem suas análises em torno do modelo fabril. Contudo, na modelagem da medicina tecnológica, que se assemelha, em parte, aos processos produtivos do tipo fabril, esse modelo de análise tem uma aproximação razoável sobre o objeto de estudo. Porém, em novas maneiras de se produzir o cuidado, tem sido insuficiente.

A percepção é a de que, hoje, a transição tecnológica que vem se construindo, provocada pela presença do capital financeiro no setor de modo cada vez mais maciço¹¹, visa exatamente atingir o núcleo tecnológico do trabalho vivo em ato na sua capacidade de produzir novas conformações dos atos de saúde e o seu lugar na construção de processos produtivos, descentrando o trabalho em saúde, inclusive do equipamento e dos especialistas.

Assinala-se, ainda, que o percurso de procura de uma nova conformação tecnológica para a produção dos atos de saúde, impactando a relação entre o núcleo tecnológico do trabalho vivo em ato em saúde com os outros núcleos deste processo produtivo, faz parte de uma aposta que se coloca de modo anti-hegemônico - tanto em relação à medicina tecnológica, quanto à da Atenção Gerenciada que o capital financeiro vem introduzindo no setor saúde - por setores articulados ao movimento sanitário

¹⁰ Sem discordar da base de muitas das questões colocadas por essas correntes, o que assinalamos é sua insuficiência para os estudos na saúde. Para uma visão de uma das contribuições mais significativas dessas correntes, ver Antunes, R. obra citada.

¹¹ Iriart, C.B.; Merhy, E.E. e Waitzkin, H. *La Atención Gerenciada en América Latina: transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma*. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública. 2000, 16: 95-105.

brasileiro, o que mostra que problematizar e procurar intervir, por esse caminho, não é privilégio só do setor financeiro do capital.

Existem autores, ligados ao movimento sanitário brasileiro, que há muito vêm indicando essas questões e que são bem ricos em suas formulações, mas apesar de sugerirem questões relevantes para aquela compreensão, não chegaram a propor outra compreensão da micropolítica dos processos de trabalho em saúde no nível da própria teoria. Um deles, Gastão Wagner de Souza Campos, aponta como central a capacidade do movimento sanitário de atuar no dia-a-dia dos serviços de saúde, advogando que esse é um dos principais lugares para o confronto com os projetos neoliberais, presentes nos modos de gerir a queles serviços nos planos político e produtivo. Indica, como necessária, a construção de um compromisso efetivo do trabalhador de saúde como mundo das necessidades dos usuários, que permita explorar de modo exaustivo que as tecnologias em saúde têm de efetividade em um novo modo de operar a gestão do cuidado em saúde, e que passa pela produção de novos coletivos de trabalhadores comprometidos ético-politicamente com a radical defesa da vida individual e coletiva.

Em suas análises, tem demonstrado como o confronto entre defensores de um serviço público versus um privado não consegue dar conta da situação real vivida de hegemonia do projeto neoliberal médico, por estes se reproduzirem micropoliticamente em todos os lugares e momentos de produção de atos em saúde. Indicando que isto coloca o movimento diante do desafio de saber operar a gestão dos estabelecimentos de saúde e dos processos de trabalho de uma outra maneira, procurando desenhar uma outra perspectiva hegemônica, em relação ao projeto médico neoliberal.

Segundo esse autor, tal tarefa significa a construção de um modelo de assistência, que não pode desprezar nenhum recurso tecnológico, clínico e/ou sanitário para a sua ação, dentro do qual ocupa lugar estratégico o trabalho médico, ainda mais se comprometido e vinculado com os usuários, individuais e coletivos, atuando dentro de equipes multiprofissionais, operadores de conhecimentos multidisciplinares.

Atualmente, todavia, o contexto de disputa está um pouco mais turvo. No terreno do capital e dentro de uma adesão ao modelo neoliberal de desenvolvimento social, com a aparição da Atenção Gerenciada¹², vem se constituindo uma outra prática que se opõe ao modelo médico hegemônico da

¹² Iriart, C.B.; Merhy, E.E. e Waitzkin, H. La Atención Gerenciada en América Latina: transnacionalización

medicina tecnológica, e que aponta para a necessidade de um “gerenciamento da cidade bem saúde”, que permita criar uma gestão competitiva entre prestadores de serviços, em torno da noção de clientela consumidora inteligente, possibilitando uma equação de racionalização dos custos da produção dos atos de saúde e qualidade dos serviços prestados, com vista a reformar o sistema de saúde, que gasta muito para ser pouco efetivo, mas em função das lógicas de interesse do capital financeiro que vem penetrando no setor de serviços de saúde, no plano mundial.

A Atenção Gerenciada aposta na produção de tecnologias no campo da gestão de processos de trabalho em saúde, que possam deslocar a microdecisão clínica pela administrativa, impondo uma nova forma tecnológica de constituir o próprio ato de cuidar e o modo de operar a sua gestão, tanto no interior dos processos produtivos em saúde, quanto no campo de organização do próprio sistema¹³.

O conjunto desses novos atores que se opõem ao projeto médico hegemônico, bem como os do movimento sanitário, apesar de não partilharem de propostas idênticas, procuram impactar o território tecnológico responsável pela incorporação de tecnologias duras no ato de cuidar, e a própria organização dos atos de cuidar no âmbito dos sistemas de saúde, com lugares estratégicos para a operacionalização da reforma dos sistemas de saúde como um todo, ou seja, com lugares da transição tecnológica do setor saúde para um novo patamar produtivo.

O investimento que vários organismos internacionais, comprometidos com os projetos neoliberais, vêm realizando para difundir a proposta da Atenção Gerenciada nos países latino americanos tem contribuído para produzir uma agenda razoavelmente semelhante na América Latina, entre todos aqueles que vivem os processos de reforma do estado, em geral, e dos sistemas de saúde, em particular¹⁴.

Na consideração dos organismos, a noção de que o terreno do “gerenciamento da cidade” é neutro e atinente a uma racionalidade instrumental, própria dos modelos de gestão organizacional e

del sector salud en el contexto de la reforma obra citada.

¹³ Destacamos, nessa questão, o fato de que o projeto da Atenção Gerenciada aposta na intervenção nas microdecisões clínicas e também na criação de quatro operadores do sistema de serviços de saúde: o seguro / administrador, o financiador, o prestador e o consumidor. Isso será visto mais adiante, mas grande parte dessa conclusão está inspirada no texto produzido por Merhy, E.E., Iriart, C.B. e Waitzkin, H. Atenção Gerenciada: da microdecisão clínica à administrativa, um caminho igualmente privatizante?, apresentado no VII Congreso Latino Americano de Medicina Social, Buenos Aires, 1997. Este texto foi publicado também pelos Cadernos Prohasa, número 3, São Paulo em 1998.

¹⁴ Paganini, J. M. Nuevas modalidades de organización de los sistemas y servicios de salud en el contexto de la reforma sectorial: la atención gerenciada, bibliografía anotada. Washington, D.C.: OPAS/ serie HSP/SILOS, 1995.

dos processos de trabalho em saúde. Procurando-se, assim, constituir no plano imaginário um campo comum, que pertenceria a todos os que desejarem se envolverem com as reformas, e que deveria ser partilhado a partir dos mesmos receituários de intervenções ideologicamente “vendidos” como modernizadores.

Um desafio básico para o movimento sanitário brasileiro, e em decorrência para o movimento sindical como um todo, é aprofundar-se em novos conceitos para compreender de um modo mais preciso, o tema da reestruturação produtiva e da transição tecnológica em saúde; reconhecendo a necessidade de uma construção teórica que dê conta da singularidade dos processos produtivos do setor; reconhecendo que a teoria mais geral utilizada para a análise desses processos, apesar de sua efetiva contribuição, não tem sido suficiente.

Na direção de atingir os aspectos essenciais dos problemas aqui apontados e contribuir para a efetivação das respostas que direcionem a atuação e a luta do movimento médico, sindical e sanitário, diante das perspectivas colocadas pelos efeitos da reestruturação produtiva no campo do trabalho em saúde e seu sucedâneo, temos em vista os objetivos a seguir discriminados.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

Construir um *observatório sindical* para monitorar o dinâmico cenário da reestruturação produtiva do setor saúde, e desta maneira incorporar a temática da transição tecnológica do setor, como forma de constituir:

- a) um olhar crítico sobre a direcionalidade da agenda sindical do setor;
- b) um lugar de produção de tecnologias para a ação sindical, junto às direções das entidades, que permita uma relação mais orgânica entre a direção e a base no contexto do movimento sindical- médico em particular, e da saúde em geral.

Para alcançar este objetivo, o observatório precisa obedecer a uma certa lógica: partir da base e de um modo de observar e de um modo de construir esta observação para realizar a função de analisador da agenda do movimento; e possibilitar a capacitação de dirigentes para a construção permanente das agendas sindicais como mecanismo de avaliação processual da relação entre a direção e a base sindical, em contextos de transição tecnológica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Construir este observatório junto a, pelo menos, três sindicatos médicos da base da federação/confederação e/ou do campo da saúde;
2. Produzir informações sistematizadas, estruturadas ou clássicas, que já vêm se constituindo em vários observatórios no terreno sindical;
3. Construir um conjunto de informações sobre os mecanismos de incorporação de tecnologias no setor, e de usos das competências profissionais, através de eventos traçadores;
4. Construir um mapa dos conflitos que expressa as tensões que operam nas bases sindicais no contexto da reestruturação produtiva;
5. Produzir mecanismos de busca ativa de escuta junto a uma amostra representativa da base sindical;
6. Submeter a agendas sindicais a um protocolo analítico, a partir dos produtos anteriores, que possibilite constituir novos sentidos e maior organicidade da intervenção no, e como movimento;
7. Capacitar as entidades e suas direções a operarem com esta metodologia, ou modificá-la para as suas realidades específicas;
8. Gerar mecanismos de transferência da tecnologia para o conjunto do movimento sindical, respeitando as singularidades de cada base.

METODOLOGIA

Comobuscamosdemonstrar, a reestruturação produtiva, enquanto um dos instrumentos do processo de internacionalização do capital, se apresenta ao setor saúde interferindo profundamente em seus elementos constituintes. Obrigando, com isto, a que se repensem simultaneamente, por exemplo, a formação de pessoal para o setor, o próprio papel das profissões que nele atuam e as políticas a serem (re) formuladas, tendo em vista a perspectiva do enfrentamento da extinção de postos de trabalho que já se iniciou e cuja magnitude é, a este momento, de imprecisão evidente.

Na verdade, a idéia de observatório já é aproveitada pelo movimento, embora de modo focal e pontual, e sem a estruturação que propomos estabelecer, considerando que tomamos como fundamental no campo da transição tecnológica, a compreensão do papel que as tecnologias não materiais desempenham neste processo. Por isso, uma boa parte da acumulação do movimento na construção dos seus observatórios, torna-se insuficiente, já que vem incorporando um paradigma para a análise da transição muito preso a imagem construída pelo próprio capital, da revolução tecnológica como coisa de novos equipamentos. Não que isso também não seja importante, mas não tem sido suficiente. Logo, a ousadia é buscar uma ampliação da própria capacidade do observatório trabalhar com outra perspectiva de análise dos processos de reestruturação produtiva, desencadeados pela introdução de novas tecnologias não materiais, procurando dentro deste movimento explorar de um modo mais articulado e ampliado a agenda sindical e o cenário de transição tecnológica que operam o setor, hoje.

Em virtude da imensa gama de situações que configuram o mercado de trabalho, onde interagem diversos vínculos simultâneos, e diversas modalidades de prestação de serviços pelo mesmo profissional ou grupo deles, justifica-se a dificuldade do movimento médico, em geral, e do movimento sindical, particularmente, em dar conta das variáveis, de pertinência e eficácia, no sentido de constituir uma agenda para operar sobre a problemática da formação, das transformações do mercado de trabalho, do agenciamento de conflitos, da elaboração de pautas de reivindicações, das lutas por direitos, regulamentação profissional etc.

O aprofundamento e elaboração de instrumentos teóricos práticos para atuar nesta situação, exige a possibilidade de delimitar um certo fenômeno, que direcionará nossa capacidade de investigação, e

que se localiza num espaço territorial ou lugar, bem definido e conhecido. Assim, diante das alterações por que passam o trabalho médico em geral, precisamos estabelecer uma conformação precisada dos sujeitos que atuam neste processo do interesse que esta questão adquire para a luta da organização sindical onde ela se realiza, e da sua expressão nos espaços cotidianos das relações de trabalho. Entendendo que esta luta é, mesmo que desenhada de modo focal, singular para a análise do eixo e reestruturação produtiva do trabalho médico, novos perfis da força de trabalho, organizações sindicais médicas, organizações sindicais gerais.

Destemodo e de acordo com os perfis apresentados da força de trabalho médica, o estado de São Paulo é, por suas características de pólo concentrador da força de trabalho e dos empregadores, um dos lugares privilegiados para realizarmos este estudo. Entretanto, ainda é um limite muito amplo, diante das óbvias restrições operacionais da tarefa. É preciso definir a opção de alguns lugares estratégicos para a pesquisa.

Para tal, se apresentam:

1. A região metropolitana da capital, por suas características: um contingente expressivo da força de trabalho médica, uma diversidade de organizações empresariais contratantes desta mesma força de trabalho e um contexto de reestruturação produtiva agudo. Além disso, a importância estratégica de se tratar da capital do estado mais rico do país, com todos os seus aspectos peculiares de composição populacional, de organização dos serviços de saúde em geral, e das variáveis políticas envolvidas;

2. A região de Campinas, eixo importante, quarto tecnológico e comercial, terceiro PIB do país, em que coexiste uma força de trabalho considerável, na área da saúde, a maior cooperativa de trabalho médico em capital financeiro do país (UNIMED CAMPINAS), só equivalente à de Belo Horizonte, um razoável e expressivo número de cidades médias, em que se destacam Jundiaí, Piracicaba, Americana, Limeira, Mogi Mirim, etc., com experiências organizativas de mercado de trabalho a serem relevantes.

3. Ao lado destas, a existência de outros sindicatos médicos no estado de São Paulo, coloca possibilidades efetivas de um estudo multicêntrico, que envolva, por exemplo, a região de Santos cidade berço da primeira cooperativa de trabalho médico no país, a região de São José do Rio Preto, e/ou Sorocaba, Presidente Prudente ou Taubaté, pólos regionais de importância econômica singular, sedes de sindicatos médicos regionais e, comotal, lugares possíveis de serem palco do presente processo de

construção deste trabalho.

A opção definida é a de montar um observatório (serviço) do processo de transição tecnológica na saúde, em distintos territórios sindicais, para desenvolver o projeto em questão. Procurando obter as variáveis necessárias à compreensão da situação, ou seja, construir um protocolo que possibilite uma leitura analítica do que está acontecendo a partir das sinalizações efetivas daquele processo do ponto de vista mais estruturado, como por exemplo, apreender o: perfil profissional demandado pelo mercado, postos de trabalho agregados ou eliminados do cenário, caracterização das principais empresas ou empregadores que atuam no mercado; tipo de formação demandada etc.

Para além, desta conformação dos marcadores mais definidos, há a necessidade de apreender, também outros componentes deste processo de transição que operam pela presença de novas formas de intervenção tecnológica e que não vão se expressar através destes indicadores. Por exemplo, as mudanças que estão sendo imprimidas na constituição de novos objetos de trabalho, no campo da saúde, e que só se expressarão em situações em ato dos processos produtivos que os indicadores mais estruturados não têm sensibilidade para captar. O que exige a tarefa de se produzir novas ferramentas de análise da micropolítica do processo de trabalho em saúde, tanto sob o ângulo de reflexão da reestruturação produtiva, quanto sob o foco de estudo das tecnologias não materiais.

Com a ampliação da capacidade analítica desta situação, poder-se-á verificar quais as tendências da agenda sindical; se esta opera em consonância com a realidade do mercado; identificar as novas necessidades geradas pela transformação e outras necessidades de formação etc.

Antes de tudo, pensamos o observatório como um lugar do observador, ao mesmo tempo, como o olhar para o observador. Lugar que se organiza e estrutura no seu interior um serviço - pessoal, material, prazos e agenda objetiva - voltado para realizar uma tarefa, a de monitorar certas características do cenário em que atua: um cenário complexo, móvel, dinâmico, permanente, que viabilize e interrogue na construção da agenda de atuação.

Este observatório vai demandar a definição de marcadores, como locais de trabalho específicos, fluxos de entrada e saída da força de trabalho do/eno mercado, salário médio do/ no mercado, perfil da força de trabalho, alguns dos quais já existem, e serão utilizados; entretanto, outros vão demandar elaboração e/ou identificação de novos, que o processo de investigação vai iter que elaborar e testar.

O observatório se constituirá em quatro eixos:

a) O eixo dos informes estruturados ou clássicos, como já apontamos, que utilizará as bases de dados utilizadas pelas análises já consagradas na construção dos indicadores habituais, embora dando ênfase no cruzamento das seguintes variáveis: como "Curva ABC", correlacionar os empregadores e o processo de absorção da força de trabalho e identificar tipos de vínculo e empregadores na mesma linha, as relações entre empregadores e existências de conflitos e sua tipologia (técnicos, éticos, contratuais, trabalhistas etc); indicadores de absorção de força de trabalho e utilização de tipos de tecnologias materiais e não materiais; tipologias de incorporação da força de trabalho no campo formal e informal: empregos, subemprego, desemprego etc.

b) O eixo dos modelos assistenciais e da modelagem do mercado procurará investigar uma amostra de empregadores a partir do perfil de incorporação de tecnologias materiais e não materiais e de seu impacto na qualidade do processo de trabalho e saúde e seus resultados. Neste eixo, precisaremos utilizar uma combinação criativa entre eventos traçadores e fluxograma analisador, por exemplo: as doenças respiratórias são um evento traçador. A monitoração de como vem sendo o seu cuidado em diversos prestadores, de modo periódico e permanente, junto com o uso do fluxograma analisador, que possibilita uma avaliação do perfil de competência/qualidade da atenção X incorporação de tecnologia associada ou não, permitirá estabelecer perspectivas de análise crítica sobre o processo de incorporação tecnológica no cenário.

c) O terceiro eixo é o do mapa dos conflitos, este eixo deverá monitorar uma tipologia de conflitos entre força de trabalho e empregadores de quais que naturezas, buscando caracterizar os atores em jogo, as forças que disputam, a disputa que o conflito coloca ou estabelece, os impasses e as possibilidades de solução no cenário. Como contraponto, será buscado um exame de como o movimento sindical atua perante estes conflitos: qual agenda estabelece que hipóteses explicativas utiliza para a compreensão e análise do conflito, que referencial utiliza para intervir no mesmo conflito. A efetividade deste eixo, aponta a necessidade de um estudo multicêntrico, em alguns locais representativos, exponenciais para a abordagem da diversidade sobre a qual atua a reestruturação produtiva no processo de trabalho e saúde e no seu mercado de trabalho.

d) O quarto eixo é o da busca ativa da escuta. Aqui será realizada uma eleição de amostrada

base, representativa qualitativamente, para consulta/escuta qualificada sobre o cenário, e a partir dos elementos obtidos nos três eixos anteriores. Na verdade, uma discussão qualitativa e longitudinal da agenda sindical.

Com estes quatro eixos, se propõe constituir uma metodologia competente em amplitude e profundidade, para acompanhar o processo de alteração em curso no cenário do trabalho em saúde, e como resultado de projetos de ação, para a agenda sindical no campo da saúde. Ao seu término, os produtos obtidos nos quatro eixos permitirão construir um método para a construção do observatório e de capacitação dos dirigentes para esta intervenção, além de apontar outras modalidades para a agenda sindical diante do problema, dando início a um novo ciclo de produção da agenda e permitindo aos dirigentes um outro dinamismo na relação com suas bases e como cenário vivo em que atuam, em plena transição tecnológica.

CRONOGRAMA

Pensar um cronograma pelas características deste projeto, no qual se pretende atuar em processo e não em intervenção vertical, fica mais factível se o estruturarmos em etapas. Estas poderão, se for o caso, acontecer de modo simultâneo, fugindo àquela organização tradicional de etapas prévias que se colocam como pré-requisitos as posteriores. Assim, cada um dos quatro eixos de constituição do *Observatório* constituirá uma etapa autônoma e interdependente, que se relacionará por mecanismo de retroalimentação.

Inicialmente, não há como fugir a um mapeamento dos indicadores tradicionais e este será definido como a etapa inicial. Mas na seqüência, os demais eixos do Projeto demandarão início quase simultâneo; e na medida em que forem acontecendo produzindo seus resultados gerarão novas demandas de volta à cada eixo específico. Por exemplo, na etapa eixo de constituição de Mapas de Conflitos, os resultados que se forem produzindo, irão realimentar a etapa eixo de Construção de Indicadores ou, por sua vez, a etapa eixo de Busca Ativa da Escuta, o que pode alimentar a etapa eixo do modelo assistencial e do perfil dos empregadores, na relação da qualidade versus a incorporação de tecnologias, e assim, sucessivamente.

De todo modo, toda essa idéia de circularidade em espiral do Projeto não pode abdicar da determinação de tempo, que implica a necessidade de definirmos prazos para a obtenção de resultados e produtos concretos. Ao mesmo tempo, o cronograma se vincula à obtenção de uma relação ótima entre objetivos e etapas, e que estarão submetidas a seguinte lógica de intervenção: compreender a situação, significar os elementos constituintes de tal situação, elaborar matrizes explicativas para a situação, intervir na situação, capacitar dirigentes para tal intervenção, reavaliar a intervenção e novamente compreender a situação, dando início a um novo ciclo subsequente.

Assim, os primeiros seis meses do Projeto serão demandados para o completo desenvolvimento da metodologia, inclusive da aplicação do piloto nas bases onde o projeto será desenvolvido. A partir do segundo semestre será feita a aplicação do protocolo no campo de trabalho e se desenvolverá a discussão em toda a agenda. Ao final do semestre do ano seguinte, se terá a avaliação crítica do projeto e os ajustes necessários, para a realização das etapas componentes do Observatório.

No segundo ano, no período do último semestre se fará a capacitação dos dirigentes, possível ampliação da base multicêntrica, com extensão a outros centros de investigação, e se dará início a

transferência tecnológica, divulgação e edição dos resultados e dos produtos gerados, e, finalmente, a renegociação do projeto ajustada às novas necessidades.

A seguir, descreveremos as etapas constituintes da montagem do Observatório propriamente dito, já considerando tempo necessário à elaboração da metodologia. Ao mesmo tempo, estaremos descrevendo seu funcionamento:

- 1ª ETAPA: Constituição do eixo de informações estruturadas e/ou clássicas:

Etapa diagnóstica, por natureza, compreenderá a realização de levantamentos estatísticos clássicos, revisão dos indicadores existentes e levantamento de necessidades de outras informações a partir das perguntas eixo que serão levantadas pelo grupo de execução do Projeto com vistas a “compreender a situação”.

- 2ª ETAPA: Constituição do eixo Incorporação tecnológica, perfil de qualidade e empregadores no Modelo Assistencial:

Esta etapa, de natureza permanente, tendo em vista a definição de evento ou eventos traçadores, localização da investigação, atores a serem envolvidos e capacitação instrumental. Uma vez iniciada, constituirá etapa produtora que interagirá com as demais etapas, em simultaneidade ou sucessão.

- 3ª ETAPA: Constituição do eixo Mapa de Conflitos:

Nesta etapa se fará a definição de um universo temático para mapear os conflitos; capacitação dos atores envolvidos, definição do processo de análise do material e efetivação na prática. A partir do seu início, que pode ser simultâneo com as anteriores, poderá ser instituído em caráter permanente;

- 4ª ETAPA: Constituição do eixo Busca Ativa de Escuta:

Nesta etapa haverá a definição de uma amostra da base, representativa do cenário, para se constituir em escuta qualificada sobre este cenário, a partir dos três eixos anteriores. Ao mesmo tempo, demandará a capacitação em termos de metodologias de escuta, como grupos focais, observação, dinâmicas de grupo etc. Seu caráter longitudinal a coloca como condição permanente e base importante para o processo de qualificação do universo dirigente a ser envolvido.

- 5ª ETAPA: Qualificação da agenda e capacitação de dirigentes:

Esta etapa terá início a partir do momento em que os resultados objetivos das quatro etapas anteriores, especialmente as três últimas estabeleçam um elenco significativo de elementos a serem utilizados pela agenda e indicale para capacitação dos dirigentes.

- 6ª ETAPA: Publicação dos resultados do Observatório:

Etapa de início simultâneo às anteriores consistirá num esforço permanente de construção de produtos com publicações, estudos e trabalhos, que incrementem o arsenal à disposição do movimento médico, e sindical, para consulta e elaboração teórica da sua prática. Mais do que de tempo, aqui demandaremos custos operacionais de edição, impressão, distribuição e divulgação dos produtos elaborados.

Um quadro resumo do Cronograma estará, assim, constituído:

ETAPA\PERÍODO	1ºSEM.	2ºSEM.	3ºSEM.	4ºSEM.
ELABORAÇÃO DE	X			
METODOLOGIA				
PRODUÇÃO DOS	X			
INDICADORES				
MAPA DOS		X	X	
CONFLITOS				
EVENTOS		X	X	
TRAÇADORES				
BUSCA ATIVA DE		X	X	
CONFLITOS				
CAPACITAÇÃO DE			X	X
DIRIGENTES				
PUBLICIZAÇÃO				
DOS PRODUTOS	X	X	X	X

CUSTOS OPERACIONAIS (PREVISÃO)

I. PESSOAL – CATEGORIAS ENVOLVIDAS

- Coordenação científica, Coordenação executiva e Coordenação política: remuneração por 24 meses/ 12 horas semanais (mínimo); pro labore de R\$ 3.500/mês;
- Pesquisadores e Especialistas: remuneração por 24 meses/ 12 horas semanais (mínimo); pro labore de R\$ 2.500/mês;
- Pessoal de Apoio Logístico: secretaria executiva do projeto (30h semanais) salários por 24 meses de R\$ 1.500/mês;

II. CUSTOS DA LOGÍSTICA DA PESQUISA:

Para esta etapa se realizará um seminário operativo para a realização dos procedimentos preparatórios às seguintes:

- etapa dos indicadores estruturados
- etapa do mapa de conflitos
- etapa dos traçadores
- etapa da busca ativa da escuta

Além deste, serão necessários mais dois seminários de avaliação e desdobramentos operativos do projeto, de duração de uma semana cada, envolvendo custos de deslocamento e hospedagem dos envolvidos (coordenação- pesquisadores- consultores) além do público alvo, perfazendo uma clientela de 30 a 50 pessoas por seminário.

II.A - CUSTOS DE DESLOCAMENTOS INTERNOS E EXTERNOS:

- Passagens aéreas nacionais:
- Hospedagem integral: estadas de uma semana em hotel de categoria executiva
- Local para realização dos trabalhos

III. CUSTOS DOS EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- MICROCOMPUTADOR
- MATERIAL DE ESCRITÓRIO

IV. CUSTOS DA LOGÍSTICA DA CAPACITAÇÃO

Para a capacitação de dirigentes se faz necessária a elaboração de material didático (apoio pedagógico e instrucional) na forma de um manual ou edição de um livro técnico ou revista, cujos custos somente estimamos;

V. RESERVA TÉCNICA

Para restringir a ocorrência de eventuais renegociações diante de despesas imprevistas, ou cujo montante previsto foi inferior às necessidades, advogamos a constituição de uma reserva técnica de cerca de 10% do total previsto para o Projeto, buscando agilizar a sua gestão de modo mais eficiente.

ORÇAMENTO PARA O PROJETO

I. CUSTOS COM PESSOAL/ANO:

CUSTOS COM PESSOAL	VALORES EM R\$
COORDENAÇÕES(3)	126.000,00
PESQUISADORES E ESPECIALISTAS(07)	240.000,00
SECRETARIA EXECUTIVA (2)	36.000,00
ENCARGOS (PROVISÃO)	80.000,00
SUBTOTAL 1	482.000,00

II. CUSTOS DE GESTÃO/EXECUÇÃO DO PROJETO/ANO

DESCRIÇÃO DO ÍTEM	VALORES EM R\$
SEMINÁRIOS - CUSTO UNITÁRIO	60.000,00
EQUIPAMENTOS/MATERIAIS	20.000,00
ESTRUTURA DE APOIO LOGÍSTICO	20.000,00
SUBTOTAL 2	100.000,00

III. CUSTOS COM A CAPACITAÇÃO DE DIRIGENTES

DESCRIÇÃO	VALORES EM R\$
SEMINÁRIOS (02)	120.000,00
MATERIAL DIDÁTICO (MANUAL)	20.000,00
SUBTOTAL 3	140.000,00

V. CUSTOS COM ELABORAÇÃO DE MATERIAL E DIVULGAÇÃO/ANO

DESCRIÇÃO	VALORES EM R\$
EDIÇÃO DE REVISTAS	30.000,00

MATERIAL DIDÁTICO/PUBLICAÇÕES	30.000,00
SUBTOTAL 4	60.000,00

VI. TOTAIS GERAIS PARA O PROJETO

SUBTOTALS	VALORES EM R\$
CUSTOS I (2X)	964.000,00
CUSTOS II (2X)	200.000,00
CUSTOS III	140.000,00
CUSTOS IV	60.000,00
CUSTOS V - RESERVA TÉCNICA	136.000,00
TOTAL	1500.000,00
