

Departamento de Sociologia

**A Gestão das Incertezas nas Certezas da Gestão:  
uma abordagem sociológica sobre os efeitos da empresarialização  
hospitalar nas relações profissionais**

Tiago Correia

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Doutor em Sociologia

Júri:

Doutora Maria Teresa Geraldo Carvalho, Professora Auxiliar,  
UNIVERSIDADE DE AVEIRO

Doutora Helena Maria Rocha Serra, Professora Auxiliar,  
INSTITUTO SUPERIOR DE ECONOMIA E GESTÃO

Doutor Carlos Miguel Ferreira, Professor Adjunto Convidado,  
ESCOLA SUPERIOR DE GESTÃO – INST. POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

Doutor Pierre Guibentif, Professor Associado com Agregação,  
ISCTE – INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA

Orientadora:

Doutora Graça Carapinheiro, Professora Catedrática,  
ISCTE – INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA

Co-orientador:

Doutor Alan Stoleroff, Professor Associado,  
ISCTE – INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA

Maio, 2011



*Aos meus pais, por me terem ensinado a querer  
ir mais além ...*



## Agradecimentos

Embora o caminho que um trabalho desta natureza exige seja solitário, e não obstante a responsabilidade individual das ideias aqui expressas, a sua concretização dependeu de imprescindíveis contributos, tanto profissionais, como pessoais. É, por isso, devido o reconhecimento a todos aqueles cujo apoio permitiu a que se chegasse a este resultado.

O meu primeiro agradecimento dirige-se aos orientadores científicos desta tese, professora Graça Carapinheiro e professor Alan Stoleroff. Por terem acreditado neste projecto desde o seu início e na minha capacidade para o concretizar. Desde os tempos da minha formação na licenciatura que representam a cultura de exigência, rigor e autonomia que tanto valorizo. A pertinência dos vossos comentários foi, sem dúvida, determinante para o fim a que se chegou. Em segundo lugar, deixo um reconhecimento público ao CIES-IUL, centro de investigação onde tenho vindo a desenvolver grande parte do meu percurso profissional, por proporcionar um ambiente científico plural e desafiante e por todo o apoio logístico colocado à disposição. Em terceiro lugar, à FCT, pela bolsa de doutoramento concedida, o que permitiu o financiamento necessário para a correcta condução dos trabalhos ao longo dos últimos 4 anos (ref. SFRH/BD/35841/2007). Em quarto lugar, mas sem menos importância, agradeço a todos os profissionais de saúde que, directa ou indirectamente, permitiram a realização deste estudo. Sem a vossa disponibilidade e confiança não teria sido possível chegar a este ponto. Refiro-me não só a médicos e gestores, como também a enfermeiros que, embora não fazendo parte do objecto de estudo, se revelaram elementos fundamentais durante a recolha de dados. Este agradecimento estende-se ainda a outros médicos, directores clínicos e gestores hospitalares que acederam realizar as entrevistas exploratórias.

Entre as pessoas que me foram acompanhando nos avanços e recuos naturais num trabalho com estas vicissitudes, destaco alguns nomes. Tal referência, contudo, não ignora todos aqueles que sabem que estiveram de alguma forma envolvidos neste percurso, e para os quais todas as palavras de agradecimento não são suficientes. À memória da Dra. Nazaré Pinheiro, para que fique imortalizado o reconhecimento a uma pessoa que partiu cedo demais e cujas competências profissionais e humanas fazem-nos falta. À professora Noémia Lopes, pela estimulante partilha da sua experiência. Aos professores Julia Evetts, Lilia Blima Schraiber, Ellen Kuhlmann e Pierre Guibentif, pela disponibilidade para uma interlocução crítica a working papers desta tese.



Ao professor Carlos Miguel Ferreira, pelo seu modo de ver e ensinar a ciência e por nunca ter duvidado. Ao Hélder Raposo, Cristina Roldão e restantes colegas que, no âmbito de conferências e redes de investigação, tiveram a amabilidade de contribuir com opiniões tão pertinentes. Aos meus colegas e amigos Vanessa de la Blétière, Pedro Jacobetty, Joana Zózimo, Jorge Silva e Daniela Mourão, pelos momentos de pura evasão científica.

Já num plano pessoal e familiar, também muitos são aqueles cuja presença foi de uma importância inestimável. À minha avó Francisca, aos meus pais, tios – Natália e Alfredo – e primos – João e Ricardo –, pela constante preocupação que esta tese também lhes trouxe e por ter sido um tema excessivamente presente nos nossos momentos de reunião. Aos meus amigos mais próximos, Paulo, António, Miguel, Francisco e Joaquim, que entraram na minha vida há tanto tempo quanto este trabalho. Por passeios, jantares e serões tão revigorantes em momentos de cansaço.

Aos meus prezados amigos João Mesquita e Pereira Né. Igualmente pela constante presença e genuína preocupação. Pelos momentos de boa disposição e pelas conversas que em tantos dias me permitiram desligar.

Por último, um reconhecimento especial a ti, Nádía, por seres esse porto de abrigo. Por todas as ausências físicas e mentais que este trabalho exigiu. Pela partilha nos momentos de desânimo e cansaço e pela paciência na desorganização da nossa vida. Obrigado também pelo teu sempre desafiante espírito crítico.





## Resumo

Este trabalho analisa alterações verificadas no sector hospitalar público português, decorrente de uma situação transversal entre os países dotados de modelos de Estado-Providência: a dificuldade de coadunar a acumulação da riqueza à sua distribuição. A solução tem passado pela empresarialização dos prestadores, gerindo o sector público em convergência com regras outrora circunscritas ao sector privado.

Até agora não se sabia o alcance e limitações destas mudanças, sobretudo tendo em conta o poder profissional detido pela medicina. No fundo, os hospitais representam sistemas abertos, cuja realidade não pode destringar influências externas e internas. Além disso, e ao contrário do que se esperaria, profissionalismo e managerialismo são forças não necessariamente opostas. Esclarece-se, por isso, as condições para a sua articulação. Em causa está uma nova configuração da burocracia hospitalar não prevista pelas teorias organizacionais, e que reforça o poder profissional da medicina.

Recorrendo a uma metodologia intensiva-qualitativa num estudo de caso, avança-se com uma proposta de teorização da acção individual por intermédio de uma perspectiva sistémica, que articula dimensões institucionais e individuais. Uma das conclusões a que se chega é a não adequação de modelos normativos de acção que ignorem as liberdades individuais e discricionarieidade permitidas pelos lugares ocupados. O modo como os indivíduos constroem e usam os seus papéis profissionais introduz efeitos nas relações entre médicos e gestores que importa conhecer. Comprova-se que os indivíduos são mais do que meros receptáculos de influências sociais, fazendo usos de interesses e expectativas que, em articulação com influências inculcadas, diversificam o curso da acção.

Palavras-Chave: sistema; estrutura-Acção; reflexividade; Nova Gestão Pública, Serviço Nacional de Saúde, hospital, medicina.



## Abstract

This work focuses on recent changes in the Portuguese hospital sector derived from a commonly felt situation among those countries where the welfare model was developed: the difficulty to coadunate the wealth accumulation to its distribution. The solution has been the ‘empresarialização’ [corporatization] of the health providers, applying to the public organizations once restricted management rules of the private sector.

A further attention on the scope and limits of such changes is required, mainly if we take into consideration professional power held by medicine. Hospital results as an open system influenced both by external and internal pressures. Contrary to what could be expected, professionalism and managerialism are not necessarily opposite forces, being explained the conditions for such articulation. At stake is a not predicted hospital bureaucracy's configuration by organizational theories that allows the strengthening of the medical power under a managerial context.

A qualitative-intensive methodology applied to a case study allowed the theorization of the individual action by a systemic perspective that articulates institutional and individual dimensions. One of the main conclusions reached is the non adequacy of normative models for action that ignores the individual freedom and the discretionarity associated to certain social positions. The way how individuals assemble and use their professional roles introduces several deflections on the doctors-managers relation that is important to understand. It proves therefore that individuals are much more than just receivers of social influences and the course of their actions is diversified by a combination of their own interests and expectations and inculcated influences.

**Key-Words:** system; structure-action; reflexivity; New Public Management, National Health Service, hospital, medicine.



## Índice

Índice de quadros	VII
Índice de figuras	VIII
Glossário de siglas	IX
1. Introdução	1
CAPÍTULO I: DELIMITAÇÃO DO OBJECTO DE ESTUDO	
2. Notas sobre um posicionamento na sociologia	11
3. Uma análise sistémica das relações profissionais num contexto de mudança	15
CAPÍTULO II: CONSTRUÇÃO ANALÍTICA DE UM OLHAR SOBRE AS PROFISSÕES DE SAÚDE	
4. O fechamento das teorias das profissões no seu objecto de estudo	29
5. Uma abordagem das profissões pela acção reflexiva	53
6. Delimitando o entendimento sobre a reflexividade individual	69
6.1. A estrutura cognitiva da acção	69
6.2. A Reflexividade entre aprendizagens e interesses	99
CAPÍTULO III: PROPRIEDADES SISTÉMICAS EM PERSPECTIVA	
7. Estado-Providência, NGP e medicina	115
7.1. Delimitando o entendimento sobre a NGP	115
7.1.1. Da desburocratização à burocratização da gestão hospitalar	117
7.1.2. A profissão médica entre o Estado e a NGP	126
7.2. NGP em Portugal	138
7.2.1. Características da NGP em Portugal	138
7.2.2. Os novos significados da concepção pública de cuidados de saúde	161



8. O hospital sob a NGP	169
8.1. Da envolvente ao interior do hospital	169
8.2. Profissionalismo(s) médico(s) na NGP	193
8.3. Managerialismo e profissionalismo: forças em sentido contrário?	211
9. Dos constrangimentos às possibilidades da acção	225
9.1. Captando o sentido do vivido na estruturação dos espaços de acção	225
9.1.1. O caso de um serviço médico de base conservadora	228
9.1.2. O caso de um serviço médico de base empresarial	234
9.2. A reflexividade como produto e produtor da realidade social	241
9.3. Para uma compreensão geral do profissionalismo médico: perfis reveladores	255
9.3.1. “Não tenho medo de nada nem de ninguém”: a reprodução da tradição	257
9.3.2. “Levei sempre muito a peito o facto de fazer bem”: o peso dos valores	259
9.3.3. “Não tendo ninguém, quem está lá sou eu”: a confiança nos afectos	260
9.3.4. “Tenho cada vez mais cuidado na forma como o abordo”: a reinvenção pelos fins	262
CAPÍTULO IV	
REFLEXÃO METODOLÓGICA	
10. Estratégia metodológica	265
10.1. Reflexões sobre a experiência de investigação	272
10.2. A agência reflexiva em observação	281
11. Conclusão	285
12. Fontes	301
13. Bibliografia	303
Anexos	I-XXXIII
Curriculum Vitae	XXXV





---

## Índice de quadros

2.1. Relação entre orientação dos interesses e estrutura cognitiva da acção	96
3.1. Comparação entre estatutos jurídicos dos hospitais públicos portugueses	148
3.2. Dimensões do tipo ideal de burocracia reforçadas na NGP	151
3.3. Contabilização dos prestadores hospitalares em Portugal Continental (2008)	152
3.4. Estrutura analítica da gestão hospitalar em perspectiva sistémica	171
3.5. Traços característicos dos hospitais enquanto burocracias profissionais divisionalizadas	195
3.6. Traços característicos de dois serviços médicos paradigmáticos	213
3.7. Impactes dos interesses da acção na estruturação dos contextos de interacção	226



## Índice de figuras

2.1. Modelo analítico da acção profissional	53
2.2. Princípios da estrutura cognitiva da acção	82
2.3. Vectores orientadores dos interesses	95
3.1. Evolução da despesa consolidada orçamentada para o MS (2002-2009)	153
3.2. Evolução dos gastos orçamentados para o SNS (2002-2009)	154



## Glossário de Siglas

- AA# – Código para os médicos entrevistados no serviço de cirurgia
- AB# – Código para os médicos entrevistados no serviço de medicina interna
- AG# – Código para os gestores entrevistados
- ARS – Administração Regional de Saúde
- CA – Conselho de Administração
- EPE – Entidade Pública Empresarial
- GDH – Grupo de Diagnóstico Homogéneo
- MF – Ministério das Finanças
- MS – Ministério da Saúde
- NGP – Nova Gestão Pública
- PPP – Parceria Público-Privada
- SA – Sociedade Anónima
- SNS – Serviço Nacional de Saúde
- SPA – Sector Público Administrativo



## 1. INTRODUÇÃO

O rigor favorecido pela distância temporal permite afirmar que o início desta investigação em 2007 teve, até hoje, um percurso linear quanto ao seu objecto. Tal linearidade, comprovada desde logo pelo próprio título – o mesmo que suportou esta reflexão ainda como projecto de investigação –, justifica-se por um interesse científico anterior que se foi materializando em reflexões prévias.<sup>1</sup>

A questão de base desta tese, traçada e proposta desde a sua fase mais embrionária aos seus Orientadores Científicos, foi perceber sob um ponto de vista sociológico as consequências do processo de empresarialização hospitalar nas relações profissionais entre médicos e gestores, num quadro político de forte intervenção na saúde e em particular no sector hospitalar.

O fenómeno da empresarialização pode ser lido como uma das consequências decorrentes das contradições do modelo distributivo da riqueza e do modo como a actividade pública foi pensada no pós 2ª Guerra Mundial entre os países dotados de modelos de providência, sem que, para já, seja claro como os actuais contornos políticos de natureza mais liberal se irão consolidar no futuro. Esta tendência identifica-se entre a maioria dos países europeus, a que se juntam outros casos paradigmáticos como a Nova Zelândia ou o Brasil.

A questão de fundo é que a consensualidade em torno da insustentabilidade do actual modelo político e financeiro contrasta com a incerteza quanto à solução a adoptar.

---

<sup>1</sup> Referência que se faz tanto a um artigo científico desenvolvido no âmbito de uma cadeira de licenciatura com o apoio da sua docente, Prof. Doutora Graça Carapinheiro (Correia, 2007), como a um posterior projecto de investigação financiado pela FCT sob a coordenação do Prof. Doutor Alan Stoleroff, intitulado: *Mudança Organizacional e Relações do Emprego na Administração Pública em Portugal: o papel dos sindicatos e dos trabalhadores* (resumo do projecto consultável no endereço electrónico: <http://www.cies.iscte.pt/projectos/ficha.jsp?pkid=231>). Como se verá, alguns dos seus resultados constituem também elementos de reflexão neste trabalho.

As posições variam entre a legitimidade atribuída a políticas de natureza mais liberal e a necessidade de reforço dos mecanismos de protecção social garantidos pelos Estados.<sup>2</sup>

Assim, e de uma forma ainda muito introdutória, por empresarialização entende-se uma ideologia que encontra na importação de mecanismos outrora característicos da gestão privada a solução para uma actividade pública apta a lidar com constrangimentos financeiros e fiscais.

A pertinência empírica que o processo de empresarialização aplicado aos hospitais coloca prende-se com o facto de envolver uma articulação de diferentes esferas da sociedade, desde os seus níveis mais amplos, como se viu nas tendências político-ideológicas, até aos contextos mais próximos da vida quotidiana, como a prestação de cuidados de saúde. Transpondo para o plano teórico esta complexa multidimensionalidade, e dado o actual estado de maturidade da reflexão sociológica, desenvolve-se uma análise que articula as instâncias (ou estruturas) e o agir (acção). Isto significa que, sob pena de se cair numa simplificação excessiva da análise social, e considerando que parte significativa da tradição sociológica foi construída nas tensões insuperáveis entre a estrutura e a acção, o quadro conceptual hoje disponível permite superar o princípio de que estas dimensões se anulam nos efeitos e nos processos. Aliás, para Elias (1993), a relação entre indivíduo e sociedade, individualidade e pluralidade, é muitas vezes pensada sem os cuidados conceptuais que permitem descortinar os sentidos da relação recíproca destas duas entidades.

Por isso, afigurou-se como determinante uma reflexão que incidisse no contexto macrosocial responsável pela alteração dos contextos de trabalho, como também na forma como os indivíduos reflectem estas mudanças e reflectem sobre si mesmos, procurando nesse nível a compreensão como as possibilidades de acção são concretizadas

---

<sup>2</sup> A referência que se faz a ideologias liberais não pode ser tida sob um ponto de vista essencialista. Quer isto dizer que a designação liberalismo, à parte de implicações filosóficas de base que respeitam a iniciativa e a autonomia individuais (Boudon e Bourricaud, 2004), envolve, necessariamente, formas específicas de materialização cultural e política. Será, por isso, redutor considerar um modelo de liberalismo que sirva como tipo-ideal e que permita situar num *continuum* diferentes modelos, consoante o seu grau de proximidade ou de afastamento em relação a esse tipo. Assim sendo, entende-se que o liberalismo aplicado à organização política respeita um princípio genérico de maior afastamento da intervenção directa do Estado (enquanto representante de interesses comuns) na condução da vida social nas suas múltiplas vertentes, independentemente dos seus contornos mais específicos num dado momento e num dado contexto.



individualmente. Trata-se de um posicionamento que visa legitimar a relação entre o social/estrutura e o individual/acção, sem ignorar a existência prévia e balizadora dos espaços para a acção.

É com o recurso a uma interpretação sistémica da realidade social que se concretiza este princípio, compreendendo que as dinâmicas ocorridas no hospital não podem estar dissociadas de diferentes contextos e funções. Estes contextos referem-se a vários sistemas que envolvem o hospital, tais como o sistema hospitalar ou o sistema de saúde, os quais são influenciados por um sistema político-financeiro nacional, por sua vez respeitante de orientações político-financeiras supra-nacionais.

Por outro lado, importa considerar diferentes saberes profissionais em presença nestes contextos, que apesar de terem a medicina como saber estruturante, envolvem outros profissionais de saúde, mas cada vez mais, áreas científicas outrora afastadas, como a gestão, a economia, o direito ou a engenharia. Por essa razão, torna-se limitativo pensar a prestação de cuidados no hospital ignorando a progressiva complexidade organizacional que os tem caracterizado nas últimas décadas. Há muito que a actividade central do hospital – relação médico/doente – envolve domínios que a transcende, fazendo com que nestes espaços se encontrem dinâmicas transversais a qualquer outra organização de tipo empresarial. Negociar preços de compra de inputs (e.g. medicamentos ou os mais variados utensílios médicos e/ou de enfermagem), contratualizar a actividade efectuada, parcelando o desempenho individual de cada serviço, quantificar o preço por doente em função de uma determinada doença, pensar na eficiência dos recursos existentes, enviar notas de débito aos utilizadores pelo serviço prestado representam alguns exemplos daquilo que hoje se pode definir como sendo a actividade da organização hospitalar, em que se tende a assumir a prestação de um serviço. Neste caso, está em causa a prestação de cuidados de saúde.

Não é, por isso, fortuita a referência que ainda agora se fez a utilizadores – na lógica de consumidores – e não a doentes. Isto significa que actualmente a cura passa a assumir mais uma dimensão pensada sob a lógica da prestação de serviços, o que necessariamente exige que se equacione aspectos como a qualidade do serviço prestado, a responsabilização dos profissionais e o pagamento por esse serviço. A saúde além de um estado biológico, psicológico e social e de um direito instituído é também uma actividade económica e, nesse sentido, um negócio.

De acordo com o que foi dito, estas alterações organizacionais decorrem de uma envolvente política que tem estado em verdadeira mutação. A prestação pública de cuidados é um dos pilares base da concepção de qualquer Estado-Providência<sup>3</sup>, porventura dos mais dispendiosos e que maior visibilidade e preocupação suscita às populações e aos decisores políticos. Por estar intrinsecamente ligado à esfera político-ideológica, o exercício de prestação de cuidados de saúde, na figura do seu prestador mais emblemático – o hospital –, encontra-se exposto aos ciclos e tendências políticas.<sup>4</sup> Por conseguinte, uma análise sobre o hospital obriga a uma reflexão sobre o próprio Estado, não ignorando a compreensão sobre o modelo instituído de negociação e de decisão políticas.

Há medida que se avança nestes elementos introdutórios de reflexão vai-se tornando mais explícita a pertinência sociológica desta investigação. Além disso, a multiplicação de estudos e de abordagens provenientes das ciências económicas e empresariais quanto a esta questão contrasta com um relativo vazio dos contributos da sociologia. E como Crozier e Friedberg (1977) chamam a atenção, a sociologia conduz a todo um outro quadro de reflexão sobre as organizações. Mais do que procurar um modelo que defina o que é uma boa organização ('which is the one best way?'), aquilo que responde é ao conhecimento sobre as complexas condicionantes que envolvem essas organizações, além dos mecanismos utilizados para responder a essa complexidade.

Elege-se uma abordagem feita nos serviços hospitalares (cf. Carapinheiro, 1993), mas com uma ancoragem teórica que supera alguns dos seus particularismos empíricos. Tratando-se de uma interpretação sobre os efeitos da empresarialização hospitalar nas relações profissionais, há uma convocação central, mas não exclusiva, da sociologia das profissões, campo que se cruza com a sociologia das organizações e com a sociologia da saúde, indo buscar igualmente respostas à teoria sociológica. Afinal, o ponto elementar deste trabalho é teorizar sobre a acção humana organizada (cf. Crozier e Friedberg, 1977).

---

<sup>3</sup> Desde logo, ao se falar em qualquer Estado-Providência pressupõe-se a existência não de um único modelo, mas de várias concretizações do princípio genérico de universalização de direitos sociais.

<sup>4</sup> Tomar o hospital como o prestador mais emblemático da prestação pública de cuidados relaciona-se com a particularidade "hospitalocêntrica" do sistema de saúde português (Campos, 1984). Contudo, apesar de maiores ou menores variações, é possível concluir que o hospital desempenha transversalmente uma função determinante na configuração de qualquer sistema de saúde. Quer pela sua dimensão, quer pela especialização dos cuidados diferenciados aí prestados, envolve um número considerável de profissionais e verbas muito significativas para o seu funcionamento.

Falar em campos sociológicos não significa que se tenha sobre eles um entendimento rígido. Pelo contrário, esboça-se uma tentativa de superar fronteiras entre espaços sociológicos, os quais, muitas vezes, conduzem à ideia de que as particularidades dos respectivos objectos empíricos podem autonomizar diferentes sociologias. Claro está que uma das particularidades desta ciência é a sua condição pluriparadigmática, o que, aliás, permite a existência simultânea de diferentes posicionamentos teóricos. Outra coisa bem diferente é considerar que o objecto empírico de cada área da sociologia possa conduzir à assunção de imunidade em relação à teoria social. Porventura, a principal pertinência conceptual deste trabalho, além da sua óbvia pertinência empírica, é contribuir com um outro modo de olhar as profissões. Não um olhar de ruptura, mas que complemente os entendimentos consolidados a este nível e que, de algum modo, parecem ter abdicado de pensar explicitamente sobre a matriz base do pensamento sociológico. Afinal, como Alexander (1986) refere, é em torno da noção de estrutura que a teoria sociológica começa.

Neste sentido, embora possam ser identificadas diferentes correntes de pensamento consolidadas na teoria das profissões, argumenta-se a existência de uma convergência em torno dos respectivos referenciais analíticos. Tende-se a privilegiar uma abordagem institucional, paralelo a um processo de fechamento da sociologia das profissões no seu objecto empírico. Neste trabalho pretende-se reforçar o debate da sociologia das profissões numa conceptualização complementar do profissionalismo e, conseqüentemente integrar outros entendimentos sobre as relações profissionais.

Para Max Weber (1983), o aspecto diferenciador de base entre a sociologia e a história seria o facto da primeira ciência reflectir sobre os padrões sociais, enquanto a segunda faz sobressair a singularidade e as suas conseqüências sobre a continuidade da ordem social. Isto significa que, apesar da busca pela regularidade social, a sociologia não tem necessariamente que conceptualizar os indivíduos através de usos passivos que estes fazem de todo o tipo de regras sociais que, no seu conjunto, definem as características de uma dada sociedade. Emerge, assim, a necessidade de entendimento sobre o modo como as regularidades, processos inequívocos no quotidiano das diferentes esferas sociais, se compatibilizam com uma leitura do indivíduo que supera o estatuto de mero receptáculo de tais influências externas. Daí colocar-se a tónica no entendimento sobre as razões para os comportamentos e os significados individualmente construídos em torno da actividade

profissional, ou seja, o modo como a individualidade das trocas sociais decorre e se relaciona com um conjunto de elementos estruturais que a enquadra e lhe confere sentido.

A proposta reside, então, em deslocar o nível analítico das profissões para os profissionais, como passo fundamental para conceptualizar a acção individual desenvolvida nos contextos de trabalho. Esta perspectiva tende a assumir-se tanto mais importante quanto maior for a liberdade de acção concedida estruturalmente aos indivíduos, dado que as suas acções assumem consequências mais directas e marcantes sobre as estruturas sociais.

O argumento de que a existência de regularidades sociais exteriores não pode, por si só, pressupor um conhecimento cientificamente inteligível e previsível dos comportamentos humanos não deve, por outro lado, ser confundido com um enfoque centrado na subjectividade dos fenómenos sociais. Concebe-se a liberdade de acção como a capacidade dos indivíduos para, ora consciente ora inconscientemente, tomarem decisões. No entanto, essa é uma capacidade delimitada por fronteiras como, por exemplo, os lugares sociais ocupados e as experiências passadas quanto aos resultados da acção. Criam-se expectativas decorrentes de aprendizagens sobre o que virá a acontecer, e orienta-se a acção nesse sentido. Por outras palavras, trata-se de uma articulação construída entre a existência de estruturas mentais internas, não necessariamente conscientes quando accionadas numa determinada acção, e motivos conscientes e reflexivos que orientam determinadas opções em detrimento de outras.

Como se percebe, este constitui um modo de estabelecer a relação entre o indivíduo e uma dimensão específica da sociedade, o desempenho de uma actividade profissional, não ignorando a sua relação com outras dimensões da vida social. Os comportamentos sociais são conceptualizados como resultado de uma filtragem operada na definição de subjectividades adaptáveis ao curso das vivências sociais.

Estas subjectividades decorrem de um processo de subjectivação, ou melhor dizendo, de objectivação no nível individual, onde se projecta interiormente a realidade externa. Optar pela designação de objectivação individual em detrimento de subjectivação pretende captar a interiorização de realidades complexas. Simplificando este argumento, considera-se que o conhecimento individual subjectivo da realidade decorre de formas individuais, e não necessariamente coincidentes, de apropriação de uma realidade exterior, que é muito mais do que uma, unívoca e linear. Não significa que não exista uma realidade

social externa e anterior ao indivíduo, mas a multiplicidade de aspectos que podem ser interiorizados individualmente faz com que se criem diferentes objectividades em função das dimensões externas retidas. Cada indivíduo representa, então, uma síntese de construções que se objectivam em comportamentos. São modos não necessariamente semelhantes de ocupar os mesmos lugares estruturais, dependendo das experiências e aprendizagens individuais passadas – que incluem influências de natureza cultural, social, política e económica, bem como experiências de interacções e contextos de aprendizagem – e de interesses que podem sucessivamente diferenciar o sentido conferido à acção. Trata-se, portanto, de uma compreensão sobre os contextos de acção por intermédio da produção discursiva dos seus intervenientes, além de se perceber o sentido da acção que suporta essa produção discursiva (produção individual de racionalidades reflexivas).

Importa reiterar desde início que o objectivo traçado para esta pesquisa não foi – nem tinha forma de ser – chegar a um absoluto e inequívoco entendimento sobre a acção. É com base numa abordagem exclusivamente sociológica que se analisam comportamentos, sabendo que existem outros domínios relativos aos comportamentos humanos que têm que ficar de fora deste projecto, claramente delimitado no seu espaço científico. Em todo o caso, um aspecto foi constantemente ponderado ao longo da construção deste trabalho. Seguindo a linha de pensamento weberiano, houve o cuidado de que a compreensão dos sentidos que os indivíduos atribuem aos seus comportamentos têm forma de ser melhor apreendidos através de estratégias de investigação que privilegiem um contacto mais aprofundado entre observador e observado. Isto não significa que o objectivo tenha sido “pormo-nos na pele dos outros” ou “reflectir como os médicos ou os gestores reflectem”. Tão pouco significa um processo epistemológico baseado na mera interpretação de comportamentos, ignorando a sua explicação. Uma investigação com esta natureza, baseada em técnicas de recolha de informação prolongadas no tempo, com contactos sistemáticos com o objecto em análise num único estudo de caso, facilmente pode ser alvo de toda uma discussão sobre as condições de replicação do conhecimento produzido, além dos possíveis desvios causados pela interacção entre sujeito e objecto.

Embora este trabalho contribua com um modelo explicativo dos comportamentos, em momento algum defende-se a sua replicação apriorística a qualquer outro contexto social de acção. Por outro lado, o entendimento sobre a finalidade das acções dos profissionais, em vez de dificultado pela presença quotidiana do investigador foi, em boa verdade facilitado. Relações de confiança e de partilha foram-se consolidando, ao ponto de

terem sido determinantes para o fim deste trabalho. Afinal, como Pinto (1984b) reitera, a base compreensiva do projecto que Weber traça para a sociologia, habitualmente pouco entendida, revela-se, na verdade, epistemologicamente sistemática e racionalmente controlável. Isto porque tem na sua base um processo de distanciamento e de contextualização daquilo que é imediatamente observado. Distanciamento em relação a evidências imediatas e contextualização das trajectórias sociais e dos espaços de acção permitidos num qualquer campo social.

Além de tudo isso, qualquer interacção sujeito/objecto, por muito pontual que seja, introduz sempre desvios e causa ruídos ao que habitualmente acontece. Em nenhum caso a subjectividade do investigador – além das suas particularidades etárias, morfológicas, discursivas, etc. –, é passível de ser totalmente anulada. Estando consciente do seu papel e dos objectivos que pretende alcançar, contactos formais e informais com os diversos actores representam uma forma de esbater obstáculos e resistências habituais quando qualquer interacção se baseia no não conhecimento dos seus interlocutores. No fundo, está presente a forma como se interpreta o objecto de estudo, o que neste caso foi mais como um “objecto-sujeito” do que propriamente “objecto-objecto”. Houve uma noção das suas avaliações, opiniões, inseguranças e curiosidades em relação ao investigador. Portanto, à investigação científica e à sociologia em particular não se vislumbra qualquer benefício ignorar esta condição activa e interactiva que se estabelece entre o investigador e o seu objecto de estudo, sendo, pelo contrário, útil mobilizar essa condição dos sujeitos em análise para o resultado da investigação.

Os argumentos aqui introduzidos serão desenvolvidos em quatro capítulos, cada um deles marcando os grandes momentos deste trabalho. No capítulo I, apresentam-se dois pontos, onde se dá conta de um posicionamento perante a sociologia (ponto 2) e onde se delimita o objecto de estudo, justificando o interesse conceptual numa análise sistémica das relações profissionais em contexto de mudança dos hospitais públicos portugueses (ponto 3). O capítulo II dedica-se à construção conceptual por detrás da proposta de uma abordagem das profissões por intermédio da reflexividade. De um modo mais pormenorizado, dá-se atenção ao espaço que as profissões ocupam na sociologia da saúde e aquilo que se argumenta como o tendencial fechamento do campo das profissões sobre o seu objecto de estudo (ponto 4). Depois disso, avança-se então para a reflexão sobre as dinâmicas, estruturas e componentes da acção por intermédio de uma perspectiva sistémica (ponto 5), aprofundada com um subsequente debate sobre o binómio não-consciência e

consciência dos comportamentos, considerando o lugar da reflexividade individual entre as aprendizagens e os interesses (ponto 6).

Fechado esse momento, a atenção volta-se para os processos empíricos em causa ao longo do capítulo III. Como se trata de uma abordagem sistémica, a interpretação que se faz sobre as realidades hospitalares no actual contexto de mudança decompõe-se em três propriedades. Inicia-se com um olhar sobre as políticas de saúde (ponto 7), onde o enfoque será sobre o significado da NGP para a prestação de cuidados de saúde e para a própria concepção do Estado. Com o recurso a documentos legislativos, define-se os contornos da implementação da NGP em Portugal e as implicações da tendencial mercadorização dos cuidados de saúde.

O ponto 8 está focalizado na conceptualização dos processos empíricos analisados no estudo de caso seleccionado, com base numa estratégia metodológica de natureza intensiva e qualitativa. Optou-se por, primeiro, centrar a abordagem na relação processual entre a medicina e a gestão hospitalar, compreendendo as determinantes sistémicas do hospital e destas duas profissões. O objectivo é perceber formas de diferenciação internas à profissão médica e, nesse sentido, desiguais poderes entre duas especialidades médicas paradigmáticas face à autoridade burocrática prosseguida pela gestão. Ainda assim, a ideia genérica é que em nenhum caso o profissionalismo médico é posto em causa.

Finda essa discussão, o ponto 9 retoma o debate sobre a relação entre estrutura e acção, justificando a presença de diferentes sentidos nos comportamentos responsáveis pela estruturação de diferentes espaços organizacionais. Analisa-se a reflexividade numa dupla vertente, enquanto produto e produtor da realidade social, evidenciando o modo como entre vários tipos-ideiais de orientação dos comportamentos humanos se encontram diferentes justificações para o modo como se define o profissionalismo médico, se estabelece a relação inter-profissional com a gestão hospitalar e, conseqüentemente, os resultados organizacionais. Afinal, a prova é que procurar “the one best way” não compreende a complexidade inerente à acção humana.

Deixou-se para último lugar a reflexão metodológica (capítulo IV). Mais do que uma exposição descritiva de técnicas e procedimentos, o objectivo é dar conta dos resultados da experiência desta investigação e reflectir sobre as implicações metodológicas da análise da produção discursiva da reflexividade (ponto 10). Termina-se o trabalho com as conclusões (ponto 11).





## **CAPÍTULO I: DELIMITAÇÃO DO OBJECTO DE ESTUDO**

### **2. NOTAS SOBRE O POSICIONAMENTO NA SOCIOLOGIA**

Sem desvirtuar outras etapas na produção do conhecimento científico em sociologia, a reflexão sobre a escolha do enfoque teórico assume uma importância acrescida. Molda o olhar com que se compreende a realidade social, condicionando de forma indelével os momentos subsequentes da investigação. A isto se chama o primado da função de comando da teoria discutido por autores como Pinto (1984a, 1985) ou Almeida e Pinto (2001).

O facto de se salientar a importância desta fase da investigação tem por objectivo deixar de uma forma explícita a consciência crítica com que as opções teóricas foram tomadas, tendo havido uma ponderação constante das implicações que decorrem para a concretização da pesquisa, como também para o capital científico já existente. Por outras palavras, tem-se uma especial atenção àquilo que têm sido argumentos na sociologia a nível internacional (e.g. Turner, 2001) sobre o estado da teoria sociológica e que acabam por se transpor para o debate nacional (e.g. Costa, 1999; Pires, 2007). Neste trabalho, partilha-se, por isso, as preocupações dos efeitos perversos quanto à balcanização das teorias sociológicas para a cumulatividade do conhecimento científico. Ultrapassando a mera retórica discursiva, pretende-se evitar um posicionamento depreciativo face ao capital científico fornecido pelas diferentes perspectivas, valorizando os contributos e avanços teóricos que conduziram ao actual estado da reflexão sociológica.

Como se percebe, o problema equacionado prende-se com a condição pluriparadigmática da sociologia (Silva, 2006). A forma encontrada para lidar com a multiplicidade teórica existente, para, deste modo, chegar a um instrumento conceptual o mais sustentado possível na compreensão dos processos empíricos em causa, teve como pressuposto a potencialidade dos procedimentos comparativos entre teorias (cf. Guibentif, 2007). Deu-se, por isso, uma especial atenção à necessidade de autonomizar a construção conceptual, procurando por via do mecanismo da comparação, uma síntese conceptual capaz de compreender a realidade empírica segundo diferentes ofertas intelectuais já sustentadas.

Obviamente que se fizeram escolhas teóricas e de autores, apontando, quando necessário, limitações e revisões a contributos já existentes para o objectivo aqui presente.

À ciência em geral e à sociologia em particular não interessa uma passividade ou acriticismo na utilização dos conceitos teóricos, embora o criticismo e a reflexividade da prática científica não tenham que legitimar uma postura de redução da sua pluralidade. Aliás, é na existência específica destas escolhas que se encontra o interesse da sociologia, permitindo que no mesmo tempo e no mesmo espaço, os mesmos fenómenos sociais sejam perspectivados por diferentes ângulos de análise. Não se pode, por isso, pressupor que essas escolhas não tenham envolvido um processo crítico e reflexivo sobre os contributos que num dado momento e para um dado contexto pareceram mais adequados. Haverá, por certo, outras formas de analisar este fenómeno, pelo que a avaliação da adequação das escolhas teóricas tem de ter em conta aquilo que constitui uma escolha individual cientificamente orientada. Afinal, não é nestes termos que também se pode falar na postura reflexiva que Bourdieu (1989, 1992) discute nas ciências sociais?<sup>5</sup>

O posicionamento teórico pretendido neste trabalho encontra-se bem expresso, por exemplo, numa comunicação de Freidson (2006) entoada em registo de balanço à sua obra conceptual construída nos últimos 40 anos. Em *Pourquoi je suis aussi un interactionniste symbolique*, percebe-se que o seu objectivo é transmitir a crença epistemológica naquilo que designa por *eclectismo teórico*. Demarca-se de perspectivas que, em sua opinião, contribuem para a reificação de espaços científicos, como se a teoria sociológica fosse impossível de ser compatibilizada nas suas diferentes abordagens.<sup>6</sup> Além disso, Freidson alerta para a excessiva simplificação que a categorização de espaços científicos pode

---

<sup>5</sup> Robbins (2007), num trabalho de sistematização da obra de Pierre Bourdieu, considera que fica expresso desde os seus contributos mais antigos (e.g. *Sociologie de l'Algérie* de 1958) que as ciências sociais não representam realidades objectivas das relações sociais, mas antes representações de realidades sociais. O que isto significa é que sendo a sociologia uma ciência reflexiva, a sua actividade fica intimamente marcada por quem a desenvolve. Nessa medida, respeita formas de objectivação de modos subjectivos cientificamente orientados de interpretação da realidade social. Contrariamente ao que Leibniz afirma, Bourdieu (1989: 23) considera não ser possível confiar numa leitura positivista dos automatismos do pensamento, como se a interpretação humana conseguisse obter uma leitura cega dos símbolos que interpreta. Retenha-se então o seu argumento: “*O habitus científico é uma regra feita homem ou, melhor, um modus operandi científico (...): espécie de jogo científico que faz com que se faça o que é preciso fazer no momento próprio, sem ter havido necessidade de tematizar o que havia que fazer, e menos ainda a regra que permite gerar a conduta adequada. O sociólogo que procura transmitir um habitus científico parece-se mais com um treinador desportivo de alto nível do que com um professor da Sorbonne.*”

<sup>6</sup> Utiliza-se o termo de reificação no sentido discutido por Giddens (1984), que na análise dos fenómenos sociais tende-se a sobrevalorizar as propriedades estruturais com a rigidez própria das leis da natureza, o que acaba por ignorar o papel da agência humana na mudança do seu curso.

implicar, afirmando que, não obstante considerar-se um interaccionista simbólico, não deixa igualmente de ser, em diferentes ocasiões, weberiano, marxista, funcionalista ou apenas um narrador.<sup>7</sup>

O que esta ideia traduz é que abordar a realidade social sob uma perspectiva não anula a existência de um conjunto de outras tantas que não deixam de ter validade apenas por não serem referenciadas. A complexidade intrínseca à realidade social não permite, por isso, um qualquer projecto científico que se proponha a conhecê-la em toda a sua envergadura. A primeira compartimentação é, desde logo, feita ao nível dos campos disciplinares. Neste caso, trabalha-se no interior do raciocínio sociológico segundo as suas premissas, procedendo-se às restantes delimitações no interior desse campo científico. É importante perceber que estas delimitações, primeiro científicas, e depois teóricas, não têm subjacente uma ideia de redução da realidade social a esse discurso, nem tão pouco podem ser vistas como desagregações de processos empíricos que são interdependentes. O que estas escolhas traduzem então é a perspectivação da realidade social.

---

<sup>7</sup> Tradução livre do original em francês.



### 3. UMA ANÁLISE SISTÊMICA DAS RELAÇÕES PROFISSIONAIS NUM CONTEXTO DE MUDANÇA

Tendo por base o princípio que a definição dos campos científicos resulta de intersecções conceptuais sobre os objectos reais (Bourdieu, Chamboredon, Passeron, 1983), o objectivo deste trabalho é apresentar uma abordagem das relações profissionais em contexto hospitalar – especificamente entre médicos e gestores – numa conceptualização que não se encerra nesse objecto empírico.

Os contextos hospitalares foram assim analisados enquanto espaços empíricos de observação, com pressupostos teóricos que, devidamente repensados, podem ter utilidade para outros contextos ou relações sociais que ultrapassam a questão do uso dos papéis profissionais entre médicos e gestores. Neste sentido, e olhando para aquilo que Carapinheiro (1993: 11 e ss.) define como uma sociologia dos serviços hospitalares, a abordagem teórica escolhida para este trabalho acaba por ter um outro enfoque. Compreende-se a sociologia dos serviços hospitalares como uma perspectiva que se define em relação a um contexto empírico específico e ao desempenho de papéis sociais (profissionais) inseparáveis desse espaço. É para a especificidade dessa realidade social que se convocam outras sociologias como a sociologia das profissões, a sociologia das organizações ou a sociologia da saúde.

Portanto, enquanto essa perspectiva se baseia nas especificidades de uma unidade empírica para a sua definição enquanto domínio sociológico, a abordagem sociológica que aqui se desenvolve utiliza essa unidade empírica para a verificação de certas dinâmicas sociais que não se esgotam nesses espaços. É uma sociologia feita nos serviços hospitalares com o recurso a múltiplos referenciais teóricos que procuram interpretar os mecanismos responsáveis pela acção organizada. Uns respeitam as suas particularidades, mas outros superam os processos da realidade hospitalar.<sup>8</sup>

Afinal, esta perspectiva é o resultado de uma reflexão crítica não depreciativa que procura, na articulação simultânea entre os níveis micro e macro, a compreensão dos

---

<sup>8</sup> Esta distinção entre uma sociologia “nos” e “dos” serviços hospitalares não se baseia nos mesmos pressupostos da distinção clássica proposta por Straus (1957) entre a sociologia “na” e “da” medicina. Enquanto essa distinção manifestava a procura de afirmação da sociologia no plano científico, sobretudo, em relação à medicina enquanto objecto de estudo, a distinção que aqui se apresenta diz respeito ao enfoque sociológico central escolhido para a orientação da pesquisa sociológica.

comportamentos humanos. Trata-se de uma forma de problematizar aspectos de ordem individual, aliás, que se coadunam com as correntes de pensamento que têm vindo a ter recentemente visibilidade na sociologia (e.g. Lahire, 2002, 2005, 2008). Como é afirmado por Frère (2004: 95), existem hoje em dia condições para reverter o raciocínio sociológico, questionando conceitos e definindo novas formas de interpretação da realidade social. Por exemplo, se outrora o *habitus* representou um modo de compreender a materialização dos factos sociais nos comportamentos humanos, um dos desafios legítimos a colocar é compreender os processos subjacentes à possibilidade de ajustamentos em diferentes situações, considerando a articulação da pluralidade mental dos indivíduos com os diversos contextos de interacção.<sup>9</sup>

Como se afirmou, esta abordagem teórica não se esgota nos hospitais, embora nestes contextos organizacionais sejam reveladas especificidades indispensáveis para o desenvolvimento conceptual que se pretende. A escolha dos hospitais enquanto espaços de observação ficou a dever-se à preponderância assumida no sistema de saúde português, traduzido quer pelo número de profissionais envolvidos, quer pelos montantes financeiros que o seu funcionamento exige.<sup>10</sup>

Uma das características mais importantes que justifica a escolha dos hospitais diz respeito à existência de uma profissão (médica), cujo exercício profissional é caracterizado por uma autonomia técnica de concepção e de execução do seu trabalho. Por outras palavras, trata-se de uma profissão dotada de capacidade de auto-regulação, mas também

---

<sup>9</sup> A este nível é reveladora a afirmação de Corcuff (2001: 115 apud. Frère, 2004: 96): “(...) *every agent is given a plural mental and corporeal repertory, which makes several modes of engagement in, and adjustment to, action possible. The components in this repertory are not perceived as dispositions, in the potentially deterministic sense in which Pierre Bourdieu uses the word, but as skills and capacities, to be used or not in a given action depending on the encountered situation.*”

<sup>10</sup> No ponto 7.2.1. são apresentados dados jurídicos e políticos que comprovam o ainda “hospitalocêntrismo” do sistema de saúde português que Correia de Campos designou em 1984. Em todo o caso, um olhar para os recursos humanos afectos aos hospitais e centros de saúde permite desde já ilustrar este argumento. De acordo com a Direcção Geral de Saúde (2007), para o ano de 2006, enquanto nos centros de saúde estavam 26.971 pessoas ao serviço entre médicos (7.096), pessoal de enfermagem (7.236), outro pessoal técnico superior (464), pessoal técnico (913) e outro pessoal (11.262), nos hospitais contabilizavam-se 92.214 pessoas ao serviço, entre médicos (16.549), pessoal de enfermagem (30.077), outro pessoal técnico superior (2.688), pessoal técnico (16.693), outro pessoal (26.207). Por outro lado, é de salientar que esta centralidade dos hospitais é transposta para a pesquisa sociológica, sendo os contextos empíricos preferenciais da investigação realizada em Portugal (Antunes e Correia, 2009).

de direcção e controlo sobre outras actividades profissionais, detendo uma consequente autoridade profissional, potencialmente concorrente com a autoridade racional-legal formalmente definida pela estrutura organizacional. Portanto, nos hospitais encontra-se uma dupla autoridade – designada por *sistema dual de autoridade* (Goss, 1963), de tal modo importante que conduziu à reconfiguração da concepção weberiana do tipo-ideal de burocracia.<sup>11</sup>

Em termos empíricos, o objectivo prende-se com uma análise sobre o actual contexto de mudança ideológica na prestação pública de cuidados hospitalares. A questão está em saber como interpretar este momento de possível reconfiguração da história da medicina e dos hospitais, imposta por um enquadramento político-financeiro distinto daquele que emergiu com a consolidação do modelo de bem-estar entre os países europeus.<sup>12</sup> Foi nesse contexto que os saberes profissionais em geral, e os saberes médicos em concreto, foram alvo de uma protecção e valorização ideológicas, o que explica o poder social e profissional detido pela medicina nos dias de hoje (Harrison, 1999; Kuhlmann, 2006; Evetts, 2006a).

Não sendo certo que o actual momento possa ser interpretado como uma substituição dos saberes profissionais dos quais os Estado mais dependem, até porque seria bastante redutor assumir que os saberes-poderes do conhecimento médico são postos em causa nos hospitais e na sua actividade assistencial, o facto é que mudanças jurídico-normativas têm vindo a marcar o funcionamento dos hospitais públicos um pouco por toda a Europa e não só, com uma crescente centralidade dada à área científica da gestão (vd. Doolin, 2002 para a Nova Zelândia; Jespersen, 2008 para a Dinamarca e Noruega; Cecílio, 1997 para o Brasil; Grech, 2002 para Malta; Kirkpatrick, et al, 2007 para Inglaterra e Dinamarca; Currie, Finn e Matin, 2009 para Reino Unido; Herreros, 2007 para França; Boyce, 2008 para a Austrália; Carvalho, 2005 para Portugal).

Com base numa leitura sistémica da realidade social, considera-se as organizações hospitalares como uma parte de um conjunto mais alargado de prestadores de cuidados com os quais se relacionam, além de ser parte integrante de esferas macrossociais como a política e a economia. Em todo o caso, o hospital não é a unidade organizacional

---

<sup>11</sup> Esta teorização de Goss é baseada no trabalho original de Wilson (1942) sobre as universidades americanas.

<sup>12</sup> Os quais variam entre a universalidade dos serviços nacionais de saúde – modelo de Beveridge – e os sistemas de cuidados de saúde baseados em mecanismos de segurança social privados – modelo de Bismarck (van der Zee & Kroneman, 2007).

considerada neste trabalho, mas sim os serviços médicos, dado as lógicas de interacção que aí ocorrem terem de ser perspectivadas em relação aos níveis organizacional e supra-organizacional.

Neste ponto, importa introduzir os contributos de Herreros (2007), onde é apresentada uma importante distinção analítica para compreender o funcionamento hospitalar. O autor considera, por um lado a *instituição* e, por outro, a *organização*. O seu argumento é que as actuais reformas prosseguidas nos hospitais tendem a quebrar a sua dimensão *institucional*, por uma elevada diferenciação sentida na dimensão *organizacional*. Neste sentido, por *instituição* entende-se um meta-nível de regulação que é interiorizado pelos actores que desempenham os seus papéis profissionais nesses contextos. Trata-se da definição abstracta de todo o tipo de normas e valores que regulam os hospitais e que permitem explicar a reprodução das práticas profissionais. O nível da *organização*, por seu lado, respeita o funcionamento em particular de cada hospital, interiorizando o meta-nível institucional.

Esta delimitação permite então perceber que estando as reformas políticas da saúde centradas na melhoria do funcionamento das organizações hospitalares, estas têm vindo a ser impulsionadas por uma crescente diferenciação interna (do nível *organizacional*), levando à reconfiguração do nível *institucional* que caracterizou o sector público no avançar do século XX. Em todo o caso, e contrariamente à ideia avançada por Herreros sobre o declínio da *instituição* hospitalar, a opção aqui é considerar a sua reconfiguração. Em consonância com uma ideia expressa anteriormente, uma das maiores cautelas epistemológicas que um trabalho sociológico debruçado sobre fenómenos políticos – e, nesse sentido, ideológicos – deve ter é não cair numa leitura essencialista desses processos. O facto de um modelo estar ameaçado nos moldes em que foi historicamente pensado não significa o seu fim, mas antes a sua reconfiguração sob moldes diferentes. Neste sentido, está hoje em causa um modelo de intervenção estatal na prestação de cuidados de saúde, em que de um sector outrora uniformizado passa a existir a possibilidade de diferenciação interna. Não deixa de ser uma actividade pública, mas baseada em pressupostos distintos que necessitam de ser discutidos.

Acautelado o significado dos processos que estão a reconfigurar a dimensão *institucional* dos hospitais, as dinâmicas que actualmente definem a dimensão *organizacional* e que constituem os principais obstáculos à regulação da *instituição* são: (I) “o *fetichismo* das regras”, em que a procura da qualidade tem sido prosseguida pela



crescente uniformização e padronização dos actos profissionais, além de que os profissionais são responsabilizados por esta prossecução em nome da imagem pública do hospital e dos serviços aí prestados; (II) a lógica “*como se*”, ou seja, a definição de planos prospectivos mais ambiciosos, em que se criam cenários para avaliar o desempenho organizacional em diferentes contextos possíveis, e; (III) “*a crispação das identidades*” decorrente das mudanças impulsionadas pelas duas orientações anteriores. (Herreros, 2007: 28 – 30) Tende, assim, a ser criada uma diferenciação interna no hospital, em que as suas estruturas internas assumem os seus territórios para disputa por lugares estratégicos e por relações privilegiadas, isto é, na procura de uma maior importância e melhor desempenho para o reconhecimento do hospital.

Segundo o autor, os principais factores que impulsionaram esta mudança são sintetizadas em três grandes processos (*Ibid.*: 56 – 6). Em primeiro lugar, a perda relativa de prestígio médico, em que os doentes de hoje são mais críticos, exigentes e conscientes em relação ao que é suposto ser feito quanto à sua saúde e bem-estar.<sup>13</sup> Em segundo lugar, as actividades profissionais em torno da medicina reivindicam cada vez mais jurisdições profissionais pertencentes à profissão dominante, embora com processos incompletos de profissionalização e limitações estruturais quanto ao seu fechamento social. Em terceiro e último lugar, os problemas económicos que têm pautado a generalidade dos países traduzem-se em repercussões óbvias para orientações restritivas por parte dos gestores hospitalares.

Ter por base uma leitura sistémica e falar da relação dos níveis de interacção mais baixos com aqueles onde estes se constituem, não pode ser tido como uma simplificação, nem tão pouco linearidade, em relação aos processos aí existentes. Um dos desígnios elementares da perspectiva sistémica é a modificação recíproca da natureza ou dos

---

<sup>13</sup> Este argumento será referido em diferentes momentos deste trabalho, pelo que importa reiterar que falar na perda relativa de poder da medicina não significa, pelo menos linearmente nem por enquanto, uma quebra do poder social e simbólico do saber médico. Ou seja, hoje em dia é verdade que, tanto os doentes, como a opinião pública em geral são mais vigilantes, conscientes e críticos em relação aos procedimentos médicos (e.g. Espanha, 2010), sem que, contudo, se possa falar noutro tipo de saber que concorra efectivamente pelo monopólio detido pelo saber médico (pense-se nas chamadas medicinas alternativas que não têm tido forma de se apropriar dos espaços da medicina, estando, por outro lado, a ser trazidas para a própria regulação biomédica, e.g. Bodeker, 2002). Num trabalho recente sobre a relação da população portuguesa com a sua saúde, demonstra-se não haver, por enquanto, qualquer fonte de saber, pericial ou leiga, concorrente com o saber médico nas opções e conselhos que os indivíduos seguem em saúde (Espanha, et al, 2010).

comportamentos dos seus elementos (Barouch, 1989), isto é, uma influência que se situa, quer nos níveis superiores em relação aos inferiores, quer nos níveis inferiores em relação aos superiores. Ora, esta relação de duplo sentido pressupõe que não se considere os níveis mais baixos de interacção como meras reproduções dos seus níveis mais abrangentes. Já Carapinheiro (1993) referiu que os hospitais, enquanto componentes de um sistema influenciado pela esfera política, não podem ser tomados como meros receptáculos dessas influências. Apresentam modos específicos de interacção decorrentes de determinantes próprias da organização, o que respeita o princípio discutido por Crozier e Friedberg (1977) ou Crozier (1989) de que qualquer organização é uma relação entre o vivido e as ideias, ou seja, uma intrínseca dependência das ideias às estruturas e processos próprios de um contexto em particular.

Além de se fazer depender a concretização dos projectos de mudança dos seus contextos, uma perspectiva como a de Barouch (1989), claramente enquadrada no raciocínio do *sistema-actor* de Crozier e Friedberg (1977), permite que se fale na acção individual. Aos indivíduos constituintes de um sistema é atribuída a capacidade de reflexão e, conseqüentemente, de intervenção sobre esse mesmo sistema.

Dizer que se parte de uma leitura sistémica não deve, apesar de tudo, abrir o debate de controvérsia sobre diferentes perspectivas no seu interior, dado que cada uma delas conduz a implicações epistemológicas distintas. Por sistema entende-se tão só o princípio de um conjunto de unidades em inter-relações mútuas, ou uma unidade global de inter-relações organizada entre elementos, acções ou indivíduos.<sup>14</sup> Partindo dos contributos de Bonitzer (apud. Barouch, 1989: 178), a mais-valia da abordagem sistémica reside em se assumir como um método de interpretação dos fenómenos com base na relação entre o objecto de conhecimento, as representações desse objecto e o sujeito do conhecimento. O propósito fundamental é assim contrariar leituras simplistas e/ou reducionistas sobre o modo como os comportamentos ocorrem, tanto pela sua determinação como pela sua vacuidade, pelo que a análise sobre as decisões associadas à acção tem que ter em conta o contexto que rodeia o indivíduo, ou seja, uma realidade objectiva onde se elaboram complexos processos de interpretação e de avaliação.

Como se verá em seguida, isto não significa que se adopte uma leitura apenas consciente e activa da acção individual. Considerando o que foi dito por Frère (2004) sobre

---

<sup>14</sup> A primeira definição cabe a Von Bertalanffy enquanto a segunda a Morin (para um debate mais pormenorizado sobre as controvérsias na interpretação sistémica vd. Barouch, 1989: 176 e ss.).

o *habitus* e sobre a necessidade de inverter o raciocínio sociológico, se por um lado se contesta uma mera reprodução inconsciente de comportamentos, por outro, não será adequado cair num pendor teórico antagónico que ignore a existência de tais mecanismos. O posicionamento defendido reside na articulação de aprendizagens passadas com a capacidade estratégica da acção individual, princípio aliás encontrado em Crozier e Friedberg (1977: 9) ao afirmarem que a racionalidade não deve ser tomada por entidade abstracta, ao depender de condições materiais, estruturais e de contexto que definem possibilidades e constrangimentos de acção.<sup>15</sup>

O princípio elementar da teorização destes autores é a contingência intrínseca às estruturas sociais. Considera-se impossível anular espaços de acção onde os indivíduos com a sua interacção estruturam os resultados do próprio sistema. O que Crozier e Friedberg (*Ibid.*) quiseram provar foi que a análise sociológica deve operar um esquema conceptual suficientemente rigoroso para que compreenda, não só os constrangimentos da acção individual, como a liberdade no interior desses constrangimentos.

Decorrente dessa premissa epistémica reconhece-se a incapacidade de avançar com uma matriz teórica macrossocial que tenha a veleidade de teorizar os mecanismos da acção individual, isto porque o sistema de acção é concreto.<sup>16</sup> A interpretação da acção deve

---

<sup>15</sup> Barouch (1989: 194) chama a atenção que a utilização do termo *estratégia* por parte desses autores conduz recorrentemente à ideia errada de que eles se baseiam num princípio puramente activo da acção, considerando, por isso, mais seguro o termo *lógica do actor*. Além disso, reitera que o modo como Crozier conceptualiza a *estratégia* inclui uma dimensão não intencional/não consciente da acção e dá como exemplo que muito raramente os indivíduos têm presente e claro os seus objectivos, e ainda mais raramente têm projectos coerentes. Em todo o caso, uma leitura atenta por essa obra permite perceber que os autores não teorizam com a sistematicidade que se considera necessária os mecanismos orientadores da acção individual, especialmente sabendo que os indivíduos agem nem sempre em consciência. A este nível, o conceito de reflexividade parece muito útil para perceber o sentido da acção. Em traços gerais, segundo Archer (2007), a reflexividade medeia o actor e a estrutura, ou nas palavras de Lash (2000), indivíduos detentores de conhecimento têm a possibilidade de reflectir sobre si e sobre as suas condições sociais de existência.

<sup>16</sup> Mantendo a definição original dos autores, por sistema de acção concreto entende-se “*un ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par les mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure, c’est-à-dire la stabilité de ses jeux et les rapports entre ceux-ci, par des mécanismes de régulation qui constituent d’autres jeux*” (Crozier e Friedberg, 1977: 246).

assim partir das condicionantes específicas dado por um quadro de interacção (i.e. os mecanismos de regulação vigentes e os recursos de poder possíveis).

De um modo mais explícito, as questões de partida do estudo foram: em que sentido o aumento de poder jurídico atribuído pelo poder político aos gestores hospitalares afecta a autonomia médica? Estará a medicina sob um maior controlo ‘panóptico’ administrativo?<sup>17</sup> É de salientar que o enfoque sobre os modos individuais de interiorização das responsabilidades e competências profissionais constituiu uma atenção conceptual adoptada já no decorrer do trabalho empírico desta investigação. Embora as orientações teóricas iniciais fossem claras quanto à necessidade de compreensão das relações profissionais, sobretudo de autoridade, de autonomia e de poder entre médicos e gestores, depressa se percebeu que por detrás destas dinâmicas estavam em causa processos de uma amplitude conceptual mais abrangente que ultrapassavam a existência institucional dessas dimensões.

A ideia de que um entendimento institucional dessas dimensões não seria suficiente para conceptualizar as relações profissionais foi sendo consolidada com o emergir de duas interrogações, que cada vez mais se afiguraram como centrais em todo o processo: por que motivo num mesmo serviço alguns médicos concordam com a existência de gestores no CA do hospital e com as medidas adoptadas, enquanto outros têm uma postura mais crítica, afirmando que apenas outros médicos podem verdadeiramente compreender as dinâmicas organizacionais do hospital? Consequentemente, como explicar que alguns médicos concordem com a necessidade de reforçar o controlo administrativo por parte dos gestores hospitalares devido à despesa pública, enquanto outros consideram inaceitável, ofensivo e perverso sujeitar os médicos a esse controlo?

Como se disse, tal não anula a existência de mecanismos de natureza mais ampla que influenciam níveis mais concretos de interacção – até porque esta é uma análise sistémica. O argumento central é tão só o reconhecimento de que a interpretação da acção exige uma aproximação ao elemento responsável pela continuidade de qualquer sistema: o indivíduo. Não é assim possível procurar extrapolar modelos normativos de acção, dado que a extrapolação é apenas exequível no domínio dos mecanismos de estruturação dos comportamentos e não no domínio dos comportamentos em si.

---

<sup>17</sup> Aplicou-se o termo panóptico no sentido em que Foucault (1975) o desenvolve.

Olhando então para a realidade hospitalar portuguesa através deste enfoque, compreende-se o actual momento de intervenção política nos sistemas de saúde como uma concretização ampla e variável, que afecta, num modo diferenciado e nem sempre previsível, as relações inter-profissionais. A questão é que não existe grande consensualidade política quanto às interpretações e significados conferidos à implementação da NGP entre as diferentes experiências internacionais. Tais indefinições dizem respeito a uma amplitude na concretização das medidas de reforma dos sistemas de saúde, deixando num espaço de acção relativamente alargado o modo como os profissionais os implementam.

Ora, a variabilidade da concretização destes projectos políticos tende a ser indicativa de que se torna difícil procurar separar as medidas dos seus intervenientes. Diferentes resultados operados por pessoas distintas com responsabilidades de concretização desses projectos são indicativos da necessidade de compreensão da sua acção individual. Os comportamentos dos intervenientes de um qualquer sistema resultam sempre de estruturas internalizadas em relação aos lugares estruturais ocupados e de interesses específicos manifestados. Deste ponto de vista, considera-se que a introdução de critérios de gestão de natureza empresarial, com implicações sobre a autonomia de concepção do trabalho e de controlo da actividade, varia em função da configuração das relações inter-profissionais nos diferentes contextos sociais, bem como do modo como essas configurações institucionais – incluindo a autonomia de funções e a autoridade profissional – são individualmente percebidas.

Esta é uma interpretação cuja aplicação tanto se refere aos gestores, mandatados pelo poder político de uma gestão eficaz e eficiente dos hospitais públicos, como aos médicos, figuras centrais no funcionamento dos hospitais modernos, sendo os responsáveis pela definição e concretização da prestação de cuidados de saúde, e cuja influência se estende a determinadas áreas da própria gestão hospitalar (especificamente por via dos cargos de director de serviço e director clínico).

É fundamentalmente este motivo que justifica a escolha da profissão médica para a análise da concretização dos novos modelos jurídicos de gestão hospitalar. Não obstante o envolvimento de outros saberes na prestação de cuidados de saúde, o papel dominante da medicina na estruturação desses outros saberes, ou seja, na estruturação da divisão social do trabalho (Freidson, 1970), deixa antever que a introdução destas medidas nos hospitais

desencadeie manifestações mais acentuadas por parte da profissão médica.<sup>18</sup> Note-se que estas medidas visam reconfigurar algumas jurisdições definidas entre a gestão hospitalar e a medicina, afectando, conseqüentemente, o sistema dual de autoridade potencialmente conflituoso que relaciona estas duas profissões.

Considerando este um processo de alteração organizacional enquadrado numa mudança económica e social das estruturas mais amplas das sociedades ocidentais modernas, a problemática tem tanto mais pertinência sociológica quanto maior for a indefinição das relações sociais criadas por estes contextos. Deste modo, e contrariamente ao que outras ciências possam esperar encontrar, um contexto de maior pressão para dimensões quantitativas da actividade produtiva (*racionalização*) não significa linearmente que seja possível encontrar a melhor forma (*racional*) de organizar, hierarquizar e distribuir o trabalho e os recursos envolvidos. Na medida em que se equaciona a alteração de algumas das premissas em que assentou a prestação de bens/serviços públicos sob o modelo de providência iniciado nos anos 50, colocam-se problemas sobre os novos arranjos de interacção que este quadro suscita. Está em causa a compreensão de como os grupos de pessoas passam a cooperar em sistemas mais complexos e que exigem novos princípios de desenvolvimento dos melhores meios produtivos. Ou seja, como mobilizar os diferentes saberes em presença para atingir novos fins? Fins que vão desde os resultados políticos e financeiros à mais elementar distribuição de tarefas médicas num qualquer serviço médico hospitalar.

Assume-se o indivíduo como ponto analítico central, servindo de porta de entrada para a compreensão das suas práticas. Este entendimento permite trazer para o plano das acções individuais, neste caso em particular para o exercício profissional da medicina e da gestão, o papel que representa a reflexão individual sobre o espaço social envolvente que constrange os indivíduos e a reflexão que estes fazem sobre si mesmos.

Está em causa uma ligação analítica, dificilmente desagregável na sua verificação empírica, em que, por um lado, se apresenta o indivíduo nas suas determinantes sociais e, por outro, o indivíduo no desempenho dos seus papéis profissionais. Quer isto dizer que,

---

<sup>18</sup> Esta referência ao lugar estrutural da medicina na organização da prestação de cuidados de saúde limita, conseqüentemente, o espaço permitido a outras actividades profissionais para exercer as suas pressões. Por exemplo, a respeito do processo de profissionalização das profissões na área das tecnologias de saúde em Portugal veja-se Lopes (2006), cujos argumentos são extensíveis à enfermagem.

não se pode destringir a esfera pessoal da profissional, como se estes representassem espaços autónomos e perfeitamente estanques entre si. A sua articulação é de tal modo profunda, que apenas no plano analítico faz sentido discuti-las em separado. A dificuldade – ou mesmo impossibilidade – de o fazer no plano empírico relaciona-se com a necessidade de conhecer à partida uma relação causal difícil de estabelecer: será mais a esfera pessoal a influenciar a esfera profissional ou o contrário? Além disso, mesmo que se chegue a essa compreensão, será possível tomar essa relação como constante entre os indivíduos ou mesmo nas diferentes fases da vida de um indivíduo? Que motivos podem estar na base da inversão dos pesos destas duas esferas da vida?

Embora a dimensão das aprendizagens sociais (em sentido lato) seja preponderante na condução da vida profissional – aliás como em qualquer outra dimensão da vida –, existem elementos de socialização educacional e, posteriormente, profissional que vão configurando, de um modo muito complexo, a construção das práticas e representações dos indivíduos, isto é, os entendimentos que eles edificam sobre o mundo que os rodeia. Por isso, sem ser possível avançar com um modelo explicativo sobre as causalidades mantidas de parte a parte, é nesta dupla relação entre a existência individual e as práticas profissionais que este trabalho se debruça. O interesse é explorar como as influências sociais externas à profissão influenciam o modo como o profissionalismo é individualmente interiorizado e activado, como também perceber como as racionalidades profissionais decorrentes de um profissionalismo institucionalizado, influenciam os modos de entendimento sobre dinâmicas sociais, em particular questões relativas ao Estado e à prestação da saúde enquanto bem público.

Ter o poder de decisão não é um atributo uniformemente distribuído no espaço social, estando dependente de factores como os lugares estruturais ocupados. Daí considerar-se a profissão médica como um dos casos paradigmáticos de possibilidade de liberdade de acção individual no desempenho profissional – aquilo que em Champy (2009) é referido como prudência, em Freidson (1994) por autonomia e em Evetts (2001) por discricionariedade –, liberdade essa que ultrapassa a actividade profissional, contagiando outras esferas da vida social.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> A referência que se faz é à ideia de superioridade e idoneidade que acompanha os titulares da actividade médica em qualquer contexto social que se encontrem. Pode-se entender como uma forma de estigmatização positiva, em que se criam expectativas e se inferem qualidades e perfeições unicamente pela profissão detida (sobre estigma vd. Goffman, 1980).

Não quer isto dizer que apenas nas profissões onde é assegurada uma significativa discricionariedade profissional, ou seja, onde as decisões individuais revelam ser preponderantes para a configuração das estruturas e dos processos profissionais, há relevância em conceptualizar a reflexividade individual. Basta recordar as conclusões que Goffman (1974a) apresenta sobre as prisões e asilos para perceber a capacidade adaptativa dos indivíduos nos contextos sociais possivelmente mais restritivos para o exercício da individualidade. Existe sempre a possibilidade de desvios aos comportamentos esperados porque, com graus mais ou menos variáveis, a contingencialidade é intrínseca à condição humana. Ainda assim, um maior espaço para a decisão individual faz com que a reflexividade assumira uma importância acrescida para as opções do exercício da actividade profissional. As múltiplas possibilidades de decisão fazem sobressair os modos como os papéis profissionais são individualmente interiorizados e, conseqüentemente, desempenhados. Daí a referência que para os objectivos deste trabalho, a análise sociológica das profissões deva sair das profissões em si e situar-se nos profissionais.<sup>20</sup>

A expectativa não é contribuir com uma teoria geral das profissões. A mais-valia desta abordagem reside tão só na necessidade de conceptualizar os sentidos conferidos à acção em contexto profissional, dada a existência de uma profissão onde a actividade quotidiana é caracterizada por elevados níveis de indeterminação e interpretação. Tais processos decorrem tanto da natureza dos saberes profissionais, em que se exige um exercício mental de escolha dos procedimentos em função da especificidade da situação com a qual o profissional se depara, ou seja, de adaptação do abstracto ao concreto, como também de superioridade e controlo face a outros saberes profissionais. O facto de se considerar a medicina como uma profissão dominante, isto é, com capacidade de controlo interno concomitante com um controlo externo (conteúdo do trabalho das restantes ocupações na saúde, Freidson, 1970, 1985, 1986), torna sem dúvida central a questão da tomada de decisão.

---

<sup>20</sup> Ideia semelhante é encontrada em Elias (1993), segundo o qual qualquer função social deve ser compreendida na sua vertente externa (porque existem) como na sua vertente individualizada (como é desempenhada): *“tanto a [função] do director de fábrica ou do mecânico como a de uma mulher casada sem profissão ou de um estranho e de um pai, todas elas são funções que um ser humano tem para outros seres humanos, que um indivíduo tem para outros indivíduos. Só que cada uma destas funções está orientada para outros; é tão dependente do funcionamento desta como esta dela; (...)”* (p.34).



Já Antunes (2003: 82 – 3) argumentara que não obstante o raciocínio médico estar suportado numa metodologia científica hipotético-dedutiva, permanece um espaço de maior arbitrariedade, a “opinião do perito”, decorrente dos conhecimentos adquiridos nas experiências profissionais individuais. Interpretação convergente com Schraiber (2008: 38), segundo a qual o saber científico co-existe com um “saber operante” ou um “saber tecnologicamente operado”. Trata-se de uma complementaridade intrínseca entre a orientação pela teoria e a orientação pela experiência, isto é, uma objectividade adquirida teoricamente e outra objectividade adquirida pela prática que, segundo Antunes (*Ibid.*), deve relativizar de um certo modo o entendimento epistémico sobre a objectividade médica. Aquilo que se retira das suas palavras é que qualquer decisão médica está invariavelmente dependente do seu interveniente, dado a progressão profissional (experiência) conduzir a uma tendencial substituição dos conhecimentos teóricos pelos conhecimentos adquiridos pela prática.

Ainda a respeito de uma objectividade científica que é individualizada, o mesmo autor chama a atenção para uma dimensão do profissionalismo particularmente interessante no caso da medicina, e que no fundo respeita a existência de uma vertente interiorizada referida já neste trabalho. Com base no trabalho de Swick (2000), o autor discute a dimensão moral do profissionalismo, dimensão esta que contém: um compromisso social ou altruísmo; a necessidade constante de progresso de conhecimento; e o direito de auto-regulação. Porque a dimensão moral tem uma existência social, portanto, institucionalizada, mas também uma existência individual, ao respeitar princípios morais individualmente percebidos, comprova-se a necessidade de explorar o modo como os profissionais fazem uso e materializam estes princípios nas suas práticas profissionais.

Deste modo, embora a reflexividade possa ser considerada enquanto característica inata e intrínseca aos indivíduos, as suas consequências sobre a configuração organizacional não são semelhantes entre diferentes profissões. Quanto maior o grau de autonomia detido, mais consequências o *self* profissional trará para os resultados organizacionais. Por exemplo, ainda que de forma semelhante um médico e um enfermeiro construam para si e para as restantes pessoas com quem lidam representações sobre o seu papel profissional, e tenham percepções formadas sobre o que devem ou não fazer na sua prática profissional, facilmente se percebe que as implicações dessas construções individuais nos usos dos papéis profissionais não são semelhantes. No caso do enfermeiro existe um controlo mais significativo, quer por via da organização da hierarquia interna da

profissão, quer por via do controlo externo exercido pela medicina, não deixando um espaço tão significativo para as marcas da individualidade como é mais flagrante no caso da profissão médica.

---

**CAPÍTULO II:  
CONSTRUÇÃO ANALÍTICA DE UM OLHAR SOBRE AS PROFISSÕES DE  
SAÚDE****4. O FECHAMENTO DAS TEORIAS DAS PROFISSÕES NO SEU OBJECTO DE ESTUDO**

Inicia-se esta discussão com a identificação de alguns dos traços característicos da sociologia da saúde em Portugal. Sendo expectável que a prática sociológica nacional incorpore tendências e debates externos, o objectivo passa por entender a configuração do raciocínio sociológico na saúde e, assim, situar o contributo que se apresenta entre o capital teórico existente.<sup>21</sup>

Face à necessidade de um corpo docente dotado de autoridade científica para leccionar e orientar estudos pós-graduados, atribui-se a emergência da sociologia da saúde em Portugal à tese de doutoramento de Graça Carapinheiro (Antunes e Correia, 2009). Seguindo orientações, quer de tradição francófona, quer de tradição anglo-saxónica, Carapinheiro (1993) fez convergir dimensões como o poder e a racionalidade médica para os contextos hospitalares, locais privilegiados de produção e reprodução desse poder. Denominou a sua abordagem como uma sociologia dos serviços hospitalares, fazendo confluir perspectivas da sociologia das organizações, das profissões e da saúde, às quais associou outras formulações de natureza mais alargada como a questão dos processos sociais de vigilância e de controlo exercidos pela medicina.

Muito embora nos dias de hoje a sociologia da saúde em Portugal apresente um indubitável estado de difusão, traduzido quer no aumento das instituições que conferem o grau de doutor na especialidade de saúde, quer nos temas privilegiados, Antunes e Correia (*Ibid.*) demonstram continuar a existir um núcleo mais restrito de autores nacionais – Graça Carapinheiro e Boaventura de Sousa Santos – e estrangeiros – Foucault, Herzlich, Goffman, Freidson e Parsons – que permitem traçar uma relativa confluência nas construções teóricas das investigações de âmbito nacional. Atente-se ao facto que falar numa relativa e não total confluência diz respeito ao efeito que a filiação institucional

---

<sup>21</sup> Partes constituintes deste ponto representam debates que já foram alvo de avaliações inter-pares (Correia, 2009b, 2009c, 2010a, 2010b).

imprime às opções de investigação, sendo, por este motivo, redutor considerar uma homogeneidade na prática da investigação portuguesa em sociologia da saúde.<sup>22</sup>

A existência desta relativa confluência teórica pode ser tomada como indicativa de que a sociologia da saúde portuguesa atravessa ainda um processo de consolidação científica. Se por um lado, permanecem por explorar certos domínios empíricos, por outro, aqueles que têm sido estudados, pelo reduzido número de investigações, assumem ainda um estatuto pioneiro.<sup>23</sup>

Não sendo aqui o lugar para desenvolver esta questão, o que interessa realçar é que as investigações nacionais no domínio da sociologia da saúde têm atribuído um lugar de destaque à análise das profissões (e.g. Carapinheiro, 1993; Lopes, 2001a; Serra, 2004; Carvalho, 2005; Tavares, 2007; Areosa e Carapinheiro, 2008). Nestas, reconhecem-se nos contributos de Freidson (1970, 1986, 1994, 2001) e de Foucault (1975) uma importante ancoragem teórica.<sup>24</sup> Se no caso de Freidson essa influência é expressa principalmente através do papel das profissões na divisão do trabalho e nas consequentes relações de autoridade, nas trajectórias de profissionalização, na constituição de jurisdições profissionais e nas estratégias existentes na procura de manutenção de monopólios vários (por exemplo da educação e da formação ou do controlo da prática profissional), por seu lado, o pensamento de Foucault permite uma leitura do modelo biomédico como forma de poder e, nestes termos, de sujeição dos comportamentos.<sup>25</sup> A forte influência que Freidson

---

<sup>22</sup> “Efeito de escola” que os autores encontram de forma mais demarcada na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra (FEUC) do que propriamente no Instituto Superior de Ciência do Trabalho e da Empresa (ISCTE), onde Graça Carapinheiro introduz um efeito particular em relação à sociologia característica aí desenvolvida.

<sup>23</sup> A existência deste pioneirismo nalgumas áreas da saúde leva a considerar, para já, insensato falar na consolidação de linhas de investigação emergentes, por estarem ainda directamente dependentes dos seus primeiros intervenientes. É por exemplo o caso das representações e construções sociais, tanto da medicina como da doença (Antunes e Correia, *Ibid.*).

<sup>24</sup> Ainda que a referência não exaustiva a investigações nacionais sobre profissões respeite o espaço empírico da saúde, não podem ficar omissos outros contributos no panorama nacional, entre os quais, Gonçalves (1996) sobre os economistas, Rodrigues (1999) sobre os engenheiros ou Caria (2005) sobre os veterinários.

<sup>25</sup> Em traços gerais, Foucault (1975) utiliza a noção de *disciplina* numa vertente de estruturação dos comportamentos dos indivíduos. O *poder disciplinar*, entendido enquanto conjunto de técnicas passíveis de serem apropriadas pelos indivíduos, tem uma aplicação directa sobre a conceptualização das organizações, especificamente aquelas onde a medicina desenvolve o seu modelo de compreensão dos corpos, das doenças e, consequentemente, dos sujeitos.

demonstra ter na conceptualização sociológica das profissões em Portugal comprova os argumentos de Sciulli (2005: 917) de que esse autor, inserido na corrente revisionista, a par de outros como Johnson, Larson ou Collins, mantém uma preponderância no actual debate da sociologia das profissões.

A preocupação de Freidson passa, em traços gerais, pelos processos de transformação social das ocupações em profissões e no modo como estas se relacionam com o Estado, com outros grupos profissionais, com os seus clientes e com o fechamento do seu saber (e.g. Dingwall e Lewis, 1983; Walby e Greenwell, 1994; Timmermans, 2008). Associando aos contributos foucauldianos, um conhecimento (científico) adquirido em instituições de ensino reconhecidas para a sua reprodução transforma-se numa *micropolítica de disciplina* que assegura uma ordem de acção também ao nível profissional. Por conseguinte, o exercício da profissão tende a ser entendido pelo ponto de vista da aquisição de conhecimentos que regulam a prática individual, o que nessa medida permite compreender e delimitar diferentes racionalidades profissionais.

Como se disse anteriormente, é nesta articulação de contributos que se situa parte das abordagens da sociologia das profissões de saúde que tem caracterizado as investigações de âmbito nacional. *Saberes e Poderes no Hospital* de Graça Carapinheiro apresenta com clarividência um posicionamento teórico interaccionista que analisa o processo de construção de lógicas de dominação e de controlo exercido pelos saberes da profissão médica, perspectiva teórica que aliás tem vindo a orientar análises sociológicas recentes que conferem um lugar de destaque à reflexão de autores como Berger e Luckman (e.g. Serra, 2004).

Mapeados os contributos fundamentais na teorização das profissões de saúde em Portugal, importa perceber como os paradigmas nas profissões evoluíram. Convocando os contributos de Torstendahl (1990: 44 – 5), o estudo das profissões pode ser dividido em três grupos de abordagens. Em primeiro lugar, as que caracterizam as profissões, o profissionalismo e a profissionalização, de modo a obter uma base adequada de classificação de pessoas e de ocupações. Perspectivam os grupos profissionais por via da sua história e pré-história. Para Torstendahl, tratam-se das abordagens que analisam as ocupações claramente identificadas enquanto profissões. Em segundo lugar, as abordagens que se centram nas relações (sobretudo de conflito) entre grupos profissionais. Dizem respeito às ocupações que visam o seu processo de profissionalização, isto é, de conquista de poder sobre a sua actividade. Em terceiro lugar, as abordagens que se debruçam sobre

as relações de um determinado grupo ocupacional ao longo do tempo com respeito a outros grupos ocupacionais. Procuram-se mudanças, tanto na sua constituição, como na sua condição no contexto da sociedade em que se insere. Este tipo de problematização permite compreender principalmente como as profissões se reconfiguram em contextos de mudança social.

Nestes termos, surge com alguma clareza a ideia de que entre as abordagens consideradas é atribuído um lugar de destaque às profissões em si. Sem querer por enquanto aprofundar este argumento, o importante a salientar neste momento é que a análise das profissões, ora pelas suas características ora pelos seus processos, apresenta uma centralidade em torno da vertente institucional. Na realidade, um dos traços marcantes que se irá identificar na sociologia das profissões, e que acaba por levar ao argumento central neste trabalho, é que a construção deste campo de saber seguiu um processo tendencial de fechamento sobre si mesmo, isto é, encerrado sobre o seu objecto empírico, ou seja, nas próprias profissões.

Pode-se associar este processo, desde logo, às preocupações precursoras de autores clássicos como Weber, Durkheim ou Spencer, para os quais as profissões são as formas modernas dos antigos ofícios, aparecidas para responder às novas exigências sociais e económicas (Dubar, 1991). Este modo de conceber a existência das profissões – diga-se que determinante num dado momento histórico, político e social – acabou por condicionar o desenvolvimento deste debate, imprimindo na sociologia das profissões uma configuração identitária muito própria.

Tal fechamento comprova-se olhando para as interrogações centrais que emergiram desde a segunda metade do século XX, período em que se deu a sua sedimentação teórica. Trata-se de questões que permanecem nos nossos dias, ainda que possam apresentar um maior grau de sofisticação conceptual: “*o que é uma profissão?*”, “*como é que uma ocupação se transforma em profissão?*”, “*sob que condições ocorre essa transformação?*”, “*qual a função social das profissões?*”, “*qual o sentido da evolução das profissões?*” (Rodrigues, 2002: 3).

Olhando para a forma como Rodrigues (*Ibid.*) mapeia o que foi e o que tem sido a ancoragem teórica da sociologia das profissões percebe-se o porquê desta absoluta necessidade de pensar as profissões em si mesmas. São, assim, separadas em duas as tradições teóricas na análise das profissões: uma centrada na estrutura e outra no processo,

e que acabam por divergir nos temas, nos objectivos, nas problemáticas e nas metodologias.<sup>26</sup>

As abordagens centradas na estrutura consideram as profissões como grupos reais, que partilham valores e uma ética de serviço à sociedade (vd. Parsons, 1966; Merton, 1982). A divisão do trabalho representa um processo de diferenciação funcional, já que as profissões evoluem de estruturas organizativas anteriores, por via tanto da sua capacidade para responder a necessidades sociais essenciais, como pela sua evolução técnica e material.

As abordagens centradas no processo, por sua vez, não analisam as profissões como grupos reais, mas como categorias construídas socialmente suportadas por uma ideologia de profissionalismo. Constituem, por isso, uma crítica à natureza essencialista que a existência de um tipo-ideal de profissão pressupõe. Na medida em que valorizam uma interpretação contextualizada histórica, económica, política e socialmente, assume-se a divisão do trabalho como um facto social resultante de relações de negociação e de conflito na obtenção de autonomia funcional. Por autonomia entende-se o exercício do trabalho sem o controlo de outras profissões e das organizações onde a actividade profissional é desenvolvida (cf. Freidson, 1970). Cabe dizer ainda que esta orientação pelos processos inclui formas interligadas, mas não inteiramente coincidentes, de conceptualizar as profissões, como é o caso das perspectivas de Johnson (1972), Larson (1977) ou Collins (1990).<sup>27</sup>

Como se viu anteriormente, esta constitui a abordagem predominante no domínio das profissões de saúde ao nível da investigação nacional, onde as dinâmicas de fechamento social das profissões (Hugman, 1991) e, conseqüentemente, de reforço da sua

---

<sup>26</sup> Para uma síntese mais completa ver Rodrigues (2002: 131 – 2). Salientar apenas que embora esta discussão seja construída com base em autores da segunda metade do séc. XX, o pensamento, tanto funcionalista como interaccionista, tem início anos antes. No caso do interaccionismo são apontados contributos iniciais da Escola de Chicago, enquanto no funcionalismo autores dos anos 30, como Carr-Saunders (ver Sciulli, 2005 ou Saks, 1983).

<sup>27</sup> Isso é explícito, por exemplo, no caso dos vectores explicativos do poder profissional. Johnson parece centrar-se mais na obtenção de poder por via da relação assimétrica entre o profissional e os seus clientes, enquanto Larson confere maior atenção à questão do fechamento das profissões enquanto capacidade de controlo do acesso à actividade e do seu mercado. Collins, por seu lado, reflecte sobre o modo como as profissões obtêm poder na sua relação com a estrutura capitalista.

posição na divisão social do trabalho são perspectivadas, tendo a socialização profissional como mecanismo de transmissão de aprendizagens sociais e culturais.

Um outro modo de entender estas diferenças relaciona-se com um hiato entre a perspectiva francófona e a perspectiva anglo-americana (Evetts, 2006b). Se a primeira tem suportado toda uma linha de investigação sobre a socialização profissional e o modo como esses processos conduzem à partilha de identidades profissionais, a segunda, tem privilegiado a dimensão dos poderes e dos privilégios ocupacionais.

Actualmente, esta segmentação continua a ser evidente mesmo perante desenvolvimentos recentes que procuram formas mais ou menos híbridas de ligar pressupostos associados a essas duas formas distintas de conceber as profissões. Há, no entanto, uma diferença entre o debate característico até aos anos 70 e aquele que se desenvolveu, grosso modo, na segunda metade dos anos 80. Se nas perspectivas, tanto funcionalista como interaccionista, é imediatamente reconhecível os traços teóricos responsáveis pelo seu afastamento conceptual, nesta vaga mais recente de propostas passam a vigorar posições de síntese que equacionam as fraquezas e virtuosidades de uma e de outra.

É à análise sistémica de Abbott (1988) que habitualmente se atribui o começo desta terceira corrente (e.g. Rodrigues, 2002), a que se juntam outros autores cuja posição é mais comparativa do que propriamente sistémica (e.g. Torstendahl, 1990; Siegrist, 1990). Convém mencionar que situar no trabalho de Abbott o marco inicial desta terceira corrente não anula o facto de há muito tempo serem procuradas formas de compatibilizar o pensamento funcionalista ao interaccionista. Veja-se o caso de Wilensky (1964) em que a partir do seu trabalho começou a parecer redutor assumir um posicionamento que contradiga linearmente qualquer uma das perspectivas anteriormente consolidadas.

Como se disse, o traço característico desta nova fase nas teorias das profissões é a articulação e complexificação daquilo que outrora se sedimentou como duas escolas de pensamento distintas – veja-se, por exemplo, a opção de Rodrigues (2002: 4) em designar esta como *“a abordagem sistémica e comparativa ou a procura de modelos complexos”*. Ainda assim, isto não significa que hoje em dia tenham deixado de existir propostas que assumidamente continuam a salientar as distâncias entre o funcionalismo e o interaccionismo. Evetts (2003; 2006b) fala de um intenso debate em torno da questão do profissionalismo, considerando existir uma corrente que procura reequacioná-lo sob o



ponto de vista do seu valor normativo positivo para a ordem social (e inclui os contributos mais recentes de Freidson próximos da teoria dos sistemas de Parsons), distinta de outra, cuja interpretação do profissionalismo continua a ser numa lógica dos efeitos negativos de uma ideologia de controlo e de fechamento por parte das ocupações. A autora insere-se nesta última perspectiva, indo buscar aos contributos de Foucault a dimensão da normalização e do controlo social.

Ainda assim, um exemplo explícito da forma como hoje em dia se privilegiam abordagens síntese na sociologia das profissões é encontrado em Champy (2009). O autor realça a existência de algumas incompatibilidades conceptuais entre o funcionalismo e o interaccionismo, por exemplo, no que representa uma profissão. No entanto, o seu objectivo é salientar elementos de ambas as perspectivas e o modo como a sua articulação permite avanços na conceptualização das profissões. Se por um lado, considera que deve ser mantida como irredutível a natureza de determinadas actividades, dada a função que envolvem e a sua responsabilidade na vida social, por outro, argumenta que existem mecanismos alargados de defesa dos monopólios por parte de outras ocupações que não são apenas detidos pelas profissões. Simplificando, se é verdade que a natureza das funções diferencia o lugar das profissões na sociedade, ou seja, o grau de complexidade e incerteza que as suas decisões envolvem, é igualmente verdade que não se pode esperar encontrar determinadas características que, invariavelmente, diferenciem as profissões de outras ocupações. Isto porque, é imprudente ignorar os processos de conquista dos diferentes monopólios. Em suma, e na esteira do raciocínio de Abbott, Champy (*Ibid.*) considera relevante a ideia de que as profissões são configurações contingentes, mas cuja actividade pode encontrar uniformidades espaciais decorrente das suas jurisdições

profissionais serem reconhecidas por instâncias da sociedade, como o Estado ou os seus clientes.<sup>28</sup>

Num outro domínio da discussão, o contributo de Champy permite comprovar aquilo que anteriormente se disse ser o fechamento do campo das profissões sobre si mesmo. Com efeito, nesta terceira fase de síntese permanece uma construção conceptual totalmente alheada dos argumentos e dos protagonistas da esfera da teoria social. Sabendo que a ordem social, portanto, a padronização dos comportamentos sociais, é o ponto elementar do pensamento sociológico (Pires, 2007), a sociologia das profissões tem analisado as profissões nas e pelas profissões, ficando de fora a reflexão sobre os pressupostos epistemológicos de se adoptar um posicionamento funcionalista, interaccionista ou de síntese entre esses dois contributos.

Este é, contudo, um alheamento puramente discursivo, dado que adoptar uma perspectiva funcionalista e/ou interaccionista implica sempre uma opção sobre o entendimento que se confere à estrutura e à acção social. Por exemplo, em que medida é possível separar no pensamento de Parsons o seu entendimento essencialista das profissões (1966) do modo como concebe a teoria dos sistemas sociais (1951)?

O argumento que se apresenta é que este fechamento das profissões pelas profissões, comprovado, desde logo, pelas questões fundamentais que se têm colocado neste campo da sociologia (cf. Rodrigues, 2002: 3, apud. p. 32), conduz àquilo que se pode designar como o predomínio de uma análise institucional. Embora não seja condição determinante, as análises de tipo institucional assumem maior dificuldade em

---

<sup>28</sup> Estes pressupostos teóricos levaram Champy a considerar quatro objectos sociológicos distintos. O primeiro e que mais interessa nesta discussão refere-se a um conjunto de profissões que, com base no conceito de *prudência* de Aristóteles, procedem mais do que outras a um raciocínio de adaptação à singularidade. É o caso de profissões como a medicina em que a complexidade inerente às suas funções faz com que a tomada de decisão revele maiores níveis de indeterminação. De algum modo, a proposta do autor acaba por constituir a base daquilo que Freidson (1994) se refere como sendo *autonomia* ou Evetts (2001) por *discricionarietà*. O poder destas profissões decorre de demonstrarem socialmente os benefícios que o seu fechamento profissional pressupõe para a qualidade do serviço prestado. O segundo objecto refere-se a actividades judiciais cujo fechamento decorre das suas funções de criação dos conteúdos legais, através dos quais um país se rege. O terceiro objecto dá conta de actividades cujas funções são assumidas pelo Estado como tendo um carácter de interesse nacional. São actividades que, contrariamente às anteriores, não se vêm protegidas por algum grau de indeterminação dos seus saberes, mas que são considerados centrais para o desenvolvimento de um país (o autor pensa no sector dos transportes). O quarto objecto sociológico diz respeito a todo o resto de actividades que não são consideradas profissão.

conceptualizar a dimensão individual da acção: ou simplesmente não a consideram por não ser essa a preocupação do seu enfoque ou, por via dos seus pressupostos teóricos, os comportamentos dos indivíduos em contexto profissional assumem uma lógica de reprodução em conformidade com as estruturas sociais que os delimitam.

No caso em particular da sociologia das profissões, esta ideia é algo evidente, independentemente de a questão ser posta em termos das estruturas ou dos processos, dado que a preocupação de base tem sido a compreensão sobre o modo como as profissões se relacionam com outras estruturas: saberes, Estado, clientes e outras profissões. Por exemplo, que elementos teóricos a sociologia das profissões oferece para explicar como, nos mesmos contextos, os profissionais numa mesma posição hierárquica na estrutura profissional podem exhibir formas de actuação diferentes ou mesmo contraditórias? Como se comprova pelas palavras de Evetts (2006b: 135):

in these ways, the normative value system of professionalism in work, and how to behave, respond and advise, is reproduced at the micro-level in individual practitioners and in the workplaces in which they work. Some of the differences in occupational socialization between occupations have been identified but the general process of shared occupational identity development via work cultures, training and experience was regarded as similar across occupations and between societies.

É certo que se pode argumentar que os processos que estão no cerne da leitura interaccionista contemplam variações internas. Sendo verdade, ver-se-á mais adiante em que sentido, esta análise processual centrada em dinâmicas institucionais mostra limitações no nível de explicação que se pretende chegar sobre os motivos da acção dos profissionais.

Deste modo, e decorrente do princípio de uniformização das práticas individuais pela pertença a uma dada socialização profissional, tanto os autores funcionalistas como os interaccionistas acabaram por ir abdicando do entendimento que os modos de existência e de reprodução das profissões, como em qualquer outro grupo social, envolve sempre algum tipo de acção dos seus membros constituintes. Isto porque, a análise das dinâmicas de configuração das profissões tem estado centrada, sobretudo, nas implicações de outras estruturas externas como aquelas que se referiram anteriormente.

O recente debate tido por Sciulli (2005) é paradigmático desta configuração das teorias no interior das profissões. Na esteira de trabalhos prévios, a questão fundamental que continua a ser equacionada e a centrar parte significativa da atenção dos protagonistas é a adequação das características invariáveis das profissões, ou seja, o tipo-ideal de profissão que permita alcançar a “*integridade definicional*” do conceito. O objectivo do

autor continua a ser superar aquilo que entende ser as indefinições sobre o profissionalismo que, na sua opinião, advêm de escolhas epistemológicas menos capazes de se abstrair das suas manifestações empíricas mais evidentes e particulares. Critica perspectivas que, segundo o seu ponto de vista, contribuem tanto para um “*relativismo tipológico*” (e.g. Siegrist, 1990), como para uma relevância pouco útil conferida à consciência sociopsicológica que os profissionais têm sobre o desempenho da sua profissão (e.g. Burrage, Jarausch e Siegrist, 1990).

Olhando para a proposta de Burrage, Jarausch e Siegrist (1990), é referido que perante a dificuldade de se teorizar as profissões, por um lado, decorrente de estas serem categorias sociais e um conceito científico e, por outro, pelo facto de co-existir um vasto leque de correntes de pensamento, deve construir-se um modelo de análise das profissões sensível às variações históricas. A finalidade é superar as limitações que os autores consideram existir nas teorizações que procuram aspectos de convergência e de unificação entre as profissões, anulando as suas diferenças e especificidades. Com recurso a definições de autores como Collins ou Kocka, consideram essencial que a profissionalização seja entendida enquanto processo social, o que implica uma dimensão institucional que inclua variações contextuais específicas no tempo e no espaço, e uma dimensão política, já que a institucionalização das profissões invariavelmente passa pela relação com o Estado.

Siegrist (1990), por sua vez, analisa a profissionalização também enquanto processo, ancorando o conceito nas suas fronteiras históricas. Segundo o autor, embora o conceito possa ser perspectivado em várias dimensões analíticas, devendo, além disso, incluir um entendimento sobre o carácter histórico das estruturas e dos processos onde se desenvolve, representa uma elevação de status cultural, social e económico, em que os profissionais desenvolvem estratégias que servem como orientações de formas de conduta específicas.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> De forma sintética, o autor enumera como dimensões analíticas do processo de profissionalização: (I) a aquisição do título académico, como forma de legitimação que o exercício profissional depende da posse de conhecimentos especializados e restringindo o acesso à profissão; (II) a existência de políticas que estruturam a divisão do trabalho e dos saberes, elevando o conhecimento profissional especializado em relação ao conhecimento leigo; (III) como meio de obtenção e conseqüente manutenção de status económico e social, por via do monopólio sobre as oportunidades e funções da profissão; (IV) como consciência colectiva e representação partilhada de interesses e estratégias.

Importa salientar que o diagnóstico que se apresenta à teorização das profissões não tem por base uma leitura redutora dos múltiplos contributos existentes, até porque este campo é marcado por um sólido e frutuoso capital científico acumulado. Aliás, como Harrison (1999: 50) afirma, não é possível propor uma perspectiva das profissões contrária àquelas que têm vindo a ser desenvolvidas, na medida em que essas são conceptualizações amplas e, por isso, passíveis de enquadrar diferentes princípios teórico-epistemológicos.

Como se disse anteriormente, trabalhos amplamente consagrados discutem a diferenciação interna nas profissões. Freidson (1985, 1986) há muito que se refere às profissões como grupos heterogéneos de indivíduos, defendendo a necessidade de evitar cair em análises redutoras das relações profissionais. Contudo, se por um lado, Freidson transcende uma interpretação globalizante e simplificadora das profissões, por outro, baseia os seus argumentos apenas em dimensões relativas à configuração do campo profissional. Na sua formulação, é a posição ocupada na estrutura profissional ou em diferentes segmentos profissionais com práticas diversas que justifica tais diferenciações internas. Ora, a crítica à natureza essencialista das profissões, ao ser construída com base em argumentos presos aos processos profissionais, acaba por não sair de uma vertente institucional, não havendo qualquer referência a pressupostos conceptuais que permitam descortinar o sentido da acção individual nesse espaço internamente diferenciado. Neste sentido, se se avança com o argumento que as profissões se constituem como espaços internamente diferenciados, cruzados por dinâmicas processuais contingentes, a proposta teórica não pode depois ignorar que esses contextos são também produzidos e reproduzidos por formas individualizadas de apropriação das possibilidades e constrangimentos existentes. Daí se ter dito que este fechamento na sociologia das profissões ocorre pelas profissões serem unicamente explicadas por dimensões próprias das profissões.

A outros contributos de relevância da corrente interaccionista amplamente citados pode-se apresentar o mesmo argumento. É o caso de Strauss (et al, 1982), em que salientaram a existência de diferentes formas de comportamento que os doentes manifestam quando a expectativa social é a sua subjugação e padronização face às prerrogativas médicas. Não obstante tratem-se de formas diversas de condução da acção, mesmo perante constrangimentos sociais, a base teórica nunca é trazida para este domínio. Trata-se de uma análise sobre interacções sociais, mas cuja explicação não teoriza o princípio de qualquer interacção social: o motivo para se fazer ou deixar de fazer.

Noutro contributo, Strauss (et al, 1963) designaram a existência de uma *ordem negociada* nos hospitais, para se referirem a complexas, informais e não previsíveis negociações entre diferentes profissões, e que tal facto se deve a interesses pessoais. Bucher e Strauss (1961), por seu lado, demonstram que, apesar de objectivos e dinâmicas explícitas estruturalmente definidas, as interações profissionais seguem outras direcções informais. Perrow (1963) alerta para a existência de *objectivos operacionais* além dos expectáveis *objectivos oficiais*. Stelling e Bucher (1972) teorizam a existência de uma *autonomia elástica* nas relações inter-profissionais.

Como se percebe, todos estes contributos conceptualizam as relações quotidianas sem verdadeiramente explicarem como é que elas são accionadas. Sabendo que a *ordem negociada* advém de relações informais, como teorizar que em diferentes momentos possam existir diferentes comportamentos não necessariamente convergentes? Por que motivo existem *objectivos operacionais* que podem divergir mais do que outros dos *objectivos oficiais*? Será sempre uniforme a discrepância entre tais objectivos? Por que é que a autonomia é elástica e o que explica, além das posições ocupadas nas estruturas, a sua extensão numas situações e retracções noutras?

Outros contributos mais recentes, ainda que teorizem sobre a existência de processos sociais ao nível “micro”, acabam por continuar a não sair da sociologia das profissões para a sua interpretação, reforçando o fechamento a que se tem dado conta. É o caso do debate sobre o profissionalismo proposto por Evetts (2003, 2006b) em resposta ao trabalho de Sciulli (2005). A autora refere a necessidade de compreender o profissionalismo em termos de uma ideologia disseminada nas mais diversas esferas da sociedade, que acaba por contaminar os discursos dos próprios profissionais. Apoiando-se no pensamento de Foucault, esta questão tende a ser conceptualizada em termos dos efeitos que os processos sociais desencadeiam como um mecanismo eficaz de criação de comportamentos.

Note-se que em momento algum se põe em causa a existência de tais processos. Pelo contrário, aquando da delimitação analítica pensada para este trabalho, será dado conta da existência de diferentes níveis supra-individuais com importantes consequências sobre a forma como a realidade social é individualmente interpretada e activada.

Portanto, percebe-se claramente que todas estas conceptualizações sobre as profissões envolvem processos que têm na sua base a dimensão da acção dos profissionais

e não apenas a existência de processos profissionais. Assim sendo, se por um lado apresentam a mais-valia de contribuir para uma análise dos processos quotidianos de trabalho – e é inegável o seu contributo a este nível –, por outro, acabam por deixar sem explicação as circunstâncias de tais processos. É como se invariavelmente ocorressem e sempre com os mesmos contornos.

Dito de outro modo, o que está em causa é a existência de modos de activação dos processos profissionais por parte dos indivíduos no desempenho das suas profissões, sendo neste sentido que se argumenta a necessidade de sair da sociologia das profissões para compreender o domínio das profissões. O âmbito de análise está sobretudo no entendimento sobre a acção social realizada em contexto profissional, e isso transcende a construção deste campo sociológico. Enquanto a teoria das profissões não descer o seu enfoque analítico, a acção dos profissionais irá continuar a ser uma “Caixa de Pandora” por abrir.

É importante ter alguma prudência na forma como se interpreta os argumentos que se têm vindo a apresentar. Não obstante num ponto posterior ser dada atenção a toda a discussão teórica que envolve a ideia de conceptualizar as profissões por intermédio da acção social, interessa por agora ir alertando para alguns dos seus princípios conceptuais norteadores. O objectivo é ir clarificando os entendimentos que se tem a este nível, mas também ir dando conta da relevância desta proposta e como se relaciona com o capital científico existente na sociologia das profissões.

De facto, o que está em causa não deve ser remetido para abordagens designadas por sociopsicológicas (e.g. Burrage, Jarusch e Siegrist, 1990). Não se está, por isso, a equacionar a construção do profissionalismo por intermédio das crenças dos profissionais. Aliás, não é de todo a construção genérica do profissionalismo que interessa neste trabalho, dado que em termos empíricos a discussão está centrada no caso específico do exercício da profissão médica em contexto hospitalar. Por este motivo, não importa particularmente perceber se a evolução da profissionalização ocorre primeiro pela sua institucionalização externa, ou enquanto ideologia entre profissionais que partilham aspirações e lealdades. Sabendo que a existência de tais ideologias é inequívoca no espaço médico, sendo uma

profissão paradigmática em termos do seu fechamento (saberes, protecção e lealdade)<sup>30</sup>, este trabalho procura desenvolver uma perspectiva teórica tendo como unidade analítica as acções dos profissionais médicos nos seus contextos organizacionais.

Ainda assim, é de referir que não se partilha a crítica de Sciulli (2005) aos contributos de Burrage, Jarausch e Siegrist (1990), dado que não parece que nessa abordagem esteja em causa a redução de um modelo de profissionalismo aos processos cognitivos. Estes apenas são incluídos em relação a dimensões institucionais e políticas, o que até se reveste de utilidade quando se procede a uma discussão das profissões como aquela que se propõe fazer neste trabalho. As relações inter-profissionais definem-se em relação a espaços de acção – jurisdições, utilizando a terminologia de Abbott (1988) –, pelo que a alteração desses espaços desencadeia necessariamente um conjunto de reacções, umas mais esperadas que outras.

Considerar aquilo que Burrage e seus colegas designam por ideologia permite conceptualizar a uniformidade e a consistência de objectivos partilhados entre os profissionais, bem como o conhecimento privilegiado que os profissionais têm da sua própria profissão. Uniformidade que é transmitida pela socialização profissional, sem significar uma redução de práticas individuais. Conhecimento que não respeita apenas o conhecimento técnico e/ou científico transmitido formalmente, mas também os conhecimentos informais que caracterizam a vida organizacional e que são impossíveis de desprezar.

Como pertinentemente os autores mencionam, estas duas dimensões – a proximidade inter-pares e o conhecimento fechado dentro da profissão – constituem formas de poder. Qualquer intervenção externa da profissão à sua jurisdição profissional, especificamente as alterações definidas no plano político, necessita da negociação com os elementos internos da profissão, para que possam ser aceites e efectivamente aplicadas.

---

<sup>30</sup> Se na medicina a ideologia surge antes da sua institucionalização por parte do Estado, as restantes ocupações profissionais que se estabeleceram após essa apresentam a dinâmica precisamente inversa, isto é, a ideologia emerge após a sua institucionalização delimitada pelo Estado como por outras profissões responsáveis pela divisão social do trabalho (Wilensky, 1964).



Esta negociação tende a ser tanto mais necessária quanto maior for o grau de discricionariedade detido.<sup>31</sup>

Note-se que a opção neste trabalho não é fechar a conceptualização das profissões aos processos cognitivos, o que implicaria a anulação teórica da vertente estrutural das profissões pela sua vertente subjectiva, como se vê, por exemplo, em Forbes e Hallier (2006). Os autores discutem as variações intra-profissionais dos médicos no plano individual, socorrendo-se da ancoragem psicológica das identidades sociais através de Tajfel, pouco útil e demasiadamente incompleto para o nível de problematização sociológica que aqui se pretende, apresentando-se fortemente armadilhada por evidências empíricas mais imediatas.

Conceber, por outro lado, a análise de processos relacionais ignorando as práticas sociais que os reproduzem ou alteram seria legitimar uma compartimentação dos sujeitos ignorando as suas múltiplas influências, além de desconsiderar a relação existente entre os processos sociais e modo como esses processos são interpretados e alvo de apropriação por parte dos seus intervenientes.

Veja-se este argumento em alguns dos contributos incontornáveis na sociologia das profissões. Allsop e Mulcahy (1998) propõem analisar as identidades profissionais dos médicos através da relação com os utentes dos serviços, concluindo que, contrariamente ao que sugerem autores por eles considerados como pós-modernistas (e.g. Giddens, Weeks e Cohen), a identidade profissional tende a ser dominante em relação às restantes identidades. Apesar de este se apresentar como um interessante contributo ao nível da reconstrução identitária na medicina, parece reificar as identidades, como se fosse possível dissociar, a não ser no plano analítico, a identidade profissional da identidade social. Analisar a identidade profissional de modo independente em relação a outros processos identitários anteriores ou mesmo concomitantes, contribui para que não se consiga promover um debate sobre as variações internas às profissões, já que se valoriza aquilo que diferencia e especifica as profissões entre si.

---

<sup>31</sup> Evetts (2001) aponta para a necessidade de distinção entre os conceitos *autonomia* e *discricionariedade* referidos por Freidson, considerando que o segundo traduz de um modo mais completo e complexo o significado da decisão individual no exercício profissional. Deste ponto de vista, por *discricionariedade* entende a capacidade individual de tomada de decisão tendo em vista o respeito por interesses do próprio profissional e dos clientes, tendo por base cálculos e avaliações de constrangimentos organizacionais, económicos, sociais, políticos e burocráticos.

Num contributo mais inicial de Evetts (1998) sobre o caso dos engenheiros é possível identificar uma preocupação teórica semelhante à que aqui se apresenta. A autora considera que a conceptualização da identidade profissional acaba por se centrar sobretudo na partilha de experiências, entendimentos e saberes especializados, bem como nos modos de concepção dos problemas e as suas possíveis soluções decorrentes de uma mesma base educacional e treino profissional. Por conseguinte, perspectivas amplamente difundidas e aceites como a análise sistémica de Abbott (1988) podem colocar algumas questões. Nessa abordagem analisa-se como as profissões se influenciam mutuamente, considerando-as como partes constituintes de um sistema social em relação de disputa pelo domínio de conhecimentos e dos seus processos de aplicação – jurisdições profissionais. Os elementos de variação intra-profissional estão contemplados, mas são sobretudo justificados através de mecanismos de diferenciação na estrutura interna da profissão (por exemplo, o grau de divisão do trabalho ou a existência de carreiras profissionais).

Ainda que Evetts (*Ibid.*), à semelhança de argumentos apresentados por DiMaggio (1989), critique o modelo de Abbott, por considerar que não dá atenção ao conteúdo do conhecimento sob disputa, a limitação que aqui interessa salientar é a assunção de que a disputa entre jurisdições profissionais apenas pode ser tida segundo uma perspectiva institucional, pressupondo que é uniformemente reconhecida entre os indivíduos inseridos numa mesma jurisdição profissional. Uma vez mais, apenas se considera a variação pela posição ocupada na estrutura interna da profissão.

Já Walby e Greenwell (1994) interpretam a relação inter-profissional, no caso concreto entre médicos e enfermeiros, através dos lugares ocupados na divisão social do trabalho, considerando como principal variável explicativa o tempo de exercício da prática profissional. De um modo semelhante, o que se aponta à sua análise é que de fora fica, uma vez mais, o elemento-chave que as disputas ou os conflitos inter-profissionais nos contextos de trabalho apenas acontecem por intermédio da percepção de que existe uma tentativa de usurpação das jurisdições profissionais institucionalizadas.

Como se percebe, colocar o problema nestes termos desloca a explicação dos lugares estruturais detidos pelos indivíduos, para o modo como os papéis profissionais associados a esses lugares são mobilizados por quem os ocupa. A diferença reside em considerar o profissionalismo não apenas como conjunto de atitudes ou estratégias próprias das profissões que detêm uma autonomia funcional e autoridade de controlo sobre outras ocupações, mas como formas individuais e hipoteticamente diferenciadas de manifestar

atitudes ou estratégias de controlo sobre uma determinada jurisdição profissional ou sobre a jurisdição profissional de outras ocupações. Estas formas individualizadas dependem do profissional, do contexto onde a actividade é desenvolvida e do lugar da profissão na divisão social do trabalho.

Considerar, como Walby e Greenwell (*Ibid.*), que a diferença no profissionalismo reside na autoridade técnica e científica decorrente da experiência profissional conduz à expectativa que todos os profissionais mais novos, por um lado, e todos os profissionais mais velhos, por outro, ajam de uma forma uniforme relativamente a outras profissões e manifestem univocamente o seu profissionalismo. É precisamente devido a este tipo de explicações que anteriormente se mencionou que, sem estar em causa o seu papel, a socialização profissional tende a ser hiper-valorizada relativamente a outras agências de socialização anteriores e paralelas a essa, além de desconsiderar formas individualizadas de compreensão dos comportamentos profissionais, quer de cooperação, quer de conflito.

Como já se deu conta, procede-se a uma análise sobre os processos relacionais entre profissões, num contexto de intervenção política sobre os contornos das respectivas jurisdições profissionais, centrando como ponto analítico fundamental o facto de os comportamentos dos profissionais derivarem de objectivações individuais interiorizadas da realidade social. Por esta via, considera-se mais pertinente conceber as profissões enquanto formações sociais de partilha de características situacionais, onde reside um sentimento identitário de pertença, de valores e de atitudes comuns, além de disposições que impelem para um comportamento semelhante (Kocka, 1990), mas sem que isso se traduza num pendor excessivamente estruturalista sobre a acção. A reprodução como a mudança nos comportamentos é mediada por processos localizados nos próprios indivíduos.

Recordando um outro aspecto já veiculado, este argumento não põe em causa a pertinência de um olhar institucional sobre as profissões, compreendendo as determinantes sociais, políticas e económicas na sua configuração. Também ao nível da reflexão realizada em Portugal, não se põe em causa a pertinência do capital teórico acumulado neste domínio, principalmente dedicado aos modelos normativos de acção decorrentes da posse de determinados saberes profissionais, e no modo como essa normatividade tem por base um conflito entre as posições ocupadas numa divisão social do trabalho (Carapinheiro,

2006: 148).<sup>32</sup> No entanto, parece redutor continuar a construir a sociologia das profissões como um campo sociológico que é, ignorando os princípios elementares da sociologia. Reitera-se que a questão fundamental aqui presente é que não há qualquer vantagem em dissociar o debate das profissões da influência da estrutura e do papel conferido à acção.

Na medida em que a relação entre estrutura e acção é incontornável em qualquer posicionamento teórico, nas abordagens sobre as profissões terá de ser compreendida a premissa teórica: confere-se um maior pendor para a estrutura, para a acção, ou então propõe-se um equilíbrio analítico, e note-se que esse equilíbrio não é mais do que analítico, entre a estrutura e a acção.

Como se irá perceber no decorrer deste trabalho, o equacionar desta questão decorreu do enfoque metodológico escolhido. Tendo-se privilegiado estratégias de natureza qualitativa-intensiva, tornou-se mais saliente o problema que as abordagens institucionalistas das profissões podem encerrar, isto é, interpretações que mais facilmente caem em leituras reificantes da realidade social. Ainda assim, esta necessidade não se opera apenas em níveis analíticos centrados nos indivíduos ou em grupos de indivíduos. Considerar, por exemplo, a institucionalização de saberes e no modo como disciplinam os

---

<sup>32</sup> Além dos modelos normativos de acção, Carapinheiro refere como outros aspectos analisados as formas negociadas de acção decorrentes da importância que as relações de comunicação informais e a estrutura social informal representam para o funcionamento hospitalar.

corpos (Foucault, 1975) representa um óbvio pendor teórico para o peso da estrutura sobre a acção.<sup>33</sup>

Pensando na ordem social, a valorização da estrutura sobre a acção significa considerar a pertença profissional como um dado de comum valor entre os indivíduos, estruturando de forma relativamente homogénea os comportamentos e os modos de entendimento da realidade social. Consequentemente, não se problematiza com a importância que se considera devida o facto de os indivíduos terem consciência de si e do espaço social envolvente, isto é, uma compreensão sociológica sobre as capacidades cognitivas associadas à interiorização de estruturas sociais.

Sistematizando então os pontos fundamentais desta análise relativamente à construção conceptual da sociologia das profissões, salientou-se uma tendencial desconexão entre a reflexão macrosociológica e este campo da sociologia – uma vez mais importa dizer que se tratam de omissões discursivas decorrentes da forma como as questões no interior da sociologia das profissões foram sendo colocadas. A pertença à profissão tende a ser assumida como estruturante e diferenciadora de grupos de indivíduos, valorizando-se aquilo que constituem as práticas e representações resultantes de uma

---

<sup>33</sup> Ainda que não se pretenda aprofundar este debate, não é consensual o modo como os contributos de Foucault são interpretados. Autores como Armstrong (1995) ou Williams e Calnan (1996) dão conta de perspectivas crescentes que rejeitam a noção de *corpos dóceis* por *corpos reflexivos*, numa clara alusão aos problemas conceptuais inerentes ao macro-estruturalismo de Foucault. Noutra dimensão dos contributos de Foucault, Reed (1993) também considera que o modelo da vigilância e do controlo modernista desse autor esconde e determina processos intra-organizacionais, propondo em alternativa uma análise que faça sobressair as relações entre a agência e a estrutura. Crozier e Friedberg (1977) criticam Foucault por considerarem que o poder terá que ser conceptualizado não como uma estrutura de autoridade ou como um atributo que se adquire como qualquer outro meio de produção, mas como o produto de uma relação mantida, mobilizada e controlada numa estrutura de um determinado jogo. Quer isto dizer que o poder advém do próprio jogo, onde se definem os espaços de acção permitidos, mas que são mobilizados por diferentes objectivos por parte dos indivíduos quando desempenham esse jogo. Por outro lado, existem outras perspectivas (e.g. Tobias, 2005: 66) que dão conta que, embora o pensamento de Foucault esteja associado aos constrangimentos da acção, principalmente por via dos seus textos mais recentes, o autor é um filósofo da liberdade. Evetts (2003: 406) também refere que o conceito de disciplina em Foucault tem mais uma dimensão internalizada e proactiva do que externa e reactiva.

semelhante socialização profissional (i.e. um conjunto de conhecimentos formais adquiridos desde a frequência do ensino e que se estende às experiências de trabalho).<sup>34</sup>

Do ponto de vista teórico, o aspecto que é questionado é o pressuposto de que a socialização profissional possa ser conceptualizada como independente de outras fontes de socialização prévias e paralelas a essa. Um olhar dessa natureza facilmente incorre num posicionamento analítico pouco sensível em relação àquilo que o indivíduo foi antes de ser trabalhador e aquilo que o indivíduo é enquanto trabalhador, ou seja, uma análise compartimentada dos sujeitos, como se as suas práticas profissionais e as suas representações sobre o exercício dessa profissão fossem estanques quanto a influências sociais passadas e simultâneas à vida profissional.

Acabam por se demarcar fronteiras com esse tipo de abordagens, principalmente pela forma como os comportamentos individuais são interpretados. Enquanto para essas abordagens o papel dos profissionais depende do ambiente institucional onde essa actividade é desenvolvida, na formulação que aqui se apresenta o papel dos profissionais permanece como variável dependente, mas não só de configurações institucionais concretas, como também do modo como os próprios profissionais interiorizam e percebem reflexivamente a sua actividade, o que remete para o domínio das suas representações e dos seus interesses. Procura-se, assim, superar uma posição analítica que penda tanto para um estruturalismo da acção individual, como para um não reconhecimento da existência de quadros sociais objectivos que balizam os horizontes dos sujeitos sociais. Por outras palavras, complexifica-se a ideia de racionalidades profissionais por intermédio da reflexividade individual. Não se trata de anular a existência de racionalidades decorrentes do exercício de determinada actividade, mas antes compreender que a acção individual em contexto profissional decorre de uma combinação não linear entre racionalidades constituídas no quotidiano profissional, interesses presentes e futuros e trajectórias de vida.

Importa considerar, em todo o caso, que argumentar sobre o fechamento tendencial da sociologia das profissões sobre o seu objecto empírico não invalida a existência de perspectivas recentes que alertem precisamente para a necessidade de compreensão do

---

<sup>34</sup> Sobre o papel da socialização escolar no caso dos médicos destaca-se os contributos clássicos de Merton (1957) ou Becker (et al, 1961), mais tarde repensados por autores como Baszanger (1983) que se centram na experiência quotidiana da prática médica como principal elemento produtor da socialização profissional.

modo como os indivíduos fazem uso dos seus papéis profissionais. Por exemplo, Harrison (1999) contraria a ideia de formas fixas e previsíveis de apropriação do exercício profissional da medicina por considerar que estas envolvem espaços de liberdade intrínsecos. Argumenta que perante ameaças externas percebidas é possível encontrar uma padronização de discursos, mas que esse nível mais imediato não capta que no quotidiano as demarcações de campos acabam por se relativizar.

De modo semelhante, Causer e Exworthy (1999) discutem que as dinâmicas no relacionamento profissional entre profissões e gestão devem ir além da mera dicotomia. Neste sentido, propõem uma tipologia capaz de captar diferenças associadas ao facto de os indivíduos na mesma posição formal interpretarem e, por conseguinte, desempenharem os seus papéis de diferentes formas em função do percurso profissional.<sup>35</sup>

Doolin (2002), por seu lado, comprova que os discursos macrosociais em torno dos benefícios da gestão e dos seus mecanismos de actuação influenciam, em graus variáveis, a subjectividade dos médicos e a forma como constroem a sua identidade profissional. Considera, por isso, necessário compreender a influência que a interpretação individual representa nos resultados da acção, identificando a possibilidade de aceitação, de resistência ou mesmo de compromisso dos médicos face à introdução de mecanismos de gestão nos hospitais.

Associado a isso, um texto mais recente de Evetts (2006a) examina o modo como o profissionalismo tem vindo a assumir diferentes significados na teorização sobre as

---

<sup>35</sup> Em breves traços, Causer e Exworthy apresentam como elementos da sua tipologia, em primeiro lugar, os *profissionais-actantes*, cujas responsabilidades se relacionam com o exercício da actividade profissional quotidiana. Esta categoria subdivide-se nos *actantes puros*, que não detêm qualquer responsabilidade de supervisão e os *actantes quasi-gestores*, que embora não tenham a designação formal de gestores, incluem nas suas responsabilidades a supervisão de actividades. Em segundo lugar, os *profissionais-gestores*, cujas responsabilidades incluem a gestão do trabalho dos outros profissionais e dos recursos. Esta segunda categoria também se subdivide, neste caso entre os *profissionais-gestores actantes* e os *profissionais-gestores não actantes*: os primeiros mantêm a par com a sua actividade de gestão alguma da sua prática profissional, enquanto os segundos se dedicam em exclusivo à gestão dos profissionais e dos recursos. A terceira e última categoria é designada por *gestores-gerais*, os quais assumem a responsabilidade máxima sobre a gestão dos empregados profissionais, não se ligando à gestão corrente da actividade. Também esta categoria é desdobrada entre os *gestores-gerais com influência profissional* e os *gestores-gerais sem influência profissional*, caso os gestores tenham tido ou não um percurso profissional prévio.

profissões.<sup>36</sup> Embora a autora se baseie em Foucault, o que se traduz numa análise sobre o modo como os discursos se institucionalizam e normativizam os comportamentos, considera necessário compreender os discursos dos profissionais dado que através deles se torna possível compreender como, individualmente, a profissão é aceite, incorporada e instrumentalizada pelo indivíduo no exercício da actividade profissional.

Noutra perspectiva, Kirkpatrick (et al, 2007), analisam as possibilidades de variação das estratégias profissionais em diferentes países europeus. O seu objectivo é demonstrar que o profissionalismo depende das configurações que as profissões assumem em contextos sociais e políticos distintos. Apoiados em Abbott, os autores exploram a sua ideia por via da acção estratégica dos grupos profissionais. Embora o enfoque analítico esteja ancorado na vertente institucional das profissões, considerando a acção colectiva dos profissionais – entendida como agência profissional –, este contributo constitui uma verdadeira aproximação à interpretação sobre a acção profissional que aqui se tenta legitimar, ainda que não problematize a agência individual. Aliás, é referido pelos autores que a ideia de projectos colectivos e identidades partilhadas não negam aquilo que é designado por uma solidariedade fragmentada.

Importa ainda salientar outros dois contributos recentes que, embora não teorizem as implicações epistemológicas das suas posições com o rigor considerado merecido e necessário, revestem-se de grande utilidade para a discussão teórica e apreciação empírica que se apresenta neste trabalho. Timmermans (2008) destaca a necessidade de uma abordagem sobre as profissões por via da ligação dos níveis micro e macro. A premissa é que, se por um lado, a posição das profissões no nível macro condiciona o comportamento dos profissionais, por outro, o comportamento nos contextos de trabalho acaba por influenciar o posicionamento macro das profissões. A ideia teórica fundamental é que o conhecimento das relações inter-profissionais exige considerar as posições estruturais que as profissões ocupam num dado contexto espacial e temporal, que delimitam os espaços de acção dos profissionais, sem deixar de conferir um dinamismo a essas estruturas, precisamente por via da acção dos profissionais, os quais, em última análise, podem reconfigurar as jurisdições profissionais. Timmermans parte da noção de espaço protegido

---

<sup>36</sup> Como se viu, o seu entendimento varia entre o altruísmo para a perspectiva funcionalista, controlo e fechamento social para autores interaccionistas e uma posição intermédia, em que representa formas específicas de controlo do trabalho com vantagens e desvantagens para autores como Freidson.



no mercado que cada profissão possui – “market shelter” ideia introduzida por Freidson (1994) – para explicar os comportamentos dos profissionais, sobretudo com outras profissões que procuram competir sobre as mesmas jurisdições.

Já Currie, Finn e Marin (2009) discutem as consequências das políticas de modernização no National Health Service para a organização interna da profissão médica, nomeadamente entre as jurisdições entre os clínicos gerais (“General Practitioners”) e os clínicos gerais com interesse especializado (“General Practitioners with Specialist Interest”). Do ponto de vista teórico, legitima-se a necessidade de uma abordagem das profissões sob um nível micro, dado considerar-se existir lacunas na conceptualização da forma como as identidades profissionais são afectadas por mudanças políticas no sistema das profissões inglesas. O enfoque reside na discussão sobre as renegociações constantes que se estabelecem entre as fronteiras inter-profissionais, bem como entre estas e as fronteiras intra-profissionais. Atendendo-se às suas palavras:

The challenge facing the GPSI [General Practitioner with Specialist Interest] initiative however is not only an inter-professional one, but an intra-professional one. As case studies illustrate, there were different views among GPSI themselves as to how the role should be developed, and whether expanding their remit through either diversification into a new niche or substitution resulted in gains or losses for GPs. (Id., Ibid.: 277)

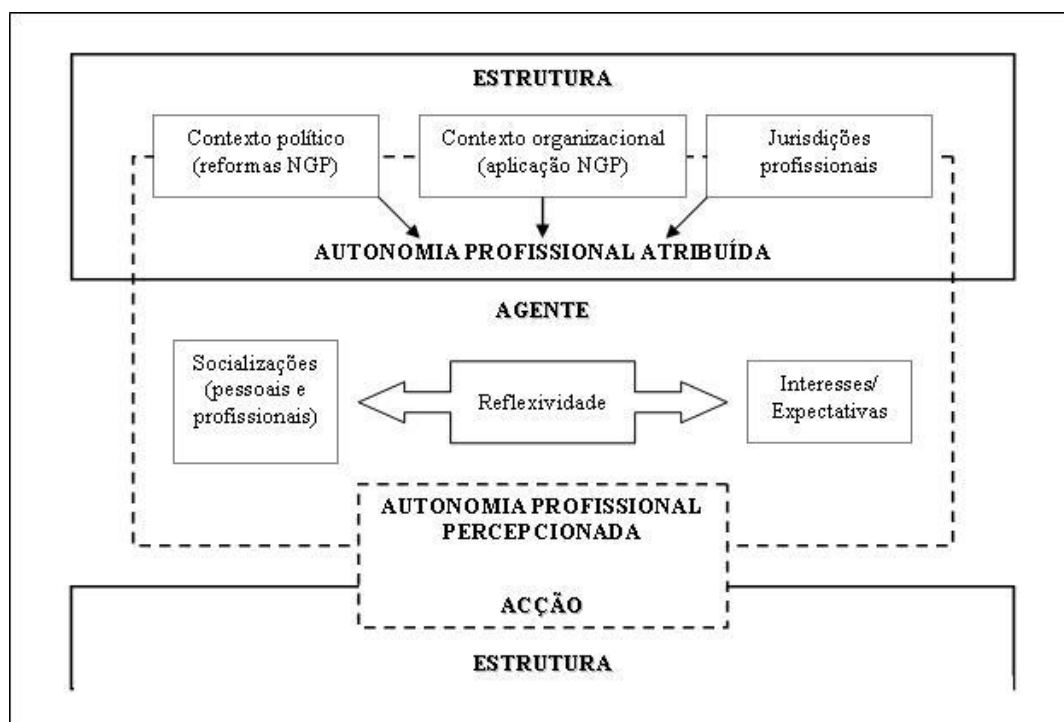
Por conseguinte, confirma-se a ideia de que considerar as fronteiras das jurisdições profissionais como mutáveis relaciona-se não só com mudanças institucionais nas profissões mas, também, com filtragens operadas pela agência humana sobre essas mudanças. Entende-se que as relações inter-profissionais constituem processos em si, envolvendo valores culturais específicos partilhados e regras disseminadas e reconhecidas entre os indivíduos, ou seja, uma existência institucional, em convergência com o pensamento de Foucault. Contudo, a correcta compreensão destes processos exige uma verdadeira articulação micro-macro. Quando se afirma que esta articulação deve ser verdadeira, estão em causa as abordagens que interpretam os comportamentos individuais como reflexo de estruturas supostamente externas e independentes aos indivíduos. Embora estruturantes, as pertenças profissionais não negam espaços de acção de abrangência variável, pelo que o relacionamento inter-profissional deve contrariar a noção uniformizadora e apenas constrangedora da acção, como se fosse possível assumi-la segundo uma mera reprodução de estruturas sociais.

Em suma, estes últimos exemplos de abordagens permitem comprovar uma certa atenção que começa a ser dada ao nível individual. De acordo com os argumentos expostos, os vários contributos mencionados constituem diferentes abordagens de grande utilidade para a forma como se pretende trazer os conceitos fundamentais da teoria sociológica para o domínio da sociologia das profissões. Ainda assim, percebe-se que estas são, no entanto, perspectivas ainda recentes e não disseminadas, além de carecerem de uma fundamentação teórica que efectivamente reflecta sobre os processos conceptuais envolvidos quando se opta por uma perspectiva sistémica de articulação macro-micro analiticamente centrada no indivíduo e não nas instituições. É a esta discussão que se irá proceder no ponto seguinte, deixando-se explícito como pode a sociologia compreender a objectivação individual das estruturas profissionais. Deste modo, o aspecto fundamental considerado é o sentido que se confere à acção no interior de grupos relativamente homogéneos. Trata-se de uma efectiva preocupação de conexão de diferentes níveis analíticos em que se reflecte sobre a articulação de mecanismos responsáveis pela reprodução dos comportamentos e a liberdade individual de acção, ou seja, capacidade de introdução de mudanças nas estruturas sociais.

## 5. UMA ABORDAGEM DAS PROFISSÕES PELA ACÇÃO REFLEXIVA

Tendo em conta o que se disse sobre o posicionamento em relação ao capital teórico característico na sociologia das profissões, são tomadas opções conceptuais sobre a estrutura e a acção que abrem a teorização das profissões a outros domínios conceptuais. A preocupação é evitar cair em qualquer tipo de reificação dos comportamentos individuais: nem os médicos discordam necessariamente dos gestores apenas por serem médicos, nem os gestores procuram constranger a actividade médica apenas pelo que o poder médico representa face ao controlo administrativo. Estas são relações de uma natureza bem mais complexa e, por isso, dificilmente compreendidas por qualquer perspectiva de pendor institucional dado que a sua base ancora naquilo que é a contingencialidade individual. Como Lahire (2005) refere, a sociologia não pode procurar na complexidade do real modos puros de agir e de ver por parte dos indivíduos, supostamente garantidos pela partilha de semelhantes condições objectivas e relacionais.

Figura 2.1. – Modelo analítico da acção profissional



Partindo de uma leitura sistémica centrada no nível individual (cf. Crozier e Friedberg, 1977), conceptualiza-se o indivíduo como *agente*. Isto significa que se entende o desempenho dos papéis sociais num dado contexto como uma síntese constituída por

regras associadas ao desempenho desses papéis, por interesses pessoais, por influências passadas e por percepções que os agentes detêm sobre si, como também têm sobre os papéis desempenhados e sobre os agentes com quem se relacionam.<sup>37</sup>

Em termos analíticos, deixa-se o curso da acção em aberto, não inclinando à partida para o estruturalismo da acção individual, mas não deixando de reconhecer a existência de estruturas sociais externas e anteriores que limitam os horizontes das possibilidades individuais. Afinal, a capacidade de introdução de mudanças nas estruturas sociais não é uniformemente distribuída no espaço social. Depende dos lugares ocupados e dos tipos de recursos detidos (Crozier e Friedberg 1977; Mouzelis 1991; Elias; 1993; Boudon e Bourricaud, 2004).

Contudo, ter o poder para incidir sobre a estrutura não significa que se queira fazê-lo. Por isso, contextos de reprodução social não traduzem a ausência ou erradicação da individualidade. A reprodução social é compatível com a existência de processos cognitivos avaliativos em relação às estruturas (“é melhor eu não mudar”), daí o argumento sobre a necessidade de conhecer os sentidos que são individualmente atribuídos à acção. A mudança, além de depender dos lugares sociais ocupados, depende de como a *agência* interpreta esses lugares e os objectivos associados ao desempenho desses papéis sociais. Por outras palavras: dota-se o *agente* de inteligibilidade (Pires, 2000).

---

<sup>37</sup> O debate actual na teoria sociológica sobre a designação *actor* e *agente* é muito sensível, por envolver entendimentos conceptuais distintos. Segundo Pires (2007: 38), a *agência* respeita “*o indivíduo socialmente constituído, na totalidade das suas determinações*”, pelo que “*o desempenho dos papéis é condicionado não só pelos sistemas de regras que os especificam como também pelas intersecções presentes e passadas (...) de diferentes tipos de papéis, bem como pelas posições sociais ocupadas pelos agentes, as quais condicionam as possibilidades diferenciais de exercício daqueles papéis.*” A opção pela *agência* afigura-se determinante para perceber a reflexividade, sendo este um ponto de diferença em relação à noção de *actor* veiculada por Crozier e Friedberg (1977). Tendo em mente o óbvio desfasamento temporal em relação ao contributo desses autores, a sua importante teorização de conexão macro-micro através da acção estratégica ocorrida no interior de sistemas de acção concretos faz-se considerando, sobretudo, os mecanismos presentes que, tanto constroem, como expandem as possibilidades de acção dos *actores*. De facto, e embora se tenha visto logo no início deste trabalho – nota de rodapé 15 – que Crozier e Friedberg argumentam que a estratégia é compatível com a não consciência, o que permite considerar uma dimensão passada de aprendizagens que se rotinizam (tornam-se “naturais” ou “normais” e por isso não conscientes), além das regras presentes, a sua teorização está muito mais centrada na contingencialidade das relações presentes do que na sua articulação sistemática com a construção reflexiva do *self*.

Um aspecto fundamental nesta ideia é que não está a ser posta em causa a existência de padrões de comportamento resultantes de pressões estruturais externas, nem tão pouco se está a remeter a acção individual a uma mera componente individualista. Como se pode observar na esquematização apresentada, segue-se o princípio do dualismo da estrutura (Archer, 1995), onde se definem, prévia e externamente, os espaços de acção permitidos que, por via da comunicação e interacção, se ligam com quem os perpetua.<sup>38</sup>

Não esquecendo que um dos pressupostos teóricos centrais deste trabalho relaciona-se com o não fechamento dos campos científicos nos seus objectos empíricos, há no entanto que considerar um conjunto mais específico de dimensões estruturais que, conceptualmente, se afiguram como mais pertinentes para a análise da acção profissional. É sob dois mecanismos que se garante esse não fechamento dos comportamentos em contexto profissional nas profissões: por um lado, a própria natureza das dimensões estruturais consideradas que, como se irá discutir, envolvem processos específicos à vida profissional e outros de natureza política mais alargada; por outro lado, a inclusão das socializações pessoais (além das profissionais) na base da construção da reflexividade, dando conta de processos sociais mais amplos, prévios e paralelos às influências próprias dos processos de trabalho.

Dito isto, o sistema concreto de acção em discussão é definido por três níveis estruturais distintos: um macrossistema de influência supranacional, onde emergem ideologias sobre o significado da actividade pública e, conseqüentemente, sobre a função da NGP; um nível organizacional onde essa ideologia se materializa em orientações e regras, dependendo das contingências próprias de cada organização, mas também de outros sistemas nacionais, como o sistema político e financeiro;<sup>39</sup> e, um nível das jurisdições profissionais, isto é, os espaços de acção e de responsabilidade de cada profissão.<sup>40</sup> Autores

---

<sup>38</sup> O princípio do dualismo da estrutura baseia-se na relação causal entre estrutura e acção, contrariando a ligação recursiva pressuposta pela dualidade da estrutura (Giddens, 1984, 2000a). Archer analisa as estruturas existentes previamente à acção, delimitando os espaços em que ocorrem as interacções sociais, de acordo com a perspectiva realista. Nesta, o estatuto ontológico do mundo social difere do mundo natural, em primeiro lugar, porque as estruturas sociais apenas existem com as acções que elas estruturam, em segundo lugar, porque as estruturas sociais existem em função do entendimento que os indivíduos têm sobre elas, e em terceiro lugar porque as estruturas sociais não são imutáveis (Bhaskar, 1979).

<sup>39</sup> Aqui contempla-se, por exemplo, a noção de *contexto* discutida por Caria (2005).

<sup>40</sup> De fora desta delimitação analítica ficaram os lugares ocupados na estrutura interna das profissões. Não é que se desconsidere a sua relevância nas relações profissionais em contexto

como Freidson (1994, 2001), ou mais recentemente Champy (2009), referem que estes espaços detidos pelas profissões podem advir de dois processos: tanto como o resultado de atribuições sociais externas à profissão, devido à função social que desempenha, como dos processos corporativos de fechamento e de conquista.<sup>41</sup>

Pensando no caso concreto dos espaços de acção da profissão médica, Schraiber (2008) considera necessário incluir não só a dimensão do *saber*, como também a dimensão do *trabalho*. Sem contestar o papel do *saber* como elemento estruturador e diferenciador da medicina enquanto profissão, é hoje impossível ignorar as estruturas próprias do mundo do *trabalho* para compreender (e.g. organização social da produção dos serviços assistenciais e o mercado profissional). O desempenho de uma profissão, como qualquer outro trabalho assalariado, isto é, uma actividade remunerada dependente de uma entidade empregadora, envolve processos de sujeição e de aceitação às suas regras constituintes. A sujeição garante a previsibilidade, imprescindível a qualquer organização complexa de tipo burocrático (cf. Weber, 1983). A aceitação, por sua vez, prende-se com a necessidade financeira, social e mesmo emocional que os indivíduos no contexto das sociedades capitalistas modernas têm de desempenhar uma profissão, ou seja, a vontade de se sujeitarem a essas regras. Existem assim contextos mais específicos à profissão e outros

---

hospitalar. Aliás, essa dimensão será convocada nos capítulos referentes aos processos empíricos analisados, sobretudo quando se trata da influência exercida pelos directores de serviço. A sua não inclusão neste ponto de reflexão prendeu-se com a necessidade de garantir um espaço de abertura àquilo que habitualmente é tomado como a principal variável explicativa dos comportamentos individuais. A questão pode ter pertinência para outros contextos que não envolvam a profissão médica, contudo, o resultado das análises empíricas demonstrou que os lugares da estrutura da carreira médica (especialista, especialista graduado e chefe de serviço) acabam por não ser a variável fundamental na estruturação das dinâmicas hospitalar. A entrada na profissão (após realizado o exame de especialidade de inscrição na Ordem) e a discricionariedade envolvida nesse acesso garante por si só espaços alargados de autonomia a estes profissionais. Por isso, a questão não deve ser posta em termos do lugar formal ocupado, pois, sobretudo, na relação com outras profissões, o estatuto mobilizado é o da profissão e não o da categoria profissional. Neste sentido, e como argumentado anteriormente, mais do que fazer depender os comportamentos do lugar ocupado, a explicação das acções reside dos processos apresentados na esquematização.

<sup>41</sup> Tema amplamente discutido no ponto 4.

mais amplos decorrentes dos processos sociais nos quais as profissões ocupam um determinado espaço e função, cada um com as suas estruturas e regras específicas.<sup>42</sup>

Olhando especificamente para as regras que estruturam a actividade profissional, não se circunscrevem a uma única fonte ou natureza. Podem ser definidas pela entidade empregadora (regras organizacionais), como por uma chefia em particular (regras de um serviço/departamento), pela própria profissão (código deontológico), ou mesmo regras sociais de convivência e respeito institucional. Todas elas podem assumir um carácter formal ou informal, dependendo do curso das interacções sociais concretas.

Um outro argumento facilmente compreensível é que quanto menor for a vertente liberal da profissão mais intensa se torna a sujeição a regras e mais se sente a estruturação exercida por diferentes intervenientes. Pelo contrário, quanto maior for a componente liberal do trabalho maior é a fuga a um tipo de controlo mais directo por parte da organização onde se desempenha a actividade. Neste sentido, a pertença a uma qualquer profissão (incluindo a medicina, mesmo com a sua dupla condição tecnológica e liberal, isto é, assalariada e privada), compreende a aceitação e sujeição a uma ordem social composta por todo um conjunto de regras transversais à sociedade; outras de natureza específica à profissão; e ainda outras decorrentes da organização onde se trabalha. A questão é que o sistema de regras sociais que organiza e coordena as interacções profissionais é de natureza mais ou menos intensa, tácita, informal, como também

---

<sup>42</sup> É também neste sentido que se pode compreender o trabalho de Carapinheiro (1993) sobre a análise da profissão médica em contexto hospitalar. A autora convoca a dimensão do poder médico decorrente dos saberes socialmente produzidos em contextos específicos de interacção com outros saberes profissionais e leigos.

sancionadora (Giddens, 1984; Burns e Flam, 2000), não havendo forma de procurar modos únicos de agir perante as estruturas organizacionais.<sup>43</sup>

Aplicando esta mesma base dos sistemas abertos às próprias relações intra-profissionais, deve-se conceptualizar a possibilidade de divergência e contradição da acção mesmo no interior de campos profissionais relativamente estáveis e homogéneos. Para Crozier e Friedberg (1977), o elemento aglutinador capaz de perpetuar um sistema desta natureza, ou seja, de tendencial estabilidade mesmo sem mecanismos internos de controlo e de dominação suficientemente formalizados para assegurar a reprodução das regras definidoras das profissões, é a partilha de uma dimensão ética individualmente reconhecida. Por outras palavras, trata-se da solidariedade social que Durkheim (1977) refere existir com a divisão do trabalho.

Posto isto, as profissões podem ser claramente assumidas como instituições (Burns e Flam, 2000), por respeitarem tais sistemas de regras sociais próprias não necessariamente extensíveis a outras profissões: por exemplo, aquilo que Freidson (1970) designa por “*mentalidade clínica*” como sendo todo um conjunto de regras e racionalidades específicas à medicina. Em cada um desses sistemas sociais existem relações, regras e comportamentos esperados, portanto, lógicas que organizam e coordenam as interacções

---

<sup>43</sup> Nas leituras efectuadas de aprofundamento a esta discussão ficou-se com a noção que parte do pensamento de Giddens, sobretudo em *The Constitution of Society* (1984), acaba por ser relegada para um plano algo periférico na reflexão em torno da teoria sociológica em Portugal. Talvez se possa justificar com a centralidade que o raciocínio de Pierre Bourdieu assume. Em todo o caso, num ponto mais adiante discute-se as possibilidades de articulação entre as formulações destes dois autores, sobretudo na ideia que o *habitus* e a reflexividade não respeitam necessariamente diferentes entendimentos epistemológicos sobre a acção e estrutura. Deste modo, embora Bourdieu tenha adquirido uma enorme centralidade nas teorias sociológicas contemporâneas, os contributos de Giddens sobre os processos constituintes da acção não devem ser menosprezados. Como se pode observar na perspectiva dos sistemas de regras sociais de Burns e Flam (2000), apesar de os autores identificarem alguns contrastes com a perspectiva de Giddens, destacam a pertinência de algumas das suas premissas: “*o quadro teórico partilha várias características das contribuições metateóricas e ontológicas de Giddens (1976, 1984): o conceito de agentes conhecedores, o seu empenho activo em processos normativos e na reprodução e transformação da estrutura social, a dualidade da estrutura, a natureza recursiva da actividade humana, as consequências não pretendidas da actividade humana, entre outras.*” (p. 329)



entre os agentes sociais, mesmo sem uma existência formal e comum entre os membros pertencentes a esse sistema.<sup>44</sup>

Contudo, e como já foi sendo afirmado, não é somente pela componente estrutural que se analisam as profissões, considerando também a componente da acção. Atendendo às palavras de Schraiber (2008), o trabalho quotidiano ao inserir-se nas configurações mais gerais do mundo do trabalho, não deixa de ter uma existência singularizada. Está em causa um processo que resulta da ligação entre os intervenientes de diferentes estruturas, cada uma delas apresentando as respectivas regras, e o modo como esses intervenientes percebem o seu lugar e o lugar dos outros nesses espaços onde as interacções sociais têm lugar. Daí a ideia de a articulação sistémica entre o sistema e o actor está intrinsecamente aberta à acção individual (Crozier e Friedberg, 1977). Para os autores, o argumento é que simplesmente se torna impossível conceptualizar o nível institucional sem se saber como o “jogo” é individualmente jogado.

Fundamentalmente, o que está em causa é a premissa que a ordem social, sendo tanto interna como externa – dupla vertente referida já por Durkheim (1887a, apud. Alexander, 1986) – constitui um aspecto central, já que permite uma leitura da acção individual variavelmente constringida pela ordem oriunda de certos campos sociais. Isto traduz-se na impossibilidade de procurar num qualquer grupo social formas inequívocas de respeito pela ordem social, sabendo, à partida, que a primeira condição para essa maior variabilidade de comportamentos depende dos recursos de poder detidos socialmente pelo grupo e individualmente por cada membro desse grupo.

Neste sentido, olhando para a profissão médica, a eficácia do controlo e dominação interna tende apenas a existir entre categorias da carreira médica muito díspares na estrutura profissional (sobretudo entre internos e especialistas), esbatendo-se na relação

---

<sup>44</sup> Importa dizer que, apesar de se seguir problematizações não inteiramente coincidentes, encontram-se similitudes entre os pressupostos e interrogações do modelo teórico de Burns e Flam (2000) com alguns dos argumentos que aqui são equacionados para a análise dos comportamentos profissionais. Por exemplo, enquanto nesta investigação se dá uma especial atenção ao conceito de reflexividade, nos seus contributos esse conceito surge com uma frequência mais pontual. Isso não significa que os autores não se refiram à reflexividade, até porque se baseiam nos argumentos de Margaret Archer, autora incontornável a esse respeito. No entanto, é mais comum ver-se no seu trabalho a referência a noções como “regras explícitas”, “interesses particulares”, “interpretações” ou “criação” que, na sua essência, confluem com a delimitação que aqui se procura sobre a reflexividade.

quotidiana inter-pares.<sup>45</sup> Percebe-se, por isso, em que medida a inclusão daquela dimensão ética/solidária explica a agregação de indivíduos quando, estruturalmente, existem condições para que a diferenciação da acção individual possa pôr em causa a ordem social desse sistema.

Outra forma de entender esta ligação diz respeito à função social desempenhada pelos sistemas simbólicos (Bourdieu, 1989). A partilha de símbolos actua como mecanismo de integração, ao sujeitar os indivíduos a um conhecimento comum por intermédio da comunicação. As ideologias são produzidas, quer por via do grupo (profissão médica ou um determinado serviço), quer por via de quem (agente) os produz num determinado campo. Ora, o poder decorrente dos sistemas simbólicos, criados e definidores de um determinado campo, apenas existe por intermédio da sua mobilização pelas partes integrantes numa relação não ilusória mas determinada a cada contexto em particular (*Id.*; *Ibid.*)

Olhando para o nível grupal (ou de classe), o sistema simbólico responsável pela dominação exercida pela medicina – não apenas na organização hospitalar, como nos diversos espaços sociais – ancora-se no conhecimento (*expertise*) detido e mantido sob monopólio. A função social deste fechamento individualmente percebido e que garante a relativa estabilidade da profissão no tempo e espaço é a ética de orientação para o doente. Argumento semelhante pode-se aplicar à gestão hospitalar. A profissão apresenta uma reduzida diferenciação interna, em parte, devido ao seu acesso ser apenas feito após a formação superior, não existindo mecanismos formais internos de controlo e padronização

---

<sup>45</sup> De forma sintética, o internato surge como uma fase intermédia na formação médica. Os “internos” já não são designados como “alunos” – aqueles que ainda estão na fase educativa das faculdades –, mas também ainda não assumiram o estatuto de “médico” – denominação utilizada após o exame de acesso a uma especialidade na Ordem dos Médicos. Revela ser uma fase híbrida, dado que para outros profissionais (e.g. enfermeiros ou gestores) é comum ouvir-se a designação de “doutor” para se dirigirem a um interno, estatuto que não se aplica na relação com os membros mais velhos da profissão. De facto, é uma regularidade que os “médicos”, isto é, os especialistas se refiram aos internos como “interno do ano X”, e os internos se refiram aos especialistas como “doutores”. Entre os especialistas, os mais novos continuam habitualmente a referir-se aos seus antigos “tutores” (especialista responsável pelo interno) por “doutor”, salvo em situações de amizade ou proximidade pessoal. Entre especialistas com uma relativa proximidade etária foi mais habitual ser usado o nome próprio (notas do diário de campo).

dos seus comportamentos.<sup>46</sup> O reconhecimento social atribuído ao conhecimento detido por esta profissão baseia-se na sua função social e ética em torno da gestão do bem público para o benefício do doente.

Considerando que a ordem social não contradiz a contingência da acção individual, nem o contrário, e compreendendo que esta última tanto assume uma componente interpretativa como estratégica (Alexander, 1988), parte-se do princípio que estes sistemas simbólicos, além de estruturadores são também estruturados pelos indivíduos que os partilham. É neste quadro de referenciação que importa equacionar o interesse, consciente ou não, de respeito pelas regras do funcionamento da profissão ou mesmo da organização onde se trabalha. É por isso que na esquematização apresentada o nível da estrutura está situado não só numa fase precedente e externa à *agência*, delimitando os seus espaços de acção, como numa segunda fase, é situado incorporando a reflexividade individual do *agente*. Simplificando, com base em Bourdieu (2001, 2002), define-se uma dupla vertente das estruturas: uma externa e anterior ao indivíduo e outra individualmente internalizada.<sup>47</sup> Deste modo, a realidade social torna-se também objectivada individualmente (Boudon, 2003), dado que os comportamentos, enquanto manifestação de exteriorizações individuais de interioridades, decorrem de um processo prévio de internalização da exterioridade. Esta internalização envolve, como se vê, capacidades reflexivas construídas numa articulação entre influências, quer sociais quer profissionais, e interesses e expectativas.

Por reflexividade entende-se o exercício cognitivo realizado quotidianamente pelos indivíduos, assumindo o papel de definir e situar os contextos sociais exteriores que os envolvem (Archer, 2007), pois na base está a capacidade destes pensarem na existência das entidades “eu”, “nós” e “eles” (Elias, 1993). Por reflexividade entende-se a mediação entre

---

<sup>46</sup> Inicialmente, através de cursos pós graduados leccionados pela Escola Nacional de Saúde Pública. Nos anos mais recentes outras instituições de ensino formalizaram mestrados em administração hospitalar (Entrevista exploratória a Administrador Hospitalar).

<sup>47</sup> Tanto no seu trabalho mais recente, como em reflexões anteriores Schraiber (2008) apresenta uma conceptualização muito semelhante da acção profissional dos médicos. A este nível da relação entre interiorização da exterioridade e exteriorização da interioridade a autora faz confluir o pensamento de Bourdieu ao de Sartre. Curiosamente, os contributos de Bourdieu foram consolidados contra perspectivas como as do segundo autor por, em sua opinião, deixar um espaço irrealisticamente alargado às possibilidades de acção individual. Como se verá no capítulo seguinte aprofunda-se a discussão sobre os mecanismos possíveis de acção, deixando já expressa a ideia que se partilha a necessidade de trazer um carácter mais activo para os comportamentos, sem que isso contrarie a existência de estruturas cognitivas naturalizadas que condicionam o campo do possível.

a estrutura e a acção, dado que a influência das estruturas sobre a decisão individual ocorre mediante um processo avaliativo/reflexivo individual sobre essas condições condicionantes. Desta definição ressalta o processo contínuo de interrogação do indivíduo sobre si enquanto sujeito num contexto social objectivo e enquanto objecto em relação a outros sujeitos. Como Archer (Ibid.: 73) argumenta, “*o pensamento reflexivo é um sinónimo de conversas interiores por não ser apenas uma autoconsciência vaga, mas uma exploração questionante do sujeito em relação ao objecto, incluindo o sujeito como objecto, desprovido da necessidade de qualquer resultado prático ou intencional.*”<sup>48</sup>

Considerar que a construção da reflexividade decorre de socializações profissionais, mas também sociais envolve todo o debate sobre a construção das “*representações de identidades*” (cf. Costa, 1999). De acordo com Dubar (1991) ou mesmo Pinto (1991), as identidades profissionais não devem ser resumidas às identidades de trabalho. Isto significa que a compreensão sobre o desempenho de um determinado papel profissional deve partir de uma concepção holística dos indivíduos, compatibilizando as imagens individualmente construídas em relação à actividade profissional – e note-se a temporalidade indissociável à evolução dessas identidades – a identidades sociais fornecidas por quadros mais amplos de socialização. Salienta-se, assim, o papel que as trajectórias individuais representam nesse processo, diluindo o peso restritivo da estruturação dos campos profissionais. Por outras palavras, as posições de ambos os autores convergem na crítica “[a]o pressuposto de *impregnação automática de toda a existência social pelos acontecimentos profissionais*” (Pinto, 1991: 221), dado que “*as categorias significativas das trajectórias [sociais] não*

---

<sup>48</sup> Tradução livre do original em inglês. Na medida em que o entendimento pretendido sobre a reflexividade está centrado em interpretações, Lynch (2000: 33 – 4) considera incontornável a referência ao programa etnometodológico de Garfinkel: “*The reflexivity of accounts implies interpretation – expressing, indicating or recognizing meaning – but, more than that, it alludes to the embodied practices through which persons singly and together, retrospectively and prospectively, produce account-able states of affairs. According to this view, reflexivity is ubiquitous and unremarkable*”

*são necessariamente as mesmas que estruturam os campos da prática social”*(Dubar, 1991 : 78).<sup>49</sup>

Ora, a forma que se encontra para questionar esta impregnação automática dos acontecimentos profissionais em toda a existência social opera-se por intermédio do conceito de reflexividade, isto é, considerando os modos distintivos intrínsecos aos agentes sociais e que se traduz numa leitura da pertença profissional simultaneamente estruturadora e estruturada pela agência reflexiva.

Num contributo mais recente, Dubar (2006), complexifica a interpretação daquilo que designa por abordagens clássicas. Dá visibilidade aos modos individualizados de absorção da realidade social exterior, fazendo sobressair o papel das subjectividades, ou como se viu anteriormente, das objectividades individuais.<sup>50</sup> A questão fundamental apresentada pelo autor é que, dada a natureza social dos indivíduos, a alteração de condições sociais de existência conduzem a repercussões individualmente sentidas decorrentes do modo como os indivíduos interpretam essas mudanças na realidade social.<sup>51</sup>

O autor define uma forma específica de identidade – que lhe chama de reflexiva – como uma apropriação de um *Eu* em respeito à pertença a grupos locais e às respectivas manifestações culturais, bem como a sistemas de regras que condicionam e delimitam o desempenho dos papéis sociais. Na realidade, as construções narrativas não podem ignorar os entendimentos (biográficos) que os indivíduos apresentam de si ao longo da sua experiência de vida (incluindo obviamente as trajectórias sociais). É neste sentido que Dubar (*Ibid.*: 147) inclui o conceito de *alternation* desenvolvido por Berger e Luckmann,

---

<sup>49</sup> Tradução livre do original em francês. Em Portugal, Tavares (2007) apresenta um importante contributo de conceptualização das identidades profissionais nas profissões de saúde. Na esteira dos autores referidos, Tavares contribui com um modelo explicativo que se mostra sensível quanto à heterogeneidade indissociável à construção individual das identidades. As suas principais conclusões situam-se ao nível da influência escolar e, posteriormente, dos contextos de trabalho, na produção de referenciais identitários dos técnicos de cardiopneumologia, que se define em três níveis inter-relacionados: a identificação com o campo da prestação de assistência centrado na valorização em torno do doente, a identificação com as tecnologias da saúde em sentido lato e, por último, a identificação com os grupos mais específicos de trabalho.

<sup>50</sup> Relembrando a opção pela designação de objectividades individuais, procura-se escudar a subjectividade do estatuto desestruturado ou impreciso que facilmente lhe é atribuído. A objectividade é individual porque se constrói através da absorção de elementos parciais da realidade social externa. A verdade para cada indivíduo depende do que ele filtrou da realidade e dos processos intra-individuais que dão sentido a essas informações.

<sup>51</sup> Pense-se no modo como Goffman (1974b, 1993) discute a noção de *contextos*.

respeitando um processo de “transformação de si”, ou seja, de abandono de uma dada construção de identidade por outra. Isto significa que a mudança das relações objectivas implica ajustamentos subjectivos a essas novas condições, ajustamentos, esses que decorrem fortemente daquilo que o indivíduo foi. Na medida em que as sociedades modernas são pautadas por uma diversidade de papéis sociais, é um dado significativo considerar os indivíduos numa conceptualização que responda – ou procure responder – a essa co-existência complexa e não compatível com modelos redutores da acção humana.

Retomando a interpretação do esquema que define o alcance analítico desta proposta, e tendo por base a dupla existência das estruturas sociais, externas e simultaneamente internas aos indivíduos, olha-se novamente para os três níveis estruturais considerados. Neste sentido, o actual contexto político, a sua implementação em cada organização e serviço médico e as relações profissionais dependentes das jurisdições definidas podem ser entendidas como uma simbiose entre constrangimentos e possibilidades, exterioridades e interioridades.

Em primeiro lugar, entendendo a NGP como uma ideologia ampla e de conteúdo vago sobre como a actividade pública deve ser prestada em função dos actuais imperativos financeiros e económicos (Pollitt, 1990), a sua materialização em cada país não pode ser dissociada dos seus intervenientes políticos. Está em causa a discricionariedade profissional e o poder detido no exercício dessa actividade política (cf. Crozier e Friedberg, 1977). Pense-se, por exemplo, nas medidas que definem um Estado-Providência. Embora possa ser argumentado que concretizações divergentes desse modelo se fiquem a dever a complexas configurações da realidade específica de cada país ou grupo de países (e.g. Esping-Andersen 1990, 1996; Ferrera 2000), o modo como aqui se está a problematizar esta questão permite equacionar nessas especificidades a interiorização que os políticos responsáveis pela condução da vida política dos países concebem do significado do Estado-Providência. Articulado com as dimensões presentes na reflexividade, consideram-se as suas convicções políticas, interesses e pactos com outros intervenientes no modelo, além do modo como constroem para si e para os outros o papel e função desse modelo de Estado. Deste ponto de vista, os políticos podem ser considerados como sujeitos simultaneamente individuais e colectivos, dado serem eles os responsáveis pelo modo como um dado sistema já existente se configura no presente e, por conseguinte, no futuro, em função do que foi no passado. Afinal, o Estado-Providência é também uma ideologia genérica intrinsecamente presa a quem governa. Os políticos estão envolvidos em

estruturas que os envolvem e os socializam, mas as suas acções – como de qualquer outro agente – é o resultado do modo como individualmente objectivam a realidade em seu redor. Um líder não é igual a outro e as medidas políticas devem problematizar essa individualidade.

Se a NGP é uma ideologia diferenciadamente materializada, em segundo lugar a sua implementação organizacional tem também que ser entendida como o resultado de intervenções específicas, ou seja, considerar os gestores hospitalares também como sujeitos individuais e colectivos. Porque cada organização é concebida como um sistema humano não generalizável nas suas condições e processos, quer formais, quer informais, qualquer mudança introduzida a esse nível tem que combinar a especificidade da organização – a chamada cultura organizacional –, com os gestores que a lideram, com os seus membros e com o bem ou serviço que prestam. O que é negociado nos jogos organizacionais está intimamente dependente das suas partes constituintes e estas são influenciadas por sistemas externos e internas à organização, como por modos individuais de desempenho dos papéis profissionais, dependentes de expectativas e interesses.<sup>52</sup>

Em terceiro lugar, mesmo que não esteja em causa a definição institucional das jurisdições profissionais, a partir do momento em que se considera que são individualmente apropriadas pelos profissionais nas suas relações quotidianas, não se pode ignorar que passam a estar dependentes da acção individual reflexiva. Veja-se o seguinte exemplo onde se concretiza pela primeira vez a reflexividade na análise das relações profissionais. De acordo com a configuração das jurisdições profissionais nos hospitais portugueses, o médico nomeado como director de serviço tem capacidade para poder decidir aspectos tão estruturais como a especialização do serviço, as regras do seu funcionamento ou a definição das equipas médicas.<sup>53</sup> São decisões circunscritas ao “seu”

---

<sup>52</sup> Este nível analítico centra-se, em larga medida, na discussão de Turner (2001) sobre os papéis nas organizações. Salaria o peso dos contextos de interacção onde se estruturam papéis de dominação e de status e onde se legitimam actores responsáveis por essa definição (*role definers*).

<sup>53</sup> Cf. Decreto-lei n.º 188/2003 que regulamenta a Lei da Gestão Hospitalar (Lei n.º 27/2002) actualmente em vigor. Deste ponto de vista, a delimitação que se faz a Portugal decorre precisamente do princípio que as relações organizacionais, mesmo as formais, não podem ser simplesmente generalizadas. É a consequência de serem sistemas humanos e não tecnocratas conforme Crozier e Friedberg (1977) afirmam. Por isso, sem um conhecimento sobre os contornos das estruturas profissionais e das relações permitidas noutros contextos não se pode avançar com raciocínios indutivos menos cautelosos.

serviço em particular primeiramente devido ao director em causa.<sup>54</sup> Como consequência, não pode surpreender a impossibilidade de procurar dois serviços exactamente iguais nas suas características e processos internos, mesmo que partilhem a mesma especialidade médica.

Um exemplo adicional prende-se com a relação profissional entre a medicina e a enfermagem. Embora as principais pesquisas sobre as interacções entre estas duas actividades mencionem que a medicina estrutura o espaço de acção do trabalho de enfermagem, o que aponta para a existência de reminiscências tayloristas na divisão do trabalho no campo da saúde (e.g. Chauvenet 1972; Freidson 1970, 1985, 1986), foi de grande relevância comprovar que, sistematicamente, uma enfermeira-chefe em particular era responsável pela reconfiguração de algumas esferas definidas entre a medicina e a enfermagem. Note-se que a capacidade para introduzir mudanças nas jurisdições profissionais está sempre circunscrita às suas fronteiras. Quer isto dizer que não se está a considerar uma modificação dos espaços de acção que definem e diferenciam cada profissão, mas sim os espaços que são mais periféricos a esse núcleo.

Administração de soro ou colheita de sangue para fazer análises são o caso típico daquilo que se entende por trabalho médico delegado, de natureza pouco diferenciada e predominantemente executória. Em todo o caso, alturas em que essa enfermeira-chefe estava presente passavam os médicos, tanto os mais velhos como os mais novos – por delegação dos primeiros – a realizar essa tarefa. O argumento apresentado pela “chefe” (expressão habitualmente usada pela generalidade dos profissionais para se referirem à figura de enfermeiro-chefe) é que *“isso não é trabalho para os enfermeiros. Se os Srs. Doutores o quiserem, que façam eles. Isso é trabalhar para os Srs. Doutores!”* (notas do diário de campo).

---

<sup>54</sup> “Meu” ou “seu” serviço são atribuições de posse habitualmente encontradas nos discursos dos directores de serviço, como na generalidade dos profissionais no contexto hospitalar, sendo a excepção os gestores hospitalares (notas do diário de campo). Não esquecer que conforme Decreto-Lei n.º188/2003 é o CA que nomeia esta figura entre os médicos mais graduados na carreira médica (“chefe de serviço”). Deste ponto de vista, e retomando a teorização de Goss (1963), dado que está em presença a autoridade racional-legal e a concorrência com a autoridade carismática e formal dos directores de serviço percebe-se esta não atribuição do serviço aos directores como a sua propriedade pode ser tomada como indicativa de uma forma de legitimação que os gestores tentar assegurar num contexto estruturado pela medicina. Para os gestores trata-se de um cargo da sua responsabilidade directa por tempo definido, contrariamente à noção mais enraizada e habitual, mesmo com as mudanças jurídicas recentes, de perpetuação das funções dos directores de serviço.



Dado que esta situação não se verificou com todos os enfermeiros-chefe, além de que dependia dos médicos em causa e da relação que com eles mantinha, percebe-se que em causa não está necessariamente o lugar ocupado na estrutura profissional, mas o modo como os profissionais desempenham reflexivamente os seus papéis profissionais em contextos de interacção. Até porque noutros serviços são efectivamente os enfermeiros que efectuam estas tarefas sem que os respectivos enfermeiros-chefe se oponham. O caso descrito demonstra a necessidade de explorar sociologicamente não apenas as estruturas sociais externas, mas também o modo como estas são individualmente internalizadas por cada *agente*. Afinal, não existem modos de agir unívocos e lineares.

Após os argumentos expressos, o entendimento que se tem do profissionalismo respeita a existência de ideologias institucionalizadas que agregam de um modo coeso grupos de indivíduos pela partilha de racionalidades técnicas e científicas. Estas racionalidades são transmitidas em instituições credenciadas para esse efeito, com regras e estruturas relativamente estáveis reproduzidas no tempo e no espaço, ainda que potencialmente variáveis em função de contingências dos contextos de trabalho onde elas se exercem. Esta existência externa estável mas contingente do profissionalismo associa-se a uma existência interiorizada nos profissionais. Como consequência, a reprodução das regras e estruturas destes grupos, além de dependentes dos factores associados à ordem social, é filtrada por uma agência constituída por percepções e interesses de natureza individual, variáveis temporal e contextualmente, que diversificam o modo de activar o profissionalismo.

Em síntese, os pontos analíticos fulcrais explorados nesta abordagem sobre a componente reflexiva da acção profissional relacionam-se com uma articulação entre experiências, interesses, processos de auto-construção e contextos de acção. Como se referiu, o objectivo é procurar uma explicação para as aparentes contradições dos comportamentos individuais em contexto profissional. A contradição apenas existe enquanto tal, se se tiver por base um quadro de comportamentos definidos pelos lugares sociais. Ora, o reconhecimento que aqui se faz é que qualquer acção respeita uma estrutura interna dotada de coerência e consistência, mas que somente pode ser entendida no nível individual. Sistematizando, está em causa:

- (I) O modo como os papéis profissionais estruturalmente definidos são reflexivamente objectivados pelos indivíduos em função de socializações profissionais;

- (II) Por outro lado, importa não fechar este entendimento a processos mais específicos aos contextos de trabalho, percebendo a base onde se constrói a imagem projectada da profissão;
- (III) O modo como a alteração dos contextos de actuação dos profissionais interfere na condução da acção rotinizada: desfasamentos e correspondências entre experiências passadas e expectativas futuras;
- (IV) Porque os indivíduos têm a capacidade de atribuir significados e valorizar certos factos da sua vida e dos contextos que os rodeiam, é necessário perceber o sentido da acção em função de diferentes disposições que co-existem no seu interior;
- (V) Por conseguinte, dá-se visibilidade aos entendimentos que os profissionais manifestam de si, dos outros e das estruturas sociais que os envolvem, neste caso em concreto sobre as mudanças no sector da saúde e a presença de gestores dotados de competências alargadas.

## 6. DELIMITANDO O ENTENDIMENTO SOBRE A REFLEXIVIDADE INDIVIDUAL

### 6.1. A ESTRUTURA COGNITIVA DA ACÇÃO

No ponto anterior reflectiu-se sobre as limitações associadas à compreensão da estruturação da acção individual apenas por intermédio da pertença a um dado grupo profissional. Sem pôr em causa que as profissões constituem formas de organização social superior (Durkheim, 1977), viu-se em que sentido e sob que argumentos se critica a ideia de reprodução automática dos comportamentos.

Pensando nos pressupostos conceptuais por detrás da ideia de diluição da capacidade de variação dos comportamentos, legitima-se um entendimento dos grupos profissionais enquanto geradores relativamente estáveis de *habitus* (Bourdieu, 2001, 2002). De facto, e ainda que o *habitus* não tenha uma aplicação explícita às particularidades do campo das profissões, a forma como estas tendem a ser conceptualizadas facilmente as aproximam de grupos que se constituem em torno “*de uma harmonização objectiva das práticas e das obras de modo a conferir-lhes a regularidade ao mesmo tempo que a objectividade que definem a sua racionalidade específica*” (Bourdieu, 2002: 169), ou seja, de um mecanismo gerador de “*habitus de grupo ou de classe*” (*Ibid.*: 174). A necessidade de encontrar o “*chefe da orquestração*” (*Ibid.*: 169) acaba por valorizar a semelhança entre indivíduos com a mesma pertença profissional e a dissemelhança em relação aos indivíduos de outras pertenças profissionais. Tende a sobressair a reprodução das práticas sociais através da existência de processos relativamente homogéneos de socialização organizacional e profissional, responsáveis pela estruturação das representações individuais. Num posicionamento analítico como esse, em que se confere uma maior importância às estruturas profissionais, o modo com os indivíduos concebem o poder e autoridade dos papéis profissionais estão exclusivamente dependentes da posição ocupada na estrutura interna da profissão, como na estrutura da organização.

É fundamentalmente face a estas premissas teóricas que se propõe uma visão do desempenho profissional com base na reflexividade individual. A análise sobre a reflexividade constitui, na verdade, parte da teoria sociológica em pleno avanço na discussão internacional. Embora não se conheçam, por enquanto, linhas de investigação consolidadas sobre a sua aplicação nas profissões, é identificável uma preocupação sociológica crescente quanto à compreensão dos comportamentos sociais, não apenas na

sua regularidade, mas também nos seus desvios e aparentes contradições. Afirmar que a reflexividade entrou na actual agenda sociológica significa o retornar da análise sociológica ao estudo do indivíduo que vive em sociedade (Hamel, 2007).<sup>55</sup>

Decorrente de autores contemporâneos já disseminados e amplamente revisitados (e.g. Bourdieu, 1992; Giddens, 1984; Lash, 2000) e de outros cujos contributos apresentam desenvolvimentos mais recentes (e.g. Archer, 2007), a análise sobre a reflexividade tem vindo a ser trabalhada sob perspectivas que vão desde as dinâmicas gerais da sociedade, passando pelo relacionamento dos indivíduos com a sociedade, com outros indivíduos, ou ainda analisando a relação dos indivíduos consigo mesmos (Casanova, 2004). Como se verifica, o conceito envolve uma abrangência analítica, de tal modo significativa, que este pode ser apontado como um dos principais motivos que dificultam a delimitação dos posicionamentos analíticos pretendidos. A esta dificuldade acresce a inovação que cada autor reconhece na sua abordagem, tanto por via de críticas ou contestações directas aos restantes contributos (e.g. veja-se o posicionamento de Archer em relação a Bourdieu ou a Giddens<sup>56</sup>), como por uma total indiferença quanto à existência de outras perspectivas

---

<sup>55</sup> Noutras linhas de investigação no campo da saúde estas formulações acabam por ter maior desenvolvimento do que no caso específico das profissões. Por exemplo, os estudos sobre as racionalidades leigas convocam o tema da reflexividade recorrendo à perspectiva de Giddens (veja-se em Portugal o caso de Lopes, 2001b, 2007). Noutro domínio da sociologia, Casanova (2004) apresenta-se como um dos poucos autores portugueses a ter analisado a reflexividade social, suportando-se fundamentalmente nos contributos de Lash e de Bourdieu.

<sup>56</sup> A perspectiva de Archer apresenta-se como alternativa àquilo que a autora designa por confluência (entre a estrutura e a acção) das propostas de Giddens e Beck, por um lado, e de Bourdieu, por outro. Como explicitamente se pode constatar, “*while theorists of ‘reflexive modernity’ assign an excessive freedom of subjective identity formation to social subjects today, the usage of the concept of ‘habitus’ under such changed circumstances, assumes an exaggerated continuity in the socialization of personal identities.*” (Archer, 2007: 48)

teóricas (e.g. apesar de contemporâneos, é significativa a total ausência de referência mútua entre Giddens e Bourdieu<sup>57</sup>).

Reiterando novamente a preocupação quanto a uma não balcanização do pensamento sociológico, considera-se possível compatibilizar algumas das ideias defendidas por estes autores tendo em vista uma conceptualização da reflexividade que concretize os objectivos deste trabalho. Isto quer dizer que não se encontra numa única proposta teórica da reflexividade o enquadramento necessário para a matriz conceptual pretendida, sendo, por isso, necessário articular algumas premissas distintas, aliás, como tem vindo a ser realizado até agora.

O estudo sobre a reflexividade ilustra o que Nowotny (2005) refere como a complexidade dos fenómenos. Exige, por isso, uma postura crítica quanto a posicionamentos que reduzem a realidade social ao que ela tem de simples e de linear, afastando, ou pelo menos minimizando, processos responsáveis por efeitos indesejados ou incompreensíveis à análise. Por um lado, este é um campo de estudo consolidado e dominado pelas ciências médicas e da vida. Por outro, a reflexividade traz para o debate

---

<sup>57</sup> Cf. Pires (2007). Numa passagem do trabalho de Robbins (2007) sobre a evolução do pensamento de Bourdieu, encontra-se uma possível justificação sobre o motivo de Bourdieu evitar envolver-se em respostas a autores seus contemporâneos. Na esteira das limitações apontadas à etnometodologia, Bourdieu considera que a análise da realidade social envolve processos de interpretação e subjectivação mesmo por parte dos cientistas no exercício pleno da sua actividade científica. Neste sentido, a crítica directa a outros autores pressupõe que seja possível elevar-se a um estatuto de verdade determinados pressupostos ou premissas teóricas: “*Bourdieu genuinely could not understand how someone could spend time in writing a book on someone in order to expose the shortcomings of that person’s endeavour. That is to say that Bourdieu assumed that any engagement with the work of another author was a form of interpersonal engagement, involving an elective affinity. Responses to texts had to be the responses of persons to persons, and he had little interest in ‘critiquing’ the positions of others by reference to supposed meta-criteria of validity.*” (p. 88)

dúvidas quanto a um posicionamento excessivamente sócio-centrado.<sup>58</sup> Neste sentido, reconhece-se a necessidade e mais-valia de um posicionamento epistemológico que ultrapassa a rigidez e a demarcação de disciplinas científicas. Não quer isto dizer que este trabalho tenha a pretensão de analisar a reflexividade em toda a sua complexidade processual. Uma visão dessa natureza concretiza-se apenas por intermédio de um projecto trans-científico que ultrapassa a sociologia ou a biologia em particular, apontando para uma ecologia de saberes entre diferentes paradigmas científicos.<sup>59</sup>

Abordar a reflexividade sob um ponto de vista sociológico depressa nos conduz para as suas fronteiras científicas. Por exemplo, que outros factores de índole não social estão em causa no processo da cognição e da consciência? Como se poderá cruzar esses outros factores com os factores que a sociologia conhece e pode controlar? Estas são duas das perguntas que ficam sem resposta neste trabalho e que comprovam a abrangência e complexidade conceptual que a compreensão sobre a reflexividade envolve. Desde logo,

---

<sup>58</sup> Apesar da devida distância teórica e de objecto, considera-se útil para o pensamento que aqui se procura desenvolver alguns argumentos defendidos por Dores (2005). Tecendo uma leitura crítica acerca dos contributos de António Damásio, naquilo que se interpreta como uma exploração sociológica sobre a epistemologia, a pertinência da sua discussão para o entendimento que se tem neste trabalho sobre a reflexividade prende-se com as dúvidas que as abordagens excessivamente sociocentradas despertam. Nomeadamente, por ignorarem os efeitos introduzidos por *“mecanismos neurobiológicos e também sociais das emoções, dos sentimentos e dos estados de espírito”* nos comportamentos dos indivíduos (Dores, *Ibid.*: 133). Se por um lado, os mais elementares compêndios de sociologia instruem as pessoas pouco familiarizadas com o pensamento sociológico para as implicações decorrentes da divisão cartesiana entre corpo e mente operada pela concepção biomédica dominante nas sociedades ocidentais actuais (e.g. Giddens, 1997 ao nível da sociologia da saúde), em Dores lê-se que, por outro lado, a sociologia não pode operar sem o reconhecimento que o corpo e a mente respeitam uma mesma unidade: *“Se a teoria social concebesse cada indivíduo como um ser que nasce, cresce, se desenvolve e vive diferentes condições de vida e, portanto, exprime as suas competências inatas e aprendidas de acordo com as suas decisões próprias e as condições do meio (em vez de o conceber de forma estereotipada como ser adulto, branco, activo, de boa saúde, com rendimentos satisfatórios e masculino), nesse caso os indivíduos complexos que somos, também morríamos.”* (p. 133)

<sup>59</sup> Existem outros tipos de ecologias reivindicadas no pensamento sobre as ciências sociais. Por exemplo, com base na vertente epistemológica da teoria crítica alemã, Boaventura de Sousa Santos (1999, 2002) discute sobre uma ciência pós-moderna. Nesse caso, a ecologia não é apenas entre paradigmas científicos, mas também entre o conhecimento científico e o conhecimento quotidiano. Trata-se da passagem de um monoculturalismo para um multiculturalismo. Entre as diversas implicações, autores como Pinto (1984, 1985) argumentam sobre a refutação dos obstáculos epistemológicos presentes no racionalismo crítico.

porque teria que se controlar essa relação entre aprendizagem e emoção: as vivências sociais configuram as emoções, ou as emoções, biologicamente pré-existentes no cérebro humano, podem condicionar as vivências sociais? Entre vários contributos esta questão tem sido discutida (e.g. Elias, 1991; Williams, 2001), não se pretendendo entrar neste debate. Em todo o caso, tem-se como pressuposto o papel das vivências sociais para a explicação da reflexividade, deixando os outros motivos de ordem biológica e psicológica em aberto. Ainda assim, este pressuposto é mantido num certo grau de contingencialidade, valorizando a influência exercida por diferentes contextos de interacção, a existência de interesses individuais abertos e variáveis, além de outras determinantes de natureza mais estrutural. Como se irá discutir neste ponto, trazer a epistemologia de Weber irá permitir perceber como os sentimentos são elementos constituintes dos interesses individuais, dependentes dos interlocutores e dos contextos de interacção e, por isso, não passíveis de serem activados de forma inconsciente e uniforme, como os mecanismos de socialização pressupõem.

Sendo a reflexividade um processo simultaneamente neurobiológico e social, tem-se consciência do espaço que fica por explorar no que diz respeito à cognição. Procedendo-se à interrogação da vertente social da reflexividade, resta aceitar outros pressupostos, esses sim do lado das neurociências, como constantes ou invariáveis. A aposta é num contributo sobre a influência das aprendizagens sociais nos modos de pensar. Modos de pensar que os indivíduos fazem sobre si e sobre os outros. Se Damásio (2003: 44 – 5, apud. Dores, 2005: 126) se propõe discutir “*a maquinaria intrínseca da emoção*”, ainda que fale na componente social das emoções e que Dores articula com o pensamento durkheimiano, o que aqui se pretende é compreender que, dada a existência dessa maquinaria intrínseca ao Homem – e tomando-a como constante, embora se saiba que não o é –, as vivências sociais passadas influenciam o modo como ele se interpreta e interpreta o espaço social que o envolve no presente. Mais, será a partir dessas vivências, ou seja, das relações sociais, que se situa a base dos interesses que podem desencadear acções futuras.

Feita esta primeira delimitação teórica sobre a reflexividade, balizando-a no espaço concreto da sociologia e definindo-lhe os seus contornos mais gerais, importa proceder a delimitações analíticas mais precisas.

A primeira, é relativa ao âmbito da reflexividade em causa. Neste sentido, não interessa compreender se a reflexividade é o resultado de uma propriedade da vida social impulsionada pela crescente individualização das relações sociais (e.g. Beck, 1992, 2000),

ou se, caso contrário, a alteração das condições estruturais impulsionada pela crescente especialização flexível dos modelos produtivos conduz à progressiva desvalorização de uma reflexividade comunitária por uma livre e conhecedora agência (e.g. Lash, 2000). O objectivo deste trabalho centra-se na análise dos processos cognitivos da reflexividade individual, portanto, de conhecimento que o indivíduo tem sobre si mesmo e sobre os restantes indivíduos, isto é, uma *auto-reflexividade* que respeita a reflexão da agência sobre si (Lash, 2000; Lynch, 2000).<sup>60</sup>

Ainda que não se pretenda entrar no debate sobre a reflexividade estrutural, importa apenas considerar o argumento de Lash (2003) que, contrariamente à linearidade sistémica de Parsons e à linearidade da agência de Habermas, toma a reflexividade segundo um princípio de não linearidade decorrente da configuração das instituições modernas. Neste sentido, a reflexividade, enquanto opção de acção crítica decorrente da atribuição individual de significados, está diferentemente possibilitada em função de formas culturais específicas (Alexander, 1996). Também Elias (1993) argumenta que o carácter específico permitido aos indivíduos não é o resultado de uma auto-criação, mas o produto de possibilidades estruturalmente permitidas. Nesse sentido, atribui ao processo civilizacional a explicação para a transferência de elementos de auto-consciência e de interesses para esferas interiores, individuais e aparentemente autonomizadas.

A análise sobre a reflexividade individual parte assim da premissa que a modernidade possibilita, em múltiplos sentidos, a possibilidade de reflexão do indivíduo sobre si mesmo ou, nas palavras de Dubar (2006: 189), “*a primazia dos Eus sobre os Nós.*” Sendo argumentado que a modernidade permite a realização de escolhas e, daí, graus variáveis de indeterminação da acção, convém não esquecer que uma maior determinação sobre a acção não deixa de significar processos de interpretação e avaliação da parte dos indivíduos, ou seja, reflexividade. Reflexividade que define o querer ou não

---

<sup>60</sup> Giddens (1990: 26) em *As Consequências da Modernidade* refere os termos de análise da reflexividade no sentido particular que interessa desenvolver neste trabalho: “*Há um sentido fundamental em que a reflexividade é uma característica que define toda a acção humana. Todos os seres humanos se mantêm em contacto com os fundamentos daquilo que fazem como elemento essencial de o fazerem. Noutra lugar, designei este processo por controlo reflexivo da acção, usando esta frase para chamar a atenção para o carácter crónico dos processos envolvidos. A acção humana não incorpora séries de interações e de razões agregadas, mas sim um controlo consistente – e, como sobretudo Erving Goffman nos mostrou, um controlo que nunca afrouxa – do comportamento e dos seus contextos. Este não é o sentido de reflexividade que está especificamente relacionado com a modernidade, embora seja a base necessária para ela.*”



querer, poder ou não poder agir em conformidade. A determinação é um constrangimento que, embora tenha primeiramente uma existência externa ao indivíduo, manifesta-se por processos de objectivação individual. Quer isto dizer que o “não posso fazer” terá por base uma avaliação individual sobre um determinado constrangimento externo, isto é, uma escolha, segundo dimensões prospectivas e retrospectivas, de ponderação sobre o que implica agir em conformidade ou em divergência.

Embora, à primeira vista, conceptualizar a interpretação que os agentes fazem sobre si e sobre os outros possa parecer uma análise sobre a construção social da realidade, as diferenças epistemológicas com essa perspectiva são algo significativas. Na realidade, não se pretende uma leitura sobre a forma como crenças e comportamentos sociais convergentes se institucionalizam em ordens sociais, o que, transpondo para este caso concreto, resultaria numa análise sobre processos em que percepções comuns sobre o que é ser médico ou gestor levaria a uma construção social do profissionalismo. Algo diferente é o objectivo de compreender que as relações sociais ocorrem em estruturas que as configuram, mas que, além disso, a acção individual envolve a existência interna das estruturas sociais. Por outras palavras: estão em causa processos de objectivação individual do profissionalismo, processos esses que se problematizam sobretudo na relação com a reflexividade. Afinal, como Bourdieu (1986) afirma, o entendimento sobre o sentido prático da acção necessita que se conheçam as condições sociais que estão na sua base.

A segunda delimitação analítica prende-se com o modo como a reflexividade, enquanto capacidade cognitiva inata aos indivíduos, se relaciona com as estruturas sociais. Está uma vez mais em causa a relação entre as aprendizagens sociais e a reflexividade. Embora Lash (2000) refira que nos trabalhos de Beck e Giddens a conceptualização da componente cognitiva da reflexividade ignora o efeito de desiguais distribuições dessa capacidade entre as estruturas sociais, o entendimento que aqui se apresenta é que uma abordagem dessa natureza não tem necessariamente que implicar essa desconsideração.

A análise da reflexividade pela vertente cognitiva respeita apenas um modo de compreensão sobre a tomada de decisão (Giddens, 2000b: 71). A tomada de decisão – comportamentos dotados de poder para alterar algo – depende daquilo que o indivíduo espera do futuro e daquilo que foi o seu passado, além do modo como se posiciona no espaço relacional, o que, por si só, não anula o papel que variáveis de natureza estrutural representam no campo das possibilidades. Uma análise sobre a componente cognitiva da reflexividade pode, e deve, ser articulada com condições estruturais determinantes na

consolidação dessa capacidade. É precisamente nesta articulação entre a cognição da reflexividade e a existência de condições sociais desiguais que se pode situar contributos como os de Juan (1991; et al, 1997) ou de Archer (1995, 2007) e, assim, superar algumas das limitações habitualmente apontadas à teorização de Anthony Giddens. Em primeiro lugar, Juan (et al, 1997) considera que os indivíduos apresentam formas distintas de se adaptar a imposições institucionalizadas na vida cultural, e que essas variações decorrem de modos de vida singulares. Tais modos de vida são configurados pela situação social actual, pelo passado (onde se pode incluir toda a trajectória social e relacional dos indivíduos), e por *projectos*.<sup>61</sup> Nestes termos, a acção é definida enquanto capacidade, dotada ou não de consciência quanto aos sentidos conferidos, e que se distribui de forma desigual no espaço social. Por esse motivo defende que a acção constitui uma capacidade, sendo, nesse sentido, um atributo pessoal, mas que se estabelece numa relação de dependência com o ambiente social envolvente.

Como é salientado por autores como Turner (1988) ou Collins (1988), na vivência quotidiana os indivíduos têm a capacidade de interpretar o que os seus actos foram em consequência de actos anteriores e que irão desencadear actos futuros, em si e noutros indivíduos. Envolve a capacidade intrínseca à cognição humana para os indivíduos se situarem e situarem os outros na interacção, embora se deva considerar que parte das acções quotidianas não se reveste de uma consciência reflexiva. Ou seja, o indivíduo quando actua nem sempre tem consciência que o está a fazer, podendo não ter igualmente uma consciência de si (*self*) nem dos outros a quem se destina a sua acção.<sup>62</sup>

Neste sentido, apenas se pode falar de acções reflexivas quando essas acções são desencadeadas num estado de consciência, embora a consciência da acção não pressuponha necessariamente uma reflexividade, enquanto propriedade da cognição humana. Dito de outra forma, o facto de os indivíduos terem consciência da sua acção (“sei que faço”) não significa que tenham que saber reconhecer os seus motivos (“porque o faço”), constituindo esse o domínio da reflexividade. Contudo, a capacidade de identificação dos motivos da acção apenas ocorre em estados conscientes, portanto em momentos em que os indivíduos

---

<sup>61</sup> Relativamente aos *projectos*, encontra-se uma similitude com a noção de *interesses* referida por Archer (1995).

<sup>62</sup> Convocando sinteticamente um debate antigo, por *self*, entende-se um processo contínuo de auto-desenvolvimento dos indivíduos em função de aprendizagens de interacções. Representa um processo de interiorização de comportamentos e expectativas em relação ao que deve ser feito e as consequências daí decorrentes (vd. Mead, 1934).

de algum modo sabem que desencadeiam comportamentos. Como se percebe, está em causa uma perspectiva, não sobre os estados de consciência e de reflexividade, mas sobre as dimensões processuais que suportam esses estados.

Perante esta distinção entre o domínio do consciente, por um lado, e do não consciente, por outro, torna-se necessário explorar como se constitui a consciência da acção, assim como a reflexividade, sabendo que acções não conscientes e não reflexivas podem passar para o domínio da consciência reflexiva, do mesmo modo que acções conscientes reflexivas podem passar para o domínio do não consciente e do não reflexivo.

De modo a clarificar esta discussão considere-se a forma como Giddens teoriza a estrutura da acção. O autor atribui à intencionalidade uma existência rotineira, argumentando que esta pode ser ou não acompanhada pela consciência quanto aos seus objectivos: *“Tal intencionalidade é um traço rotineiro da conduta humana, não implicando que os actores tenham em mente objectivos conscientemente definidos no decurso das suas actividades”* (Giddens, 2000a: 16). Como se percebe, Giddens suporta-se numa noção de intenção segundo um sentido amplo e, por isso, prévio em relação à consciência quanto à sua finalidade. Contudo, esse entendimento esbarra com um significado mais estrito ligado à etimologia da palavra do latim *intentio* + *ōnis*. Conforme o Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea da Academia de Ciências de Lisboa (2001): *“acção de se inclinar ou de se dispor, de tender para um fim. (...) Aquilo que se planeou ou se pretende fazer ou conseguir. (...) Desejo ou vontade de fazer alguma coisa. (...) Pensamento ou ideia que preside a alguma coisa.”* (p. 2131).

No sentido de clarificar o entendimento que neste trabalho se confere à intencionalidade humana, a opção é incluir diferentes níveis de consciência que permitam assim perceber os diferentes mecanismos responsáveis pela intencionalidade, o que legitima um sentido mais abrangente sobre o que é intencional. O motivo desta opção prende-se com a ideia de que a intencionalidade consciente – portanto o sentido da palavra mais próximo à sua etimologia – esconde um processo cognitivo base que são as aprendizagens sociais. Deste modo, considerar que a intencionalidade é apenas uma orientação propositada, respeita uma lógica sincrónica e essencialista da decisão humana, ignorando que acções que hoje possam ser rotinizadas, e portanto accionadas sem consciência, podem ter sido no passado acções conscientes. À partida, isto rejeita claramente perspectivas como, por exemplo, a teoria da acção reflectida (Fishbein e Ajzen, 1975), segundo a qual, a acção presume sempre a existência de uma ponderação ou uma

escolha. Apreende-se que aí é dado um sentido restrito à intenção, ignorando todo um conjunto de processos habituais – portanto uma diacronia – no modo como os indivíduos se comportam.<sup>63</sup>

Em todo o caso, também não parece que a forma como Giddens elabora essa ideia seja a mais adequada para fugir às dificuldades semânticas que esta discussão envolve. Deste modo, enquanto Giddens considera que a intencionalidade é “[o] traço rotineiro da conduta humana”, parece mais adequado atribuir essa componente à não consciência da acção, dado ser esse o mecanismo de maior regularidade no uso dos papéis sociais. Acções que não envolvem o reconhecimento sobre o “saber”, são reproduzidas automaticamente, não havendo um “querer” consciente, mas sim um “querer” cristalizado no interior não consciente do indivíduo. Por outro lado, aquilo que Giddens entende como os “*objectivos conscientemente definidos no decurso das suas actividades*” representam o nível de consciência reflexiva em que os indivíduos sabem identificar “porque fazem” e “para que fazem”. A este respeito, já Weber (1983: 70) referira que:

A acção real acontece, na maior parte dos casos, com obscura semiconsciência, ou plena inconsciência, do sentido mencionado. O agente sente mais, de um modo indeterminado, do que sabe ou tem ideia clara; actua, na maior parte dos casos, por instinto ou hábito.” (...) Uma acção, efectivamente, com sentido, quer dizer, clara e com absoluta consciência é, na realidade, um caso limite. Toda a consideração histórica ou sociológica tem que ter em conta este facto nas suas análises da realidade.

Em Crozier e Friedberg (1977) ideia semelhante é apresentada em relação à estratégia. Os autores consideram que apenas raramente os indivíduos tem objectivos claros e coerentes quanto à acção a adoptar, pelo que estes assumem variavelmente uma natureza ambígua, explícita e contraditória. Contudo, os autores acabam por desconsiderar que a mais directa consequência disso é que a acção, além de ofensiva (apropriação de interesses) e defensiva (alargamento da margem de liberdade detida), reproduz-se também sem uma consciência disso.

Faz-se aqui uma ressalva ao ter sido escolhido um entendimento amplo da intencionalidade que, como se verá, inclui processos que vão da não consciência à consciência. A reflexão sobre a estrutura da acção constrói-se por intermédio de processos sociais externos ao indivíduo, daí que anteriormente se tenha referido uma leitura

---

<sup>63</sup> É de salientar o papel que Silva e Pinto (2001) atribuem à epistemologia genética Piaget, sobretudo por permitir um entendimento da inteligência enquanto processo de conhecimento que desfaz, por definitivo, a desagregação redutora de sujeitos e realidade.

diacrónica da intencionalidade (o que hoje não é intencional pode já ter sido). Importa, contudo, considerar que os processos incluídos na reprodução automática não consciente dos comportamentos não respeitam apenas aprendizagens sociais. A mero título de exemplo, pense-se em reacções biológicas (e.g. respiração). Ora, sendo este um trabalho sociológico, a opção é situar todo esse tipo de funções biológicas e características psíquicas num domínio próprio de intencionalidade biológica à margem do quadro de reflexão que se apresenta.

Traçada esta demarcação, a forma como aqui se discute a estrutura da acção parte do binómio fundamental consciência/não consciência da acção, sendo por essa via que se espera compreender a própria noção de reflexividade. Como se verá de seguida, as clarificações analíticas que têm de ser mobilizadas para controlar o conceito de reflexividade envolvem aspectos que transcendem o âmbito do objecto empírico em causa neste trabalho. No entanto, a sua não referência iria prejudicar o entendimento que se procura sobre os motivos da aparente indeterminação dos comportamentos dos profissionais em contexto organizacional.

Paulo Ferreira da Cunha refere na introdução da 2ª edição portuguesa do livro “Fundamentos da Sociologia” de Max Weber (1983) que *“para Weber, os seres civilizados atribuem ao mundo uma significação, o que decorre de perante ele assumirem uma posição consciente (acto de vontade, prova de capacidade dado que o homem civilizado só é se o puder e quiser ser)”* (p. 13) Partindo destas palavras, o que se pretende analisar é essa capacidade que os indivíduos têm para atribuir significados ao mundo que os rodeia. Claro está que essa atribuição e, conseqüentemente, realização de práticas significantes é um processo constante no dia-a-dia dos indivíduos, mas que tem de ser articulado com a não consciência disso.<sup>64</sup>

Por outro lado, é de notar que sendo esta discussão útil no plano teórico não se espera encontrar no espaço empírico formas puras de acção não conscientes e não

---

<sup>64</sup> Esta teorização acaba por isso por se afastar do pensamento de Luhmann sobre a acção individual como um sistema psíquico autopoiético, procurando na compatibilização dos esquemas teóricos de diversos autores, entre os quais Giddens e Bourdieu, o entendimento da estrutura da acção. Por exemplo, segundo Guibentif (2009), Luhmann reitera que tudo o que é ou não controlado pelo indivíduo deve ser tomado por consciente, o que contradiz o domínio da não consciência discutida neste trabalho. Ainda assim, será prudente considerar que além de algumas diferenças teóricas, muitas vezes poderão estar em causa questões de terminologia, o que não invalida que em alguns momentos se trace um paralelismo com contributos desse autor.

reflexivas. A simples presença de uma pessoa externa ao contexto de trabalho, assim como a interacção verbal como aquela que acontece em entrevista ou em conversas informais, convoca sempre um estado consciente e um conseqüente processo de filtragem linguística ou comportamental da parte dos indivíduos observados. Ainda assim, a auto-reflexão desencadeada para a produção de um discurso do indivíduo sobre si mesmo reveste-se de grande utilidade sociológica revelando a forma de captar o sentido do vivido, portanto, os motivos para os comportamentos desencadeados. Mesmo que no capítulo metodológico se analise com maior pormenor esta questão, importa ter presente o incontornável efeito mediador do discurso na compreensão da reflexividade humana. Afinal, a linguagem/comunicação – principal instrumento de ligação entre as estruturas (ou sistemas) sociais e o indivíduo – ao ser omitida pelas correntes de pensamento sobre as profissões, tomam-na como uniforme e desprovida de responsabilidade na estruturação da acção.

É em dois sentidos que a linguagem introduz desvios à compreensão da acção. Em primeiro lugar, os óbvios desfasamentos entre o domínio do pensamento e a sua verbalização, além dos desvios existentes entre o emissor e a interpretação do receptor da mensagem. Em segundo lugar, os desvios causados pela consciência dos comportamentos adoptados quotidianamente, ou seja, a filtragem que a racionalização da acção pressupõe, sobretudo com interlocutores externos ao seu campo social. Esta segunda dimensão tem implicações metodológicas significativas na observação directa de comportamentos e de diálogos, bem como em situações em que se produzem discursos numa conversa propositada com um elemento externo ao serviço e à profissão. O que isto significa é que quando se interroga alguém sobre os motivos ou os fins de um determinado comportamento realizado, mesmo que este tenha sido desencadeado sem consciência, transita instantaneamente para um domínio mais ou menos consciente que permite identificar o “saber” e o “querer”, o que por si só constitui uma filtragem insuperável. Dando um exemplo a este nível, uma expressão usada pelos médicos aquando da organização diária das diferentes tarefas do serviço é: “hoje não posso passar visita [à enfermaria] porque vou para o bloco [operatório]” (notas do diário de campo). A forma habitualmente empregue para dizer “ter que ir para o bloco operatório”, associada a outras designações usadas de forma coloquial (“hoje o programa operatório são dois fígados e uma tiróide”, in notas do diário de campo), acabam por revelar uma relação quase que ritualista do acto de operar despido de qualquer orientação ética ou moral. Contudo,

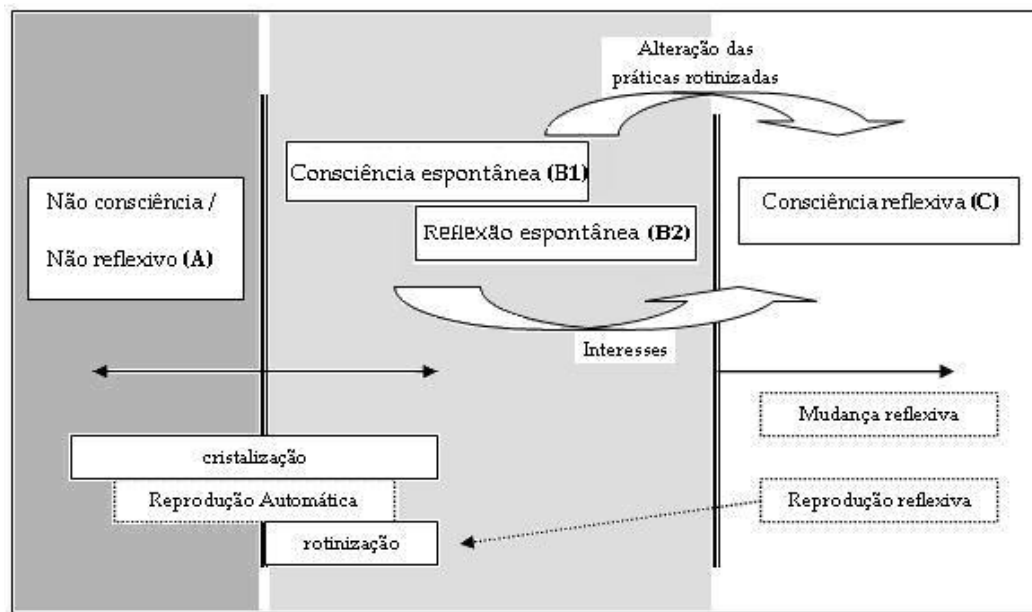
quando interpelados pelo investigador sobre as suas motivações profissionais, toda essa componente invisível ganha uma expressão dominante na produção discursiva de todos os médicos. Este valor ganha mais relevância nos discursos quando interpelação é feita por um indivíduo não médico e externo ao serviço. Por exemplo, em entrevista a um cirurgião foi empregue propositadamente a palavra “corpo” em vez de “pessoa” para perceber a sua reacção:

[habitualmente, na vossa prática quotidiana, sentem que cada corpo que operam é uma nova oportunidade que eventualmente podem dar?] Nós não chamamos corpo...cada indivíduo, cada homem... (AA6, Cirurgião)

O que isto demonstra é a existência de formas distintas de referência à actividade cirúrgica habitual, mediante a consciência ou não quanto à observação de terceiros sobre o que é dito e consciência quanto às implicações dos seus discursos. Afinal, sendo a operação o elemento diferenciador das especialidades cirúrgicas em relação às especialidades médicas, rotineiramente tende a ser referido de forma padronizada e desumanizada entre os discursos inter-pares. Contudo, transformam-se significativamente quando os médicos são interpelados a pensar e, conseqüentemente, a falar sobre isso. O bloco cirúrgico passa a revelar-se como o lugar de excelência do médico onde os desígnios de Deus são substituídos pela perícia do Homem na capacidade de gerar, ou não, vida. Perde-se toda a vertente impessoal e padronizada para dar lugar a uma relação de intimidade entre quem opera e quem é operado.

Fechando este parêntesis, e equacionando uma forma de interpretação da estrutura cognitiva da acção, decompõe-se em três níveis de intencionalidade quatro tipos de acções. Estes três níveis respeitam as características das acções, sendo: **(A)** as acções não conscientes e não reflexivas, decorrendo de um nível de intencionalidade não consciente; **(B1)** as acções de consciência espontânea e **(B2)** de reflexão espontânea, que representam um nível de intencionalidade discursiva e, **(C)** as acções conscientes reflexivas, que representam um nível de intencionalidade instrumental. Importa reiterar que esta esquematização não visa uma desagregação dos comportamentos como se fossem somente de uma ou outra característica. Esta matriz tem como propósito único a decomposição analítica dos diversos vectores que constituem os motivos dos comportamentos humanos, longe, como Bourdieu (2002) refere, de se poder chegar a preditores da acção.

Figura 2.2. – Princípios da estrutura cognitiva da acção



Em primeiro lugar, as acções não conscientes/não reflexivas (A) representam os comportamentos automaticamente reproduzidos sem consciência dessa reprodução. Trata-se de um domínio intrínseco à existência individual, em que se age influenciado por dois princípios diferentes, mas com implicações semelhantes no sentido da acção. O primeiro decorre de influências normativas de natureza cultural/moral/ideológica. O segundo, de conjuntos mais próximos de socializações que incluem esses quadros mais amplos e outros processos relativamente restritos presos aos agentes socializadores mais directos. De um modo ou de outro, estão em causa as estruturas mais elementares da acção apreendidas de conjuntos, ora mais gerais ora mais restritos, de influências sociais.

Como se disse, tais princípios influenciam os comportamentos a num nível em que os indivíduos não têm qualquer consciência disso. Pense-se no respeito pela integridade física ou o princípio de salvar a vida. Representam um domínio geral que pauta um dos funcionamentos mais elementares das sociedades ocidentais modernas e que orienta os demais comportamentos nesse sentido, sem que os indivíduos pensem habitualmente sobre isso. É isto que acontece quando se vai ao médico e se sabe que ele irá “tentar tudo ao seu alcance para ajudar”. Outro exemplo muito habitual é quando alguém se sente mal num qualquer espaço público e rapidamente se pergunta por um médico, ou então sabe-se que se houver algum médico por perto ele irá prontamente ajudar a resolver a situação. Estes



domínios raramente são percebidos porque se espera que à partida isso não seja posto em causa nas mais variadas interações.

O mesmo acontece com os outros tipos de comportamentos aprendidos por socializações mais próximas e restritas aos agentes socializadores, que incluem também esse domínio cultural/moral/ideológico ou de grupos sociais relativamente abrangentes. Este nível mais próximo ao indivíduo respeita aquilo que habitualmente se atribui como sendo a personalidade de cada um. Comportamentos “instintivamente” agressivos, medrosos, aventureiros, emotivos, entre outros não podem estar dissociados de aprendizagens sociais que estão na sua base, ou seja, incorporados por imitações que puderam ou não ser sancionadas ou valorizadas, e que vêm ao de cima automaticamente nas situações mais diversas. A questão é que a natureza social do indivíduo não permite considerar o instinto das suas acções sem equacionar o que é intrínseco à sua existência: a socialização. Note-se que o próprio entendimento sobre a agressividade, o medo, a aventura ou a emoção têm uma componente invariavelmente social, respondendo, portanto, mais a uma definição relacional do que essencialista de validade universal. O seu significado decorre, primeiramente, dos princípios culturais/morais/ideológicos definidores de uma qualquer sociedade (e.g. “o que é ser-se medroso? O que é ser-se emotivo? Quais as consequências associadas a essas características?”)

Olhando agora para o nível da consciência espontânea (**B1**), trata-se de acções de tipo não consciente/não reflexivo transitadas para o domínio do discurso verbal. O indivíduo sabe identificar discursivamente o que faz, mas reproduz automaticamente estruturas interiorizadas sem qualquer manifestação de uma consciência reflexiva, isto é, consciência de si enquanto *self*, consciência dos outros com quem interage e consciência dos fluxos sociais onde se insere. Pressupõe uma reprodução automática das influências sociais mais amplas e mais específicas que caracterizam a vivência social dos indivíduos, ou seja, os princípios adquiridos ao longo da sua trajectória de vida.

Na medida em que os motivos da acção são passíveis de serem identificados mas de forma não reflectida – “sei que faço/quero”, mas o “porquê” mantém-se num espaço de não conhecimento reflexivo – este tipo de acções representa o modo como os indivíduos manifestam os seus *habitus* (Bourdieu, 2001, 2002). Pense-se novamente nos exemplos usados anteriormente: uma situação em que um médico salva a vida de alguém fora da sua actividade profissional e afirma de forma espontânea “é normal os médicos ajudarem as pessoas” ou “fiz a minha obrigação”. Estes casos dão conta do que constitui a normalidade

– “é suposto ser assim” – sem que o indivíduo tenha pensado realmente sobre isso. Usando um outro exemplo mais direccionado para a discussão empírica neste trabalho, imagine-se a situação em que um médico diz “não são os gestores que sabem as necessidades dos doentes”. Nestes casos, tanto há uma espontaneidade nos impulsos discursivos (algo reproduzido instantaneamente através do discurso após um qualquer estímulo), como discursos que, não sendo necessariamente espontâneos, o médico não sabe identificar o motivo da acção ou da opinião por estar intrinsecamente preso às suas influências sociais.

Ainda neste segundo nível, em que as acções apresentam uma intencionalidade discursiva, identifica-se um segundo tipo de acções que são as de reflexão espontânea (**B2**). A diferença entre estas acções e as de consciência espontânea (**B1**) diz respeito ao facto de o indivíduo poder manifestar um conhecimento reflexivo sobre si, embora os motivos do seu comportamento não envolvam um nível de cognição que passe para o domínio da consciência reflexiva. A reflexão espontânea (**B2**) pressupõe que o indivíduo justifica para si e para os outros determinados comportamentos, mas sem desenvolver uma intencionalidade instrumental. Pense-se por exemplo nas situações em que se afirma “sou médico porque sempre gostei de ajudar as pessoas”, ou “sou sensível ao ponto de não poder assistir ao sofrimento dos outros”, como ainda “os gestores não fazem nada no hospital porque ninguém me controla”.

Neste nível, a legitimação das acções respeita uma ordem interna que se reproduz, como uma natureza interior que impele o indivíduo a agir de determinado modo, independentemente da sua consciência. Neste tipo de situações há uma consciência da acção a par de um nível de reflexividade (autoconsciência), embora não seja procurada a possibilidade de desvio a essa forma de comportamento. Note-se que esta delimitação entre acções de consciência espontânea (**B1**) e acções de reflexão espontânea (**B2**) é sobretudo analítica. Visa salientar que a reprodução automática de comportamentos pode envolver uma mera consciência com a acção, como também uma consciência do *self* em relação a isso.

Por último, a consciência reflexiva (**C**) corresponde ao que usualmente se designa por intencionalidade. Os indivíduos sabem “o que fazem”, “porque fazem” e “para que fazem”. Como se observa na figura, este nível tanto permite a reprodução como a mudança de comportamentos, não sendo, por isso, correcto pressupor que acções reflexivas conduzam necessariamente a alterações dos comportamentos esperados. Neste sentido, a

consciência associada à reflexividade não é considerada enquanto propriedade libertadora de indivíduos supostamente presos a forças que os impelem num determinado sentido.

O argumento é que as acções tanto decorrem de estruturas internas constituintes do *habitus*, como de processos reflexivos accionados em função de interesses e contextos específicos. Torna-se, por isso, redutor considerar simplesmente que “*cada agente, saiba-o ou não, queira-o ou não, é produtor e reproduzidor de sentido objectivo e, porque as suas acções e as suas obras são o produto de um modus operandi do qual não é produtor e que não domina conscientemente encerram uma intenção objectiva, como diz a escolástica, que supera sempre as suas intenções conscientes.*” (Bourdieu, 2002: 175). Ainda que as acções resultem de um *modus operandi* fornecido por quadros amplos de experiências passadas, como considera Bourdieu, o que aliás se viu na ideia que tanto existem comportamentos anteriormente reflexivos que se automatizam na acção presente, como estruturas internas ao indivíduo, cristalizadas sucessivamente através de influências sociais prévias, importa não ignorar que o agente pode ou não querer/poder produzir ou reproduzir certas influências sociais.

Deste modo, retoma-se a ideia prévia de que existe uma relação entre a consciência da acção e a reflexividade, ainda que estas não se sobreponham linearmente. Esta relação estabelece-se em dois sentidos. Em primeiro lugar, acções não conscientes estão desprovidas de reflexividade, ou seja, de autoconsciência, consciência dos outros, dos contextos sociais e de interesses. Em segundo lugar, acções conscientes e reflexivas podem tornar-se em acções automaticamente reproduzidas. Esta reprodução tende a situar-se na consciência espontânea (**B1**) e na reflexão espontânea (**B2**), porque o domínio do não consciente / não reflexivo (**A**) remete para aspectos mais profundos de influências sociais e, portanto, mais distantes da consciência reflexiva. Quer isto dizer que acções anteriormente reflexivas, caso se rotinizem – dado o interesse ou falta de capacidade (poder) para o indivíduo mudar –, podem constituir-se como estruturas de acção que reproduzem automaticamente o passado. A intencionalidade associada a este tipo de processo deixa a instrumentalidade e passa para a espontaneidade que, tanto pode ser consciente (**B1**), como reflexiva (**B2**).

Considerar que acções não reflexivas decorrem tanto de cristalizações das influências sociais passadas, que constituem matrizes para a acção presente, como de rotinizações de acções previamente conscientes e reflexivas, portanto resultantes da capacidade de escolha dos indivíduos, exige que se apresente um claro entendimento sobre

esses dois processos. A cristalização, por um lado, representa a presença mais profunda de influências sociais adquiridas em fases iniciais de socialização e sem qualquer possibilidade de consciência quanto a essas influências. A rotinização, por outro, traduz acções que antes de serem não reflexivas passaram por avaliações individuais sobre os objectivos e os resultados pretendidos. Aliás, dado que esse processo envolve decisões, o indivíduo tem a noção que pode haver uma melhor forma para alcançar determinados objectivos. Retomando os exemplos dados anteriormente, o facto de um médico agir instantaneamente para salvar vidas decorre de aprendizagens que antes de serem não reflexivas, e por isso, reproduzidas automaticamente, fizeram parte do domínio consciente e reflexivo. A consciência inicial dos objectivos pode advir do medo de sanções, no caso de incumprimento das regras formal ou informalmente estabelecidas, como por interesses ou expectativas futuras. A questão fundamental é que essa consciência transita para um domínio mais intrínseco do indivíduo, reproduzindo-se por essa via. Note-se que as sanções respeitam não só mecanismos mais directos de controlo (por exemplo, chefias hierárquicas), mas também formas mais generalizáveis e disseminadas de controlo social (o caso em que um médico se recusa a ajudar alguém num espaço público está também sujeito a julgamentos morais).

Esta distinção entre a cristalização e a rotinização permite conferir a abertura conceptual atrás reivindicada à acção profissional. Neste sentido, além das aprendizagens profissionais sobre “como se ser médico”, existe já todo um conjunto de influências, rotinizadas no caso de aprendizagens mais recentes ou cristalizadas no caso de aprendizagens de fases iniciais das socializações. É neste sentido que se compatibiliza o pensamento de Bourdieu com a reflexividade, considerando que as acções actuais decorrem de estruturas pré-reflexivas, assim como de aspectos que trazem o domínio do não-consciente para o domínio do consciente. A reflexividade decorre numa primeira fase do processo de socialização mas, numa segunda, articula-se recursivamente com ele.

Analisando a passagem, tanto da consciência espontânea (**B1**) como da reflexão espontânea (**B2**) para a consciência reflexiva (**C**), verifica-se que isso pode ocorrer por via de situações que fogem à prática rotinizada, o que representa uma relação dialéctica entre situações esperadas e situações vividas, como por via de interesses ou projectos dos indivíduos. Ambos os mecanismos envolvem aquilo que na terminologia de Luhmann (apud. Guibentif, 2009) surge como a delimitação entre hetero-referência e auto-referência. Embora a noção de consciência proposta por esse autor esteja mais direccionada para

aquilo que neste trabalho se assume como reflexividade, a questão é que ter percepção de si pressupõe uma divisão consciente entre o “eu” e os “outros” e, no fundo, a origem desse processo é a mesma: uma relação entre indivíduo/sociedade que em momentos se afigura como dialéctica.<sup>65</sup>

Assim se compreende como determinadas situações conduzem a que a reprodução automática dos comportamentos se transforme em acções dotadas de uma intencionalidade instrumental, podendo tanto implicar uma reprodução como uma mudança em função desses interesses. Utilizando como exemplo a relação entre a gestão hospitalar e a medicina, por alteração da prática rotinizada entende-se situações em que subitamente se modificam procedimentos disseminados e aceites. Quanto maior for o desfaseamento entre a expectativa e a experiência mais facilmente uma acção transita para o domínio do reflexivo. Auto-avalia-se, avalia-se os interlocutores responsáveis por isso e avalia-se o “jogo” (usando a terminologia de Crozier e Friedberg, 1977) entre as possibilidades à sua disposição. Estão incluídos não só recursos, como também conhecimentos aprendidos, sobretudo aquilo que se considera como as melhores acções para esbater o mais possível a dialéctica existente.

Considerando a existência de interesses ou projectos individuais como o segundo canal de passagem para a consciência reflexiva, um indivíduo embora saiba que deva, por exemplo, respeitar determinadas regras para a sua continuidade numa organização ou serviço, poderá não fazê-lo ou alterar o modo como o faz em função do que pretende.

Como se percebe, não se partilha uma noção dos interesses que os reduz a uma ordem calculista e/ou egoísta, em que a motivação individual aparece presa à maximização de benefícios por via de comportamentos eficientes, isto é, obter mais resultados com menos recursos/esforços empregues. Por interesses entende-se, tal como Boudon (2003), em sentido lato a existência de objectivos que se concretizam de forma a atingir determinados propósitos, independentemente da sua natureza. O interesse pode ser precisamente o inverso da eficiência entre meios e fins, ou seja, não querer atingir resultados, mesmo que se tenham os recursos à disposição para o fazer, sem que o motivo seja necessariamente instrumental: “não faço agora porque se o fizer depois terei mais

---

<sup>65</sup> Que em Luhmann se encontra referenciado como o “paradoxo da unidade da diferença”: “a diferença [entre o indivíduo e os outros] é percebida porque se distinguiu o percebido (hetero-referência) da qualificação (auto-referência) e que estes dois elementos foram relacionados numa operação de comparação” (Guibentif, 2009: 6).

benefícios”. De modo semelhante, Crozier e Friedberg (1977) apresentam uma interpretação ampla da racionalidade considerando que comportamentos não esperados em determinados contextos – e que por isso são rotulados como irracionais – podem constituir uma opção estratégica para lidar com pressões externas percebidas como fortemente constrangedoras.<sup>66</sup>

Esta questão convoca o debate de Weber (1983) sobre a racionalidade da acção. Embora o autor considere que as acções racionais são tão-somente acções em que se sabe identificar o seu sentido orientador (“motivos”) – dado que têm um *“carácter consciente e inteiramente livre [que se opõe a toda] a espécie de vinculação íntima própria da submissão a um erro costume entranhado”* (p. 83) –, na verdade, Weber acaba por legitimar um sentido de racionalidade mais específico. Embora se perceba que não seja esse o propósito, trata-se de um sentido que se considera correr um maior risco de contribuir para uma leitura dos interesses como aquela que atrás se contestou.

Em os “Fundamentos da Sociologia” fica-se com a noção que o objectivo fundamental de Weber é traído por um certo etnocentrismo que o autor confere à lógica capitalista. Exemplo nítido desta afirmação encontra-se no seguinte excerto: *“compreendemos que aquele que dispara a arma o faz em ordem a executar alguém, ou em defesa contra o inimigo (racional), ou por vingança (afectiva e, neste sentido irracional)”* (p. 54). O modo de justificar esta distinção entre os motivos que suportam o acto de tirar a vida a alguém representa um tipo específico de racionalidade válido, mas para um conjunto de sociedades delimitadas histórica e espacialmente. Nestas, matar por defesa tem uma legitimidade legal diferente da encontrada em homicídios motivados por emoções (vingança, ciúme, medo, amor, etc.). Esses motivos constituem, também ao nível jurídico, justificações de carácter mais irreflectido em relação ao que nestas sociedades é socialmente aceite como comportamentos adequados. Mas quando se pensa no homicídio justificado por quebra de honra e de fidelidade percebe-se, historicamente, o quão mutável a norma é e, neste sentido, o quão mutável a racionalidade pode ser.

O facto deste trabalho ir buscar ao pensamento weberiano importantes suportes teóricos e mesmo epistemológicos não inviabiliza que a homenagem que lhe é prestada inclua o repensar de algumas das suas formulações. São, fundamentalmente, dois os aspectos que merecem atenção. Em primeiro lugar, e como se viu, o modo como Weber

---

<sup>66</sup> Nesta formulação os autores baseiam-se em contributos de Weber, Schutz, Berger e Luckmann, Goffman ou Sartre.

entende a racionalidade. Neste sentido, o autor apresenta dois tipos distintos de acções: o “*modo de conduta simplesmente reactivo*”, constituído por impulsos decorrentes de emoções, como por exemplo, o medo, a cólera, a ambição, a inveja, o ciúme, ou o amor e a “*acção com sentido*” (p. 49). Isto traduz-se numa clara desagregação entre emoções e sentido, considerando que a racionalidade se orienta para um único fim. Sendo um fim supostamente desprovido de sentimentos, comprova-se aquilo que se argumentou quanto ao significado restrito que Weber confere à racionalidade, reduzindo-a ao significado válido no espírito do capitalismo.<sup>67</sup> Esta acaba por se revelar como uma contradição elementar na proposta de Weber, na medida em que não obstante considerar a possibilidade de co-existência de variações e contradições dos comportamentos, reduz a racionalidade a um sentido da acção característico de determinados contextos:

para a sociologia não representa nenhuma dificuldade o reconhecimento de que diferentes ordens contraditórias podem valer umas ao lado de outras no mesmo círculo de homens. E mais, o mesmo indivíduo pode orientar a sua conduta por diversas ordens contraditórias e não só de um modo sucessivo, coisa comum, mas também numa mesma acção. (Id.; Ibid.: 86)

Além disso, Weber inclui de forma predominantemente, para não dizer exclusiva, motivos de ordem psíquica e sentimental na conduta reactiva, ou seja, as emoções são remetidas para o domínio mais imprevisível da acção humana, desconsiderando o papel de outros vectores nessas reacções como as aprendizagens ou as influências sociais que se cristalizam ou rotinizam nos comportamentos não conscientes accionados instantaneamente.<sup>68</sup>

Perante essa ideia impõe-se uma interrogação elementar: serão dissociáveis os significados atribuídos ao mundo – racionalmente falando – e o efeito que os sentimentos imprimem nessa significação? Olhando para o exemplo apresentado por Weber sobre a morte motivada por vingança, esta emoção pode não estar desprovida de racionalidade

---

<sup>67</sup> Aponta-se o trabalho de Williams (2001) um importante contributo de reflexão sobre o papel das emoções no espaço da racionalidade.

<sup>68</sup> Apesar da vertente cultural em que se baseia a construção social das emoções (e.g. Hochschild, 1983 apud. Peterson, 2006), este é um debate ainda por resolver no âmbito da sociologia das emoções. Por exemplo, Greenwood (1994, apud. Williams, 2001: 49) parte de uma perspectiva realista, considerando a existência intrínseca das emoções e, neste sentido, independentemente das designações sociais que adquirem. Não põe em causa a construção discursiva na atribuição de significado às emoções, mas considera que a sua existência natural convoca atributos universais. Para uma leitura mais aprofundada sobre esta questão, remete-se para a leitura de Williams (2001).

caso o indivíduo reconheça ser esse o motivo que orienta a sua acção. Isto significa que se deve despir a racionalidade do seu significado estritamente eficiente e instrumental para incluir toda e qualquer acção conscientemente orientada por um sentido. Torna-se racional – e neste sentido reflexiva – qualquer acção que o indivíduo sabe o objectivo por que age, independentemente de poder não ser o comportamento socialmente esperado. Afinal, em consonância com o afirmado anteriormente, concebe-se a dupla existência das propriedades estruturais: interna e externa aos indivíduos.

Na senda deste argumento, os indivíduos agem consoante o seu conhecimento das estruturas sociais (Boudon, 2003). Isso significa que, se por um lado, existem estruturas sociais externas e independentes dos indivíduos, por outro, as estruturas são individualmente interiorizadas, pelo que a sua validade pode não coincidir no espaço social, ainda que haja uma norma dominante, reconhecida e aceite. Ainda assim, o facto de se considerar que a racionalidade individual transcende as expectativas sociais quanto à racionalidade esperada, não significa que os desvios à normalidade sejam constantes. Pensa-se é nas possibilidades de acção que vão além da mera reprodução de expectativas. Matar por iniciativa e não por reacção a uma ameaça súbita representa a possibilidade consciente de não cumprimento de comportamentos esperados, após uma avaliação interna dos benefícios e prejuízos que a condução de tal acção pode implicar.<sup>69</sup> Portanto, o que isto traduz é que acções socialmente inesperadas podem nem sempre ser irracionais, desde que envolvam uma ponderação e avaliação das consequências em agir contra a norma social.

O segundo aspecto do pensamento weberiano que merece atenção relaciona-se com a ligação entre os níveis epistemológico e conceptual. Embora seja inequívoco que a análise de Weber sobre a acção apresente uma forte componente de teorização focalizada no nível individual, contrariando as tendências objectivista e materialista dominantes no seu tempo (cf. Pinto, 1984b), e que se identifica na introdução do seu livro ao ser apresentado ao leitor uma decomposição de Weber nas múltiplas influências que o permitem explicar enquanto produto social, cultural e ideológico (por exemplo, os seus contextos de socialização e os contextos de socialização dos seus pais), é incontornável levantar hoje interrogações quanto à adequação dessa explicação apenas por intermédio de

---

<sup>69</sup> Tem de ser considerado que no momento em que se toma a decisão de agir, pode-se não ter consciência de todas as implicações daí decorrentes (aquilo que em Giddens, 1984 é tido por efeitos não esperados da acção), o que justifica um posterior arrependimento. Arrependimento, significa que após a acção e o conhecimento efectivo das suas consequências, chega-se à conclusão que os prejuízos não superam os benefícios.



dinâmicas macrossociais. Obviamente que os seus contributos, assim como de outros clássicos como, Marx ou Durkheim, são bem datados no tempo e no espaço e caracterizam uma fase da disciplina ancorada em perspectivas históricas que, definitivamente, não se prosseguem hoje em dia.<sup>70</sup>

Porventura, uma das consequências mais significativas desse enfoque é a utilização dos tipos-ideais enquanto instrumentos analíticos de compreensão da acção, e que cuja utilização apresenta virtuosidades incontestáveis, como por exemplo, ao nível da dominação (legal, tradicional e carismática). No entanto, já se justificou em que medida considerar que as emoções conduzem a acções irreflectidas, pressupondo que existe um tipo de acção unicamente racional, demonstra uma dicotomia entre sentimentos e interesses que pode armadilhar a compreensão sobre a acção ao reduzi-la a um sentido que não se pode esperar encontrar no plano da realidade social, nem no plano conceptual. Considerar esta desagregação mesmo nas sociedades capitalistas representa uma simplificação excessiva da acção: qual a utilidade de se pensar como seria uma acção puramente racional, tal como Weber propõe em diversos momentos? Como despir os comportamentos de interesses vários que vão além da eficiência dos interesses na procura de maximização dos resultados? Adoptando a proposta de Elias (1993) ou mesmo de Alexander (1996), não será isso um produto decorrente da configuração de determinadas estruturas sociais na modernidade (ou na civilização)?

Não se contesta a utilização de tipos-ideais na construção de dimensões analíticas. O que está em causa é interrogar a sua adequação em propostas científicas que se ocupem das estruturas internas existentes nos indivíduos. Embora se pudesse argumentar que esta avaliação que se faz aos tipos-ideais representa uma leitura pouco prudente por ser demasiado restrita e simplificadora, importa afirmar que se tem em linha de conta a reflexão de Schnapper (2000). Afirmando-se como uma weberiana que discute as

---

<sup>70</sup> Não sendo o intuito de comparar os projectos de cada um desses autores clássicos para a sociologia, importa considerar que, decorrente do próprio momento histórico de afirmação desta ciência, mas também daquilo que era o capital científico acumulado disponível, a análise sociológica tendia para uma explicação das mudanças assente nas estruturas sociais (e.g. solidariedade mecânica e orgânica, feudalismo e capitalismo – e comunismo –, sociedade tradicional e sociedade moderna). Concretamente em relação a Weber, muito pertinentemente Schnapper (2000), afirmou que “[a pesquisa] tem por sentido e por eficácia inscrever a compreensão das condutas dos indivíduos numa análise mais ampla e mais histórica das sociedades, e ajudar a compreender a singularidade das sociedades históricas, em particular a nossa, objectivo principal da ambição sociológica.”

virtuosidades da utilização das tipologias na compreensão sociológica – quanto a nós correcta e muito pertinente – não parece que esses argumentos contradigam as interrogações que aqui se levantam aos contributos de Weber. Parece é que a desagregação veiculada pelo autor tem muito mais utilidade para um esquema conceptual centrado na análise dos princípios macrosociais definidores das sociedades (pense-se na relação entre o capitalismo e a ética protestante), onde aí se pode argumentar a existência de uma acção típica que define o capitalismo enquanto tal, principalmente quando se compara com outras estruturas sociais.

Dito isto, não se põe em causa a existência de determinados tipos de acção – as reacções – desprovidas de ponderação. Fazendo a ponte para a esquematização anteriormente apresentada, trata-se das acções pertencentes ao domínio da não consciência/não reflexividade que se desencadeiam instantaneamente. Aquilo que se questiona é que este tipo de comportamentos instantâneos possa ser atribuído meramente a sentimentos reactivos, desconsiderando outras dimensões como a estrutura internalizada dos indivíduos (como se viu, por processos de rotinização e/ou de cristalização).

Por outro lado, existem acções que, obviamente, são orientadas consciente e reflexivamente para a obtenção de determinados fins mediante o emprego de certos meios. A interrogação que se coloca neste ponto é em que medida este tipo de acções estão desprovidas de sentimentos. Isto significa que não chega colocar aspectos de ordem emocional e a racionalidade como opostos na menor ou maior consciência da acção. A produção de sentimentos não tem que representar uma ausência de racionalidade, dado que é também uma fonte de atribuição de sentido sobre a realidade. Afinal, será a *razão* assim tão contraditória ou independente dos desígnios do *coração*?

Sistematizando então os argumentos reiterados, é o modo como se repensa a racionalidade da acção que acaba por resolver as questões apontadas à formulação original de Weber. A capacidade de manter a racionalidade com a abertura conceptual, tal como se propôs, permite considerar a existência de diversas influências que, com intensidades diversas e em situações diversas, permitem perceber individualmente o sentido atribuído à acção.

O que se põe em causa é a adequação entre o esquema compreensivo das acções de Weber e o princípio elementar defendido neste trabalho sobre a existência de estruturas internas nos indivíduos. Se no interior de cada indivíduo existem estruturas que, associadas

a interesses conjunturais e a contextos de interacção, justificam os motivos da acção, não se pode reduzir a racionalidade a um tipo específico e característico de acção como estando desprovido de elementos como, por exemplo, as emoções ou as aprendizagens. Tal assumpção conduz a uma ideia de racionalidade tecnicocientífica que não é legítima procurar linearmente nos comportamentos quotidianos.

Não se questiona a utilidade conceptual dos tipos-ideais na racionalização dos comportamentos humanos, nem tão-pouco se argumenta sobre a não existência de uma forma específica de racionalidade de natureza mais calculista, em que certos sentimentos podem ser minimizados face a interesses que têm por base uma lógica de eficiência entre meios e fins. Deste ponto de vista, os tipos-ideais constituem-se como instrumentos demasiado rígidos para compreender como um indivíduo tem, em diferentes momentos, diversos interesses em função dos vectores existentes dentro de si.

Por isso, apresenta-se mais adequada a ideia que os interesses incluem dimensões, entre as quais, as emoções. Emoções, como aquelas que Weber enumera (e.g. medo, cólera, ambição, inveja, ciúme, ou amor), são intrínsecas às interacções sociais, envolvendo a própria definição de fins (interesses). Além disso, a base sentimental que suporta as emoções em interacção e a sua mobilização nas acções são também resultado de aprendizagens sociais.<sup>71</sup> Tome-se em consideração, por exemplo, a ideia de que as mulheres tendem a ser mais emotivas que os homens. Este princípio de base cultural e ideológica é um suporte para a condução de comportamentos, interiorizando que a presença/ausência de determinados afectos irá facilitar/dificultar a concretização de determinados interesses consoante o tipo de comportamentos que os indivíduos manifestem.

Por outro lado, e como se referiu anteriormente, a conceptualização da acção por intermédio da capacidade de sentir para a atribuição de sentido não significa que se desenvolva aprofundadamente o papel das emoções nas relações profissionais. Defende-se unicamente que essa dimensão não deve ser remetida para aspectos imprevistos da orientação da acção e marcados pela ausência de sentido. Conhecer sentimentos pode facilitar a compreensão da racionalidade, considerando o sentido que os indivíduos atribuem ao mundo que os rodeia, bem como a definição dos interesses que procuram concretizar. Em consonância com ideias expressas, trata-se de considerar a dupla

---

<sup>71</sup> Este argumento remete para o trabalho não editado de Turner e Molnar (1993, apud. Turner, 1994).

existência das estruturas sociais, simultaneamente dentro e fora dos indivíduos, e não apenas considerar que os comportamentos são um produto linear de dinâmicas sociais que inegavelmente padronizam uma sociedade.

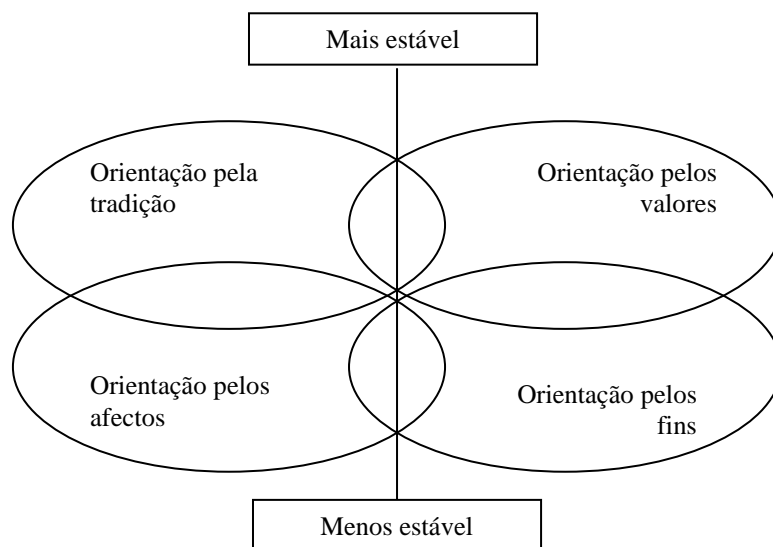
Assegurando estes pressupostos conceptuais, os diferentes tipos de acção que Weber (1983: 75 e ss.) discute – (I) tradicional, (II) afectiva, (III) racional quanto aos valores e (IV) racional quanto a fins – podem ser transformados em diferentes vectores que constituem os interesses no interior de cada indivíduo.<sup>72</sup> Como se observa na esquematização abaixo apresentada, delimitam-se estes vectores quanto à maior ou menor estabilidade da sua influência nas práticas sociais. Uma orientação tende a ser mais duradoura na influência sobre as práticas sociais (caso da tradição e dos valores) por não estar tão dependente dos contextos específicos de interacção, nem dos interlocutores, o que é determinante tanto para a orientação pelos afectos ou fins.

Importa realçar que esta delimitação pela maior ou menor estabilidade não anula o facto de todas elas serem produtos sociais. Isto é, são as aprendizagens sociais (socialização em sentido lato) as principais responsáveis pela configuração da(s) orientação(ões) predominante(s) na condução da acção, podendo haver a possibilidade de orientações pelos afectos ou pelos fins se apresentarem tão estáveis como as orientações pela tradição ou pelos valores. Consequentemente, cada uma destas orientações tende a ser accionada de forma menos consciente quanto maior for o seu enraizamento por processos de rotinização ou de cristalização.

---

<sup>72</sup> Faz-se uma chamada de atenção para a designação do tipo de acção *afectiva*. Embora na sua formulação original, *affection* remeta de forma mais linear para o termo *sentimento* (“*a socially constructed pattern of sensations, expressive gestures, and cultural meanings organized around a relationship to social object, usually another person*”, cf. Gordon, 1981: 566), neste trabalho explora-se apenas a dimensão afectiva dos sentimentos. Como Strauss (et al, 1985: 132 – 140) fazem notar, o sentimento no trabalho em saúde pode-se fazer sentir em várias dimensões, tais como: o trabalho em interacção e as regras morais, o trabalho de confiança, a consciência do contexto de trabalho e a rectificação do trabalho. Neste sentido, não são estas as dimensões que se exploram neste trabalho, mas o modo mais restrito como os sentimentos de afectividade (partilha, proximidade, afastamento, etc.) existente na relação entre os profissionais condicionam as interacções sociais. Por afectos entende-se o modo como os indivíduos constroem e mantêm as ligações sentimentais com os restantes indivíduos, portanto, um produto específico da capacidade de sentir.

Figura 2.3. – Vectores orientadores dos interesses



Vendo o lado do vector mais estável, a orientação pela tradição entende-se todo o tipo de influências sociais passadas que são reproduzidas automaticamente por ter sido sempre assim. Quanto à orientação pelos valores, pode estar em causa um conjunto alargado de orientações determinantes para a condução da acção. No caso empírico em discussão inclui-se valores profissionais, de ligação ao SNS e ao serviço público ou aos doentes. Tal como Weber propõe, pode-se incluir valores éticos, estéticos ou religiosos, mas contrariamente à sua ideia, não se considera que tenham sempre que ser conduzidos de forma consciente no curso da acção (e.g. “não sou eu quem vai desrespeitar o meu superior hierárquico”). Em termos do vector menos estável, portanto de natureza mais contingencial, foi anteriormente discutido em que medida se considera que os afectos, enquanto parte constituinte de sentimentos, são mais do que meras respostas reactivas. Respeitam a ligação sentimental e a entrega emocional que os indivíduos estabelecem com quem se relacionam ou mesmo com instituições que os rodeiam. O que importa reter deste vector é que se torna preponderante na compreensão sobre as variações das interacções sociais conforme os interlocutores presentes. Por último, a orientação pelos fins, respeita a ponderação entre meios e fins, portanto, a acepção instrumental que normalmente se vê associada aos interesses.

No sentido de sistematizar o entendimento conceptual sobre os processos cognitivos que suportam a acção, organiza-se no quadro seguinte a relação entre os quatro tipos-ideais que constituem a orientação dos interesses e a estrutura cognitiva do

pensamento segundo os seus patamares mais distantes: não consciência/não reflexividade (A) e consciência reflexiva (C).

Quadro 2.1. – Relação entre orientação dos interesses e estrutura cognitiva da acção

	Não consciência/Não reflexividade (A)	Consciência reflexiva (C)
Tradição	Reprodução automática	Reprodução automática
Valores	Reprodução automática	Reprodução automática/ Mudança ou reprodução reflexiva
Fins	-----	Mudança ou reprodução reflexiva
Afectos	Reprodução automática	Mudança ou reprodução reflexiva

Um aspecto prévio que deve ser tido em conta diz respeito ao facto de não ser possível procurar no espaço empírico comportamentos puros quanto à sua orientação fundamental. Aliás, os cruzamentos e influências entre tradições, valores, fins e afectos, tanto se podem identificar na rotinização para a não consciência, como para o desencadear de acções de natureza reflexiva. Portanto, uma qualquer acção pode ter na sua base um dos quatro vectores que constituem os interesses, como combinações variáveis. Ilustrando com um exemplo aproximado aos processos empíricos em análise neste trabalho, o facto de um médico agir em conformidade com as regras do serviço pode significar uma reprodução automática, logo, não consciente/não reflexiva, por intermédio de um dos três vectores dos interesses (tradição, valores e afectos), como também pode traduzir um interesse consciente e reflexivo por intermédio de valores (consciência da necessidade de respeito pela hierarquia profissional), dos fins (pensar nas contrapartidas de cumprir as regras) ou dos afectos (ter uma relação de natureza sentimental com quem define as regras) em agir desse modo esperado.

Como se observa na esquematização, os diferentes vectores dos interesses conduzem a processos de comportamento não necessariamente comuns entre si. Os afectos existem, quer no domínio consciente e reflexivo, em que o indivíduo sabe justificar para si os motivos das suas acções, quer numa existência rotinizada ou cristalizada e, por isso, não consciente. Afectos podem estar latentes nas interacções sociais, como mudar em relação à mesma pessoa em diferentes momentos ou em função do interlocutor em presença. Os fins, por seu lado, assumem apenas uma natureza consciente e reflexiva, na medida em que a

rotinização para o domínio de não consciência não reflexiva não é compatível com uma orientação dos comportamentos desencadeados por um motivo que é intrinsecamente consciente: saber que se faz e porque se faz, podendo reproduzir ou mudar reflexivamente o curso da acção. Quanto à tradição e aos valores, ambos envolvem reproduções automáticas, mesmo no nível de consciência reflexiva. De algum modo pode parecer contraditório afirmar a existência de uma reprodução automática no nível da reflexividade, na medida em que anteriormente foi argumentado que este domínio pressupõe um conhecimento do *self* sobre si mesmo. Esta questão é, na verdade, mais fácil de justificar do que aparenta, acabando por legitimar o que se verá mais adiante sobre o entendimento de Bourdieu (2001, 2002) quanto à reflexividade. Segundo o autor, a reflexividade não existe enquanto propriedade desagregada dos processos de *habitus*, ou seja, aquilo que o indivíduo pensa sobre si e sobre os outros constitui um reflexo das aprendizagens sociais. Neste sentido, é correcto afirmar que a consciência é compatível com uma reprodução automática, contudo apenas no que diz respeito a orientações centradas naquilo que sempre foi ou naquilo que é normal ser. Haverá, portanto, uma componente do raciocínio consciente que acaba por responder de forma relativamente linear às influências sociais marcantes, reproduzindo-as. No entanto, e como se vê, esta é apenas uma das possibilidades de entender os comportamentos reflexivos, em que as restantes dão evidência à acção, não apenas enquanto produto social, mas como produtor do social. Em relação aos valores, concebe-se, em todo o caso, a possibilidade de mudança ou reprodução reflexiva no domínio da consciência reflexiva. Quer isto dizer que os valores, tanto respeitam princípios de ordem moral mais estáveis e impregnados nos indivíduos, como se contempla a possibilidade de haver uma escolha reflexiva sobre os sistemas morais que os podem enquadrar. Aliás, questão que remete para a diversificação dos papéis sociais desempenhados em diferentes contextos.

Em suma, o ganho conceptual que esta construção analítica permite baseia-se no facto de compreender os diferentes motivos que, de forma mais ou menos articulada entre si, conduzem a uma reprodução ou mudança na acção. Tal como Weber (1983: 84) refere, existe uma “representação da ordem legítima”, que permite perceber o modo como cada indivíduo valoriza diferentes sentidos orientadores para a sua acção. Por conseguinte, a reprodução tanto pode advir de práticas rotinizadas ou cristalizadas, como pode significar o interesse, ou falta dele (estrategicamente falando) para agir, como também medo ou insegurança. Do mesmo modo, a mudança, pode advir de motivos que vão desde os afectos, como ao interesse em beneficiar com essa mudança. Afinal, como Lovell (2003)

interpreta do trabalho de Judith Butler, a grande limitação de autores incontornáveis no pensamento sociológico contemporâneo, como Bourdieu ou Foucault foi não terem conceptualizado a existência psíquica do poder. Segundo Butler, essa existência, que medeia o poder social e o *self*, permite compreender o papel da agência humana nas formas distintivas de acção. Esta ideia tem subjacente que, contrariamente ao argumentado por Durkheim (1886, apud. Alexander, 1986), o *actor adaptativo* – como o autor se refere – não tem necessariamente que estar imbuído com motivos egoístas na forma como responde a condicionantes externas. Neste sentido, a dimensão ético-moral, simultaneamente social e individual, permite perceber em que sentido a acção individual é muito mais do que uma acção egoísta.

Voltando a tomar em linha de conta os contributos de Crozier e Friedberg (1977), é considerado que as fontes de poder numa organização – e conseqüentemente os mecanismos responsáveis pela indeterminação das estruturas – são: (I) o controlo de uma competência (*expertise*) particular; (II) o controlo pela especialização funcional daí correspondente; (III) o controlo de elementos envolventes à organização; (IV) o controlo da comunicação e informação; (V) o controlo das regras organizacionais (*Id.; Ibid.: 71*). Se por um lado, esta perspectiva tem como ganho fundamental explicar os motivos pela incerteza implícita numa contingência estrutural, por outro, isso não pode legitimar a ideia que a posse de tais recursos pressuponha a sua utilização nos mesmos moldes e circunstâncias. É, fundamentalmente, através do sentido orientador da acção que se completa esta perspectiva sistémica. Toda a conceptualização dos autores peca apenas por não considerar que, além de se procurar os recursos de poder responsáveis por um dado jogo negociado, é imprescindível saber os motivos que impelem os indivíduos a agir. Médicos cuja acção tende a ser orientada mais por valores ou pela tradição podem fazer usos distintos dos recursos de poder detidos quando comparados com médicos cuja orientação tenda a ser para os fins.

É neste sentido que se compreende como os sistemas humanos se perpetuam ou se modificam. A sua manutenção tanto envolve a não posse de recursos para mudar, como o não interesse em mudar ou, ainda, o interesse em não mudar. Não interesse em mudar traduz-se na não intenção de querer fazer algo por falta de conhecimento (pense-se nos recursos transmitidos através do *habitus*), enquanto o interesse em não mudar já se relaciona com uma consciência reflexiva em ter a intenção de não fazer. Uma coisa é o “não quero fazer” e outra é o “não quero fazer porque ...”.



Tanto o não interesse, como o interesse em não fazer podem ser desencadeados pela orientação da acção valorizada pela continuidade (tradição e/ou valores) como por afectos ou mesmo fins. As situações de mudança representam uma relação dialéctica entre os interesses pessoais (por qualquer um dos quatro vectores) e as regras presentes numa dada interacção social – *contexto* (cf. Caria 2002) –, ou seja, uma não adequação do sistema aos interesses dos *agentes* que negociam esse jogo.

Deste modo, e para concluir, entende-se que o desempenho dos papéis profissionais respeita, em primeiro lugar, a existência de uma ordem externa que, através de socializações educacionais e posteriormente profissionais, se vão tornando também ordens individualmente interiorizadas. Uma menor determinação dos comportamentos individuais traduz-se em situações em que os recursos de poder detidos pelos agentes permitem um espaço de acção mais alargado em função de um daqueles quatro vectores de orientação da acção. Resultam de uma situação dialéctica entre as regras específicas presentes na interacção e o tipo de orientação da acção mobilizado, consciente ou inconscientemente, pelos agentes. Por outro lado, uma maior determinação dos comportamentos individuais traduz-se, na não posse dos recursos de poder necessários para introduzir essas mudanças. Há, ainda, que considerar o não interesse em mudar, por motivos ético-morais ou estratégicos. Estes motivos são de natureza alargada, incluindo dimensões mais amplas da vida social (e.g. respeito pela vida humana), como dimensões específicas à profissão (e.g. dever de tratar do doente) e ainda dimensões individuais construídas com base nas trajetórias de vida e nos interesses – instrumentalmente falando – (e.g. não se deve contrariar as ordens do director de serviço). A maior determinação dos comportamentos pode ainda ficar a dever-se a influências cristalizadas ou rotinizadas (cf. Figura 2.2.) que se reproduzem automaticamente, ou seja, de forma inconsciente/não reflexiva.

## **6.2. A REFLEXIVIDADE ENTRE APRENDIZAGENS E INTERESSES**

Como foi já referido, pistas empíricas apontaram para a necessidade de descer o enfoque analítico da profissão para o centrar nos profissionais. Este pressuposto obriga a que se rejeite, à partida, a oposição entre médicos e gestores apenas por serem médicos e gestores. Essa é uma ideia reificada dos grupos profissionais, que faz depender os comportamentos individuais tão-somente das racionalidades técnico-científicas específicas a cada profissão.

Em termos epistemológicos, colocar as práticas como o resultado exclusivo da pertença a determinados grupos tem por base uma valorização que se considera redutora e algo excessiva do papel que os factos sociais (no sentido durkheimiano do conceito) representam no curso da acção.<sup>73</sup> Aliás, como se pode verificar em registos de Sedas Nunes (1979) acerca dos passos inaugurais da sociologia em Portugal, procurar os factores sociais na explicação de comportamentos não pode conduzir a uma ideia quase mecanicista do papel desses factores na explicação das regularidades sociais. Posição idêntica é encontrada em Boudon e Bourricaud (2004), segundo os quais, a sociologia contemporânea tem visado um uso excessivo dos princípios causais da acção, fazendo da socialização um “*conceito ou uma teoria precisa*”. (p. x).

Obviamente que esta procura não põe em causa, nem poderia pôr, a explicação de factos sociais por outros factos sociais, o que constituiria a anulação de uma das mais fundamentais bases onde assenta o pensamento sociológico (sobre esta questão vd. Pinto, 1984a). Apenas se afirma que os factos sociais podem ser compreendidos de uma forma mais complexa, envolvendo não só reproduções automáticas decorrentes de determinantes sociais, como também o uso das práticas individuais.

Neste sentido, não se questiona que as profissões se constituam como importantes grupos de diferenciação entre os indivíduos, também ao nível da construção de

---

<sup>73</sup> Bourdieu (1989: 8) afirma que na esteira Kantiana, Durkheim afigura-se como um autor idealista por considerar que “*a objectividade do sentido do mundo define-se pela concordância das subjectividades estruturantes (senso = consenso)*”. Se por um lado, é um dado adquirido o sentido conferido por Durkheim aos factos sociais como parte integrante da estrutura social supra-individual, por outro, é importante ter a consciência quanto à abrangência da linha de pensamento desse autor. Num importante contributo sobre esta questão, Alexander (1986) preocupa-se em traçar períodos, alguns deles contraditórios, sobre o modo como Durkheim explica a existência da ordem social. Deste modo, não deve causar surpresa que alguns dos contributos do autor apelem mais a uma vertente estrutural das causas da ordem social, enquanto outros, a uma dimensão mais subjectiva. Exemplo do primeiro pendor é encontrado na sua reflexão sobre o *Suicídio*: “*Durkheim (1951: 299 (1897)) defines suicidogenic currents as composed of a ‘collective force of a definite amount of energy’, they reflect a social substratum which is itself composed of ‘beliefs and practices (1951: 170 (1897)) and they form a society which Durkheim (1951: 310 (1897)) describes as, in the last analysis, having a ‘physical existence.’*” (Alexander, *Ibid.*: 99) Por outro lado, o pendor subjectivista do seu pensamento encontra-se em *Essai sur l’origine de l’idée de droit* (apud. Alexander, *Ibid.*: 97), em que: “*he [Durkheim] writes (1893a: 292), only ‘completely interior sentiments’ that can be relied on, for ‘it is inside the conscience and not outside, it is in the sympathetic and altruistic disposition and not in the sentiments of interest that it is necessary to go look for the solution.’*”

---

racionalidades tecnicocientíficas e de identidades não extensíveis e aplicáveis a outros grupos. No entanto, incluir nesse raciocínio a estruturação das estruturas por intermédio de quem as compõe e reproduz permite uma fuga mais eficaz à tentação de procurar apenas a semelhança de comportamento entre indivíduos pertencentes aos mesmos grupos sociais, e a dissemelhança em relação a outros grupos distintos. A questão é que a existência quotidiana de regularidades de conduta nas práticas dos profissionais não pode obscurecer toda uma existência individualizada da sua pertença.

Incluir esta dimensão na problematização sociológica acaba por suavizar a divisão que Durkheim defende logo desde o início de “As Regras do Método Sociológico” para o objecto de análise da sociologia enquanto ciência social. Sabendo que esta articulação entre estruturação e subjectividade representa um aspecto não inteiramente estável ao longo da evolução do pensamento de Durkheim (cf. Alexander, 1986), o ponto de vista que aqui se adopta é que a consciência individual não pode ser tomada pela sociologia em oposição às dinâmicas sociais de natureza macro e que se situam numa posição superior à sua existência individual. Perante a evolução do debate actual, isso representaria uma divisão pouco útil entre indivíduo e sociedade, relegando para um lugar demasiado secundário a capacidade do indivíduo ter consciência de si, dos outros, dos contextos de interacção, do seu passado, presente e futuro, o que, invariavelmente, influencia a activação das suas acções.<sup>74</sup>

Para que se compreenda as implicações do projecto sociológico neste debate é necessário que as vivências sociais sejam definidas. Casanova (2004: 1), ao analisar a natureza social dos comportamentos humanos, refere que o social deve ser entendido sob diversos significados. Em primeiro lugar, falar na natureza social dos comportamentos implica o reconhecimento de que não é definitiva nem monolítica, havendo reconstruções sucessivas das práticas e representações individuais. Em segundo lugar, são sociais no sentido durkheimiano de explicação de factos sociais por outros factos sociais (vd. Durkheim, 2001). Em terceiro lugar, as naturezas são sociais porque existem comportamentos mais cristalizados do que outros, portanto, um grau diferenciado na naturalização dessas naturezas. Em último lugar, são sociais no sentido em que não são apenas determinadas, podendo igualmente determinar relações sociais.

---

<sup>74</sup> Obviamente que os contributos de Durkheim não podem ser descontextualizados do seu tempo. Importa salientar que a legitimidade que o autor procurava para a sociologia envolvia cortes epistemológicos significativos, sobretudo em relação a disciplinas como a física ou a biologia.

Como se viu, nesta investigação analisam-se os comportamentos sociais sob uma dupla influência, isto é, o reconhecimento de que existem orientações sociais que se naturalizam no interior dos indivíduos, afectando os seus modos de entendimento sobre o mundo exterior e, conseqüentemente, as suas acções, mas compatibilizando com a ideia de que os comportamentos individuais não decorrem apenas dessas naturalizações, devendo-se valorizar as capacidades reflexivas dos agentes sociais.<sup>75</sup> O argumento de base é que a reflexividade não anula a naturalização do social. Tal ideia implicaria uma liberdade no espaço social conceptualmente pouco útil, para não dizer empiricamente irrealista. Por isso, falar em reflexividade pressupõe que os comportamentos sejam influenciados por naturezas sociais, do mesmo modo que falar na natureza social dos comportamentos não deve anular a existência da reflexividade. Afinal, segundo Lynch (2000), a reflexividade não deve ser tomada como uma perspectiva teórica radical, nem tão pouco como um programa teórico crítico.<sup>76</sup> Está em causa uma dimensão da natureza humana e da realidade social – o pensamento –, não extinguindo a natureza humana e a realidade social a essa capacidade. Deste modo, a reflexividade não deve ser confundida com uma moral epistemológica, mas antes *“uma propriedade inevitável do modo como as acções (...) se desenrolam, fazem sentido e são incorporadas nas definições sociais.”* (Id., Ibid.: 26 – 7)<sup>77</sup>. Este entendimento esclarecedor que Lynch apresenta sobre a reflexividade procura, antes do mais, evitar que se confunda a noção de reflexividade com conotações que de facto ela não assume, inclusive nesta investigação:

I recommend this limited notion of reflexivity for the simple reason that it avoids the academic pretensions and fractiousness that can arise from equating reflexivity with a particular intellectual orientation, cultural condition or political perspective. (p. 27)

Mesmo assim, nas teorias sociológicas não apresenta grande consensualidade a este nível, tanto por estranhas omissões entre autores contemporâneos (referência a Giddens e a Bourdieu), como por delimitações algo redutoras em relação a contributos já existentes

---

<sup>75</sup> Segundo Casanova (2004: 19), *“falar em “naturalização” parece constituir um modo apropriado para referenciar o estatuto interiorizado e estruturante das acções sociais (...). A naturalização é a interiorização de orientações que os agentes passam a considerar como naturais”*.

<sup>76</sup> Segundo as suas palavras que transmitem exactamente aquilo que é o objectivo nesta investigação: *“I shall argue that the meaning and epistemic virtues ascribed to reflexivity are relative to particular conceptions of human nature and social reality”* (Id.,Ibid.: 26).

<sup>77</sup> Tradução do original em inglês.

(referência de Archer a Giddens e Bourdieu). Tendo uma vez mais por base a preocupação quanto a uma não balcanização das teorias sociológicas, considera-se que o entendimento apresentado sobre a reflexividade, enquanto capacidade de monitorização avaliativa e interpretativa feita pelos agentes a si mesmos, aos contextos sociais que os envolvem e aos seus interlocutores, apenas pode ser prosseguido através de uma ampla articulação conceptual.

Tendo-se constatado que as acções individuais representam a exteriorização de processos individuais de objectivação da realidade social, torna-se fundamental compreender os mecanismos de interpretação da realidade social. Por outras palavras, sabendo que se deve considerar uma distância entre a normatividade das estruturas colectivas e a subjectividade individual, própria de uma acção reflexiva dos indivíduos (Dubet, 1994), aquilo que habitualmente é tido como personalidade depende de referenciais identitários dominantes na sociedade e dos processos mais próximos de socialização (Dubar, 2006).

Recordando os contributos de Frère (2004), não obstante o lugar de destaque ocupado pelo pensamento de Bourdieu na reflexão sociológica contemporânea, é hoje em dia argumentado que um dos seus principais instrumentos conceptuais – *habitus* – está refém de uma opacidade difícil de se libertar. Para Frère, é este o motivo para o qual a sociologia tem vindo a dedicar uma especial atenção a uma vertente psicológica, de modo a trazer para um lugar de maior destaque a componente activa da acção (intenção) que em Bourdieu parece ficar presa a determinantes sociais. É fundamentalmente este o debate que se convoca neste ponto, procurando assim esclarecer a base teórica que suporta a capacidade reflexiva dos *agentes* sociais.

Segundo Bourdieu (2002) o “*Esboço de uma Teoria da Prática*” não deve permitir uma separação entre o objectivismo e subjectivismo, sob pena de uma visão da realidade social ancorada tanto em determinações, como em construções individuais e subjectivadas da realidade social.<sup>78</sup> De facto, esta formulação dialéctica entre estruturas objectivas e as disposições internas aos indivíduos, onde essas estruturas se actualizam e reproduzem revelou ser um passo conceptual determinante para estabelecer a relação entre

---

<sup>78</sup> Segundo Fowler (1996), o modo como Bourdieu desenvolve esta ideia aproxima-o da perspectiva realista, já atrás referida sobre Roy Baskar ou Margaret Archer. Não esquecer esta aproximação não é consensual, pois a própria Archer (2007) apresenta-se como crítica de Giddens e de Bourdieu.

exterioridade e interioridades, o que constitui o mecanismo base aqui considerado para a reflexividade.

O *habitus* representa assim o “*sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona em cada momento como uma matriz de percepções, de apreciações e de acções*” (Id.; *Ibid.*), que dilui as incompatibilidades conceptuais entre a estrutura e a acção. Os indivíduos apresentam-se como sínteses constituídas por conjuntos alargados de experiências e aprendizagens, cujas influências ficam patentes em modos de agir automática e inconscientemente accionados. Aliás, aquando da figura 2.2. viu-se em que sentido este princípio é trazido para esta pesquisa, considerando tanto os processos de cristalização como de rotinização responsáveis pela praxis não reflexiva e não consciente.

Contudo, a questão da reflexividade é o ponto de discórdia na teorização sobre a relação entre acção e estrutura. Por exemplo, apesar de Bourdieu (1992) salientar a existência da reflexividade enquanto mecanismo impulsionador das práticas, além do *habitus*, e de referir o não determinismo entre as práticas e as disposições, já que os contextos podem introduzir diferenças na condução das acções, vários autores têm chamado a atenção para as suas limitações (entre as mais variadas propostas veja por exemplo, Alexander, 1995, Archer, 2007 ou Hamel, 2007), sobretudo, e nos termos que aqui interessa, o papel pouco central da reflexividade como vector explicativo das práticas sociais.<sup>79</sup>

---

<sup>79</sup> Partindo dos contributos de Pires (2007), o qual fornece uma interpretação de síntese e de organização das diferentes correntes de pensamento sociológico, a teoria prática formulada por Bourdieu cai numa contradição entre a conjugação do campo e do *habitus*: “*Como já argumentei noutra texto (Pires, 2003: 49-50), o grau e o tipo de sistematicidade das relações entre disposições deveriam constituir um problema analítico, não um a priori conceptual. Acresce que o carácter holista do conceito de habitus contribui para solucionar a tensão entre pluralidade e holismo na definição bourdiana de estrutura externa a favor do pólo holista, enfraquecendo as componentes mais originais da proposta do conceito de campo. De facto, existe uma tensão irresolúvel entre uma concepção plural da estrutura externa (que acentua a autonomia relativa dos campos) e a concepção holista da estrutura internalizada (habitus enquanto sistema de disposições).*” (p. 38) Neste sentido, se Bourdieu é criticado por conferir à sistematicidade das acções individuais uma inevitabilidade, caindo numa leitura “sub-reflexiva dos actores”, o teorema da “dualidade da estrutura” de Giddens (1984), por outro lado, cai numa leitura “hiper-reflexiva dos actores” (Pires, *Ibid.*: 36; vd. Frère, 2004 a respeito do pendur sub-reflexivo existente na teorização de Bourdieu, ou Alexander, 1988, 1995, que considera essa teoria como sendo demasiado opaca, generalista e

Neste sentido, embora Bourdieu refira que o *habitus* põe “em evidência as capacidades «criadoras», «activas» [e] «interventivas»” (1989: 61), além de definir a histerese dos *habitus* como desfasamento entre ocasiões e disposições, e a considere condição inerente à reprodução social, o autor toma essas situações, sobretudo, ao nível do *habitus de grupo* ou de classe, como “ocasiões falhadas”, “impotência” ou “crises históricas” (2002: 179). Representam desvios ao que é expectável em cada campo social, logo, à reprodução e conformidade decorrentes da cumplicidade ontológica entre o *habitus*, o habitat e as posições num determinado campo.

Como se verificou, o argumento sobre esta interpretação relativa à constituição da normalidade da acção no interior de campos específicos é que a acção, ao respeitar uma ordem regulada, é individualmente percebida e sujeita a interpretações e interesses não necessariamente convergentes com as expectativas do grupo onde se insere, nem com estruturas lineares de pensamento (vd. Caria, 2002 ou Adkins, 2003).<sup>80</sup>

A inclusão desta pequena variação na formulação de Bourdieu permite complexificar o que pode ser considerado como acção normalizada. Por muito mutável e adaptável que o *habitus* possa ser conceptualizado, os motivos das acções permanecem em demasia num alegado nível pré-reflexivo. Aliás, Bourdieu (2002) desconsidera a reflexividade enquanto avaliação cognitiva individual sobre a realidade social envolvente (entenda-se estruturas sociais), pois encara esse exercício como sendo socialmente determinado. Por outras palavras, na medida em que os indivíduos têm uma existência social, dado que são constituídos por influências sociais que definem o seu pensamento, a reflexividade constitui um reflexo do *habitus*.

Considerando o ponto de vista que aqui interessa, questiona-se que a explicação dos comportamentos individuais decorra simplesmente de estruturas pré-reflexivas. O facto de

---

determinista). Não obstante esta interpretação crítica em relação aos contributos de Bourdieu, noutros trabalhos que claramente se situam na sua esteira consideram que os argumentos de Bourdieu são facilmente associados a uma simplificação excessiva em torno da reprodução das práticas sociais (e.g. Casanova, 2004; Fowler, 2006).

<sup>80</sup> Se dúvidas restam sobre o pendor para a regularidade da praxis no pensamento de Bourdieu, atente-se ao seguinte excerto: “Em suma, ninguém pode lucrar com o jogo, nem mesmo os que o dominam, se se envolver no jogo, sem de deixar levar por ele: significa isto que não haveria jogo sem a crença no jogo e sem as vontades, as intenções, as aspirações que dão vida aos agentes e que, sendo produzidas pelo jogo, dependem da sua posição no jogo e, mais exactamente, do seu poder sobre os títulos objectivados do capital específico” (Bourdieu, 1989: 85 – 6).

a reflexividade não ser uma condição natural, dado que é influenciada pelas estruturas sociais que enquadram os indivíduos, não desvirtua a sua conceptualização em termos de capacidade cognitiva de auto-compreensão, de compreensão dos outros, do espaço social envolvente e das avaliações e expectativas que os indivíduos formulam. Afinal, os campos da socialização são insuficientes para perceber a inteligibilidade da acção (Boudon e Bourricaud, 2004).

Aquilo que se considera como a limitação na teoria de Bourdieu é o facto de conferir ao *habitus* uma amplitude de tal ordem que engloba todos os interesses e os seus contrários. Dado que toda a possibilidade de escolha individual é incorporada nas influências sociais, esse elevado nível de abstracção acaba por obscurecer a existência de motivos da acção que se diversificam em função dos contextos da interacção, do interlocutor e de interesses individuais que se alteram no tempo e no espaço (Adkins, 2003).

O modo que se encontra para fazer face a esta aparente contradição entre as influências sociais e a reflexividade na acção reside, como Bourdieu propõe, em não situá-los no mesmo nível conceptual. Quer isto dizer que não se trata de procurar o vector explicativo dos comportamentos, como se o *habitus* e a reflexividade respeitassem mecanismos distintos de acção. A reflexividade emerge contextualizada por percursos sociais, mas sem que isso se traduza numa desconsideração do seu papel na condução da acção, tal como a “*Teoria da Prática*” parece fazê-lo. Defender a compreensão da reflexividade não invalida a ideia que os contextos de interacção são moldados por estruturas sociais objectivas para uma dada realidade social, nem que os processos de interacção decorrem de interiorizações individuais que justificam formas esperadas de comportamento (“o que é suposto/esperado fazer”).

Como Frère (2004) argumenta, o que está em causa é a excessiva opacidade em que o *habitus* se encerra e que acaba por contribuir em muito para a sua deturpação e falta de entendimento. Frère, em linha de pensamento com autores como Boudon, salienta que o estatuto de “caixa negra” em que o *habitus* reside decorre do facto de Bourdieu não lhe ter conferido substância empírica. Daí a necessidade da sua articulação com outros conceitos que permitam incluir o funcionamento psicológico (no sentido da individualidade da agência humana).



Como é óbvio, o elevado grau de abstracção da “teoria da prática” não pode levar a pressupor que Bourdieu tenha ignorado ou rejeitado as possibilidades de variação da acção. Refere, por exemplo, que a interacção social é definida, tanto pela “estrutura objectiva” da relação entre os grupos correspondentes, como pela “estrutura conjuntural” da relação de interacção, ou ainda que os interesses resultam da relação entre as disposições e as situações (Bourdieu, 2002: 177). No entanto, a sua necessidade em apresentar o *habitus* como mecanismo gerador de práticas acaba por desvirtuar outros mecanismos de activação da acção, e isso é incontornável nas suas próprias palavras: “*Em suma, produto da história, o habitus produz práticas, individuais e colectivas, e portanto história, em conformidade com os esquemas engendrados por essa mesma história*” (Id., *Ibid.*: 178). Logo, é impossível não interpretar o esquema conceptual Bourdieu numa vertente mais constrangedora da acção do que capacitadora.<sup>81</sup>

Dado que o objectivo nesta investigação reside precisamente na compreensão sobre as consequências que a acção individual representa sobre o quotidiano organizacional dos hospitais, procurar apenas as suas influências sociais ignora muitos dos contextos e interesses que condicionam o seu curso. Reitera-se uma vez mais que não se trata de expressar que os interesses individuais sejam independentes de influências sociais, mas considerar que os contextos onde decorrem a acção, os projectos futuros dos indivíduos e o modo como estes objectivam a realidade social permitem compreender variações na condução da acção.

Estes vectores que complexificam os motivos da acção revelam maior importância ao considerar-se indivíduos possuidores de “status” e de poder carismático como é o caso dos médicos nas sociedades modernas. O poder de acção detido em contexto organizacional, devido à autonomia técnica intrínseca ao seu exercício profissional, traduz-se numa possibilidade alargada de acções. Neste sentido, e aproveitando as palavras de Breton (1995: 115), não se concorda com o autor quando afirma que “*a criança não é uma página em branco onde os outros escrevem o que deveria ser, ele detém uma criatividade*

---

<sup>81</sup> Ao ler-se a teoria da prática fica-se com a ideia de uma visão da acção mais por via dos seus constrangimentos sociais do que propriamente por via das suas possibilidades. Por exemplo, quando o autor justifica que as acções quotidianas respeitam princípios inconscientes do *ethos*, expressa-o no sentido de reprodução das estruturas sociais: “*isso não é para nós*” (Bourdieu, 2002: 165). Porque não dizê-lo em termos contrários?, ou seja: “*isso é para nós*”.

*ímpar que o coloca em posição de actor face às normas familiares*”<sup>82</sup>. Segundo a noção de reflexividade que aqui se defende, os indivíduos quando nascem são considerados como uma página em branco (tendo forçosamente que se ignorar o papel de condicionamentos biológicos, tal como se referiu anteriormente aquando da discussão sobre os contributos de António Damásio). Como Elias (1993: 17) fez notar, não é então possível dissociar a existência individual e o seu auto-desenvolvimento da relação com os processos sociais.

É neste sentido que, não obstante os processos de individualização dos indivíduos, ou seja, todos os elementos que configuram a existência única e irrepitível de um *self*, é possível considerar a criança como uma página que vai sendo escrita por todos os intervenientes nas suas aprendizagens sociais, ao ponto de influenciar o modo como ele se vê e se relaciona com os outros, portanto, a sua reflexividade. Daí a importância do pensamento de Bourdieu, pois, como refere, as interações sociais apenas podem ser correctamente compreendidas caso se considere que os seus intervenientes possuem dentro de si formas objectivadas da realidade social decorrentes da sua posição social. A isto acrescenta-se a existência de interesses ou projectos que introduzem diferenciações na forma como o mesmo indivíduo pode querer conduzir a sua acção.

Ignorando então o papel de factores biológicos que não têm forma de ser aqui compreendidos, a reflexividade deve estar inscrita no processo de aprendizagens sociais. Neste sentido, o *I*, isto é, a capacidade activa, criativa e recreativa dos indivíduos na forma como interpretam e interagem com o espaço social envolvente (cf. Mead, 1934), encontra explicação nas influências sociais exercidas pelas experiências inscritas nas suas trajetórias sociais, bem como nos lugares estruturais ocupados. Como resultado, a consciência que o indivíduo tem de si e dos outros, está intimamente interligada com essas experiências passadas, pelo que a reflexividade não se anula pela existência de influências sociais, e vice-versa. A socialização influencia aquilo que constitui a reflexividade e esta permite que os indivíduos interpretem a sua própria socialização.

Neste dualismo entre o peso conferido à estrutura e à acção, emergiu uma linha de argumentação quanto às implicações da teoria de Bourdieu. Entre os mais diversos contributos, destaca-se o de Bernard Lahire (2002, 2008) que, não saindo da esteira de Bourdieu, tem como preocupação o desenvolvimento de uma abordagem que considere,

---

<sup>82</sup> Tradução livre do original em francês. Esta discordância com a afirmação de Breton não invalida os seus argumentos sobre a influência que vectores educacionais e culturais assumem nas práticas e representações em relação ao caso concreto da construção social dos significados da dor.

em diferentes graus a influência das aprendizagens passadas. Argumentando que o *habitus* acaba por se afigurar como um instrumento conceptual algo rígido e que contribui para uma visão algo abstracta das influências passadas sobre os comportamentos actuais, Lahire propõe a sua substituição pelo conceito de *disposições*, o que na opinião de Pires (2007) permite resolver a contradição contida na teoria prática.

As *disposições* são definidas enquanto efeitos que constituem tendências, inclinações, propensões para se perceber o sentido e a forma da acção em contextos sociais específicos. Não vêm legitimar uma “*singularidade irreduzível dos destinos individuais, nem [da] “liberdade de escolha” de indivíduos “autónomos” (e deslastrados de todos os determinantes sociais)*”, pelo contrário esta visão permite compreender de que modo “*a estrutura de conjunto das sociedades engendraram [as acções individuais].*” (Lahire, 2008: 15).

Relacionando com os objectivos deste trabalho, a mais-valia desta abordagem é o facto de os indivíduos serem analisados através de uma existência social que torna compatível a adesão simultânea a diferentes instituições, grupos e campos de força, ou seja, analisar o social individualizado. Os indivíduos podem, assim, ser considerados como uma síntese de *selves* que se manifestam em diferentes momentos (Cohen, 1994). O *self* constitui-se por uma pluralidade simultânea de pertenças sociais e simbólicas, sendo esta a consequência expectável de uma sociedade cujo funcionamento apela a uma crescente diferenciação social, com múltiplos papéis a serem desempenhados em simultâneo e, que além disso, demonstra um elevado nível de mudança social não inteiramente compatível com a rotinização intrínseca ao *habitus*.

Posto isto, e aceitando o passo teórico que o *habitus* dê lugar às *disposições*, aquilo que se pretende é incluir na explicação dos comportamentos o domínio da capacidade reflexiva dos indivíduos. Neste sentido, a reflexividade deve ser considerada como capacidade absoluta apenas em termos potenciais. Isto, porque a própria definição de interesses presentes e futuros tem de ser procurada no passado, não sendo possível conceber que todos os actores tenham ao mesmo tempo a possibilidade de ter os mesmos interesses. Portanto, a reflexividade, sendo uma característica inata de pensamento, activo e recreativo, não pode estar teoricamente dissociada das influências sociais, incluindo a desigual distribuição de recursos. Isto significa que os entendimentos que o actor faz de si, das suas acções e do mundo, estão balizados. Inclusive, a noção de mudança (“mudar de

vida”) não é uniformemente sentida, embora, virtualmente todos os actores tenham capacidade cognitiva para o fazer.

Esta atitude, ou falta dela, demonstra em que sentido não é correcto pressupor a reflexividade como liberdade absoluta de acção e contrária a influências sociais. Neste sentido em particular, não parece muito útil referir a reflexividade como sinónimo da “democratização da vida individual” (Kaufmann, 2001). Se por um lado se contesta a mera estruturação da acção individual, por outro, não se pode legitimar uma capacidade ilimitada de acção, por muito que se defenda a capacidade de escolha dos actores.

A liberdade de acção está inscrita por referenciais introduzidos ao longo das experiências passadas, sendo esse o motivo para que se afirme que os actores são inicialmente livros em branco. Aquilo que são, mas sobretudo, aquilo que querem ser depende da história escrita. Essa escrita é inicialmente feita por agentes socializadores e à medida que o indivíduo cresce, e cresce consigo a sua capacidade de consciência de si e dos outros, ele próprio vai intervindo activamente sobre os agentes responsáveis por essa escrita. A questão é que as influências iniciais não desaparecem simplesmente à medida que o actor vai adquirindo essa capacidade. A socialização e a reflexividade permanecem interligadas ao longo da existência social recreativa, pelo que as principais implicações desta conceptualização prendem-se com a rejeição do pensamento que os comportamentos actuais são meras adequações de estruturas interiorizadas, convocadas automaticamente.

É precisamente para defender esta ideia que os contributos de Alexander (1988) apareceram anteriormente como tão significativos. Sendo o seu objectivo legitimar as possibilidades de acção individual contingente, dentro de envolventes externas que as constroem, o autor considera que, se por um lado, as envolventes são o resultado de acções individuais, por outro a acção será o resultado da envolvente que a constroem. O autor conceptualiza a acção através das dimensões da *interpretação* e da *estratégia*.<sup>83</sup> A *interpretação*, por um lado, é composta por dois processos, o de *invenção* e o de *tipificação*. O processo de *invenção* respeita o entendimento subjectivo do mundo por parte dos indivíduos, o qual envolve o processo de *tipificação*, ou seja, modos específicos de classificação existente individualmente em função das socializações passadas. Neste sentido, o entendimento é *tipificado* em função de entendimento prévios já existentes nos

---

<sup>83</sup> Uma e outra não representam diferentes tipos de acção, nem tão pouco representam diferentes ênfases em diferentes momentos do curso da acção. Devem antes ser conceptualizadas como coexistindo em simultâneo, pelo que a sua distinção é apenas analítica e não empírica.

indivíduos e que decorrem das suas experiências passadas. Por este motivo, Alexander considera-o um processo interaccional e não apenas uma qualidade da consciência individual. A *invenção* não envolve, contudo, apenas um processo de *tipificação* em relação ao passado, o que corresponderia apenas a uma reprodução estática do passado. É precisamente neste nível que situa a contingencialidade do presente que, influenciada por generalizações do passado, apresenta sempre algo de novo, numa lógica de sucessiva conceptualização da realidade ou, porque não, de criação da realidade: “*only because invention is hidden within phenomenological conformity can culture be so plastic and individual action proceed in such an extraordinary fluid way*” (Ibid.: 314).

A *estratégia*, por sua vez, permite que a acção se despenda apenas do entendimento subjectivo e individual da realidade, representando igualmente a capacidade de transformação e de mudança que os actores têm sobre ela. No entanto, os recursos de mudança – tempo, energia e conhecimento – ao serem limitados serão apenas utilizados em situações consideradas proveitosas para a utilização desses recursos, ou seja, dependendo do conhecimento que os actores têm da realidade e daquilo que esperam conseguir alterar. Do mesmo modo que a *estratégia* está dependente da *interpretação* da realidade, a própria *interpretação* pode ser vista como um processo estratégico, já que não é igualmente partilhada entre todos os actores. Os entendimentos individuais dependem, por isso, de julgamentos sobre o que merece ou não intervenção e, assim sendo, sobre a aplicação dos recursos escassos.

Tendo por base este entendimento da componente da acção, a forma como a reflexividade é aqui compatibilizada inclui noções de *interpretação* e de *estratégia*. A mudança ou reprodução reflexivas são estratégias, mas estas dependem da forma como a realidade social foi interpretada individualmente. Por isso mesmo é que a estratégia não é um elemento de igual valor entre indivíduos, nem mesmo para um indivíduo ao longo da sua trajectória social. Como se propôs, a definição de interesses depende de uma complexa articulação entre trajectória social e os modos como os actores se auto-interpretam e interpretam os outros.

São estes os contributos que permitem conceptualizar a interiorização da exterioridade como produto de influências sociais que se articulam com um *self* (e consequentemente com o *I* e com o *me*) capaz de avaliar e escolher. Por isso, a inculcação pela prática não é suficiente para explicar as razões das práticas sociais, sendo necessário compreender como os indivíduos as interpretam e se relacionam com essas inculcações.

Sintetizando então os pontos-chave nesta discussão sobre a estrutura cognitiva da acção:

- (I) Importa distinguir a consciência da acção da consciência reflexiva. Embora sejam dimensões associadas, comportamentos reflexivos ocorrem apenas em estados conscientes, sendo, por outro lado possível falar em estados de consciência relativamente à acção sem que sejam dotados de reflexividade (saber “que se faz” pode não pressupor que se saiba “porque se faz”);
- (II) A intencionalidade da acção (“querer”) pode não ser reflexiva nos casos em que, por via das influências sociais passadas, há interesses espontaneamente reproduzidos por cristalizações ou rotinizações;
- (III) Por isso, os comportamentos actuais tanto envolvem estruturas não conscientes que se cristalizam nas aprendizagens sociais, como resultam de acções conscientes e reflexivas accionadas em função de interesses ou projectos pessoais, ou de alteração dos contextos rotinizados;
- (IV) Como Giddens (1984) refere, abordagens sociológicas têm dificuldade em analisar o inconsciente (o que mesmo assim permite refutar perspectivas freudianas), e fazê-lo deverá ser por referência ao consciente. Assim, os instrumentos teóricos adquiridos não permitem ir além desta compreensão da não consciência por referência à consciência, o que, nestes termos, significa considerar que tanto a rotinização como a cristalização – no sentido de acções não intencionais/não conscientes – se traduzem em acções que foram interiorizadas pelos indivíduos ao longo do tempo, ao ponto da sua utilização se processar sem a necessidade de consciência sobre “como é feita” e “porque é feita”;
- (V) Portanto, esta leitura baseia-se numa interpretação processual e diacrónica da relação entre estados de consciência e de não consciência;
- (VI) Existe uma relação mútua entre a reprodução automática e a reprodução ou mudança reflexivas, dado que, se por um lado, as influências sociais condicionam a reflexividade, por outro, acções reflexivas podem rotinizar-se em acções reproduzidas automaticamente;
- (VII) Acções conscientes reflexivas não conduzem necessariamente a alterações de comportamentos rotineiros. A reprodução da acção é, por isso, compatível com a

intencionalidade instrumental (“não mudo porque não quero/não tenho interesse em mudar”);

(VIII) Giddens (1984, 2000a), com base nos contributos de Goffman (1993), considera que existem sempre consequências não intencionais da acção, integrando-as na própria dinâmica de reprodução social.<sup>84</sup> No entanto, contrariamente ao que argumenta, os efeitos não intencionais da acção podem ser intrínsecos à própria reflexividade. Ou seja, deve-se equacionar sempre desfasamentos entre o que o indivíduo pensa fazer e aquilo que acaba por fazer (como se exterioriza a interioridade) e desfasamentos entre o que o indivíduo faz e o modo como os outros interpretam (como se interioriza a exterioridade). Por isso, a acção envolve processos avaliativos e interpretativos, pelo que a contingência é parte intrínseca dos comportamentos sociais.

(IX) Na medida em que a acção reflexiva tem na sua base uma complexa articulação entre influências passadas e atribuições simbólicas/valorativas, não se pode em causa o cunho impresso pelas trajectórias e lugares ocupados. Equaciona-se, paralelamente, os diferentes contextos de interacção, os interlocutores presentes, os vários momentos da vida e os interesses futuros.

---

<sup>84</sup> De facto, a ideia de que as consequências não intencionais da acção não constituem ameaças às acções rotinizadas decorre da crítica à perspectiva funcionalista de Merton (1957), que as analisa sob o ponto de vista da irracionalidade da acção (funções latentes). Então, em alternativa, Giddens baseia-se no argumento de Goffman (1993) de que no processo comunicacional um indivíduo, de forma intencional, ou não, produz dois tipos de expressões: aquelas que resultam da comunicação verbal no sentido restrito do termo (expressão que transmite) e que o emissor melhor controla e os atributos que os receptores atribuem a essa expressão comunicacional (expressão que emite), a qual poderá ser não coincidente com a primeira, fugindo ao controlo do emissor. Existe, portanto, um processo inferencial na interacção social, que, apesar de influenciado pelo emissor, pelo conteúdo da informação e pela forma como é disponibilizada, produz efeitos que não pode antecipar que é a interpretação desses elementos.





### **CAPÍTULO III: PROPRIEDADES SISTÉMICAS EM PERSPECTIVA**

## **7. ESTADO-PROVIDÊNCIA, NGP E MEDICINA**

### **7.1. DELIMITANDO O ENTENDIMENTO SOBRE A NGP**

A atenção centra-se agora nas propriedades sistémicas que enquadram os comportamentos dos agentes sociais. Recordando o que se disse anteriormente, as propriedades sistémicas que interessam ao objecto empírico em discussão dizem respeito à emergência de uma ideologia sobre a NGP entre os países dotados de modelos de Estado-Providência, ao modo como essa ideologia se materializa nas diferentes organizações e contextos médicos e, por último, às jurisdições profissionais onde se definem os espaços de acção profissional permitidos.<sup>85</sup>

O hospital apresenta-se como um ponto intermédio entre níveis que o envolvem e o condicionam nas suas funções e modos de funcionamento e o conjunto das interacções que aí ocorrem. Consequentemente, a configuração organizacional é uma realidade intrínseca às estruturas e processos próprios desse espaço, além de que não pode ser dissociada dos seus intervenientes. A mais directa implicação desta premissa é a impossibilidade de inferir modos de acção dos profissionais. São irrepetíveis por serem uma consequência de

---

<sup>85</sup> Neste nível da discussão é de todo conveniente deixar uma referência ao caso norte-americano, por recentemente ter sido aprovado pelo seu senado a universalização do acesso a cuidados de saúde típica dos princípios presentes nos modelos de SNS entre os países europeus. Deste modo, não se considera que o exemplo americano possa ser referido para efeitos da NGP, tal como outros países fora do espaço europeu que apresentam configurações de Estado-Providência. A realidade do sistema financeiro e de participações sociais, o papel desempenhado pelo sector privado na actividade da saúde, o âmbito de abrangência desse SNS e mesmo resistências ideológicas marcantes na história Norte-Americana não podem levar a que se pense, pelo menos por enquanto, na uniformização com os princípios do modelo europeu. Por outro lado, falar num modelo europeu não pressupõe que se ignorem as diferenças nas características políticas, financeiras e produtivas entre países, configurando de um modo muito particular a forma como os princípios ideológicos de “bem-estar” se concretizam nos respectivos níveis nacionais. A propósito da discussão sobre os modelos europeus de estado vd. Esping-Andersen (1990) ou Ferrera (2000).

configurações estruturais muito próprias, sabendo, por outro lado, que essas configurações estruturais são o produto de uma relação dualista entre estruturas e acções.<sup>86</sup>

Dizer que as acções são irrepetíveis não significa que sejam imprevisíveis. Deste modo, não obstante a regularidade em torno da padronização dos comportamentos, decorrente de aprendizagens passadas e de mecanismos sociais que garantem a sua tendencial reprodução, os diferentes sentidos conferidos aos interesses individuais podem fazer divergir o curso das interacções. Daqui decorre que a compreensão sobre as interacções sociais depende do conhecimento dos recursos de poder existentes num determinado sistema de acção e do modo como os agentes os mobilizam.

Classificando de um outro modo aqueles três níveis sistémicos, está em causa uma dimensão política, uma dimensão do trabalho e uma dimensão das relações profissionais. Comum a todos eles está presente a dimensão da contingencialidade da acção, dada a impossibilidade de tomar as configurações institucionais como autónomas dos agentes responsáveis pela sua materialização. Aquilo que se está a argumentar é a existência de uma ligação complexa que toma o nível institucional não apenas como entidade externa, mas, simultaneamente, como interna aos agentes sociais (cf. princípio do pensamento de Bourdieu, 2001, 2002). Aliás, aquando da figura 2.1., deu-se conta que a existência anterior das estruturas/propriedades sistémicas responsável pela delimitação dos comportamentos individuais foi já o resultado de estruturas/propriedades sistémicas interiorizadas que, em função de outras prévias a essas, definiram aquilo que num dado espaço e momento é o sistema de regras sociais vigente. É por isso que estas diferentes dimensões não são operacionalizadas respectivamente como um nível macro, meso e micro, dado que uma demarcação desse tipo poderia contribuir mais facilmente para uma separação hermética que se procura evitar entre objectividade externa e objectivações individuais.

Incluir a dimensão política e a dimensão do trabalho na compreensão das relações profissionais decorre do princípio de que a análise das profissões (incluindo a medicina) não está completa sem a referência aos processos políticos e laborais, quer nacionais quer supranacionais, que configuram o sentido da intervenção institucional nos palcos organizacionais. Esta questão tende a ser mais importante quanto mais permeável for a profissão à esfera do Estado. No caso particular da medicina em Portugal, embora a

---

<sup>86</sup> Esta ideia sintetiza a perspectiva sistémica de Crozier e Friedberg (1977) e Barouch (1989), bem como o princípio realista de autores como Bhaskar (1979) e Archer (1995, 2007).

profissão nunca tenha abandonado a sua vertente liberal mesmo com o surgimento do SNS em fins dos anos 70 (cf. Carapinheiro e Pinto, 1987; Carapinheiro, 2006), o facto é que a evolução da actividade é indissociável da evolução dos próprios hospitais modernos, que foram passando para a alçada dos Estados à medida que a gestão da saúde e da doença se foi transformando numa dimensão da vida pública (e.g. Coe, 1984). Neste sentido, embora a medicina tenha uma capacidade de auto-regulação decorrente da transferência de competências do Estado para a Ordem dos Médicos, a definição das políticas públicas revela sempre impactes sobre a configuração do trabalho médico.<sup>87</sup>

Sabendo então que as relações profissionais entre médicos e gestores têm que estar enquadradas pelo conhecimento dos processos políticos e laborais que as afectam, neste capítulo será visto o que significa a NGP, para daí se perceber as implicações decorrentes sobre a própria concepção do Estado.

#### **7.1.1. Da desburocratização à burocratização da gestão hospitalar**

Convocando o pensamento de Burns e Flam (2000: 131 – 154), as reformas políticas podem ser consideradas como reestruturações dos sistemas de regras sociais. Apresentam-se outras ideologias e outros valores que legitimam a alteração dos detentores de poder. De modo semelhante, nas palavras de Crozier e Friedberg (1977), processos de mudança demonstram a alteração de um jogo, tendo que se perceber quais os novos recursos de poder em presença e os seus mecanismos de regulação.

A literatura académica é relativamente convergente na ideia de que os imperativos financeiros dos últimos 15 anos do século XX estiveram na base das limitações apontadas à ideia de Estado-Providência. De facto, as suas premissas tornaram-se muito mais difíceis de assegurar devido a uma multiplicidade de factores que vão desde aspectos demográficos a aspectos de ordem financeira e económica. O consenso de hoje é que o modo como a prestação pública foi pensada após a Segunda Grande Guerra – e em particular a prestação de cuidados de saúde – tornou-se insustentável (Walby e Greenwell, 1994; Exworthy e Halford, 1999).

É neste contexto que a NGP emerge nos anos 80 no Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia alargando-se depois em diferentes ritmos à generalidade dos países dotados de modelos públicos de intervenção (e.g. OECD, 1995; Barzelay, 2000, 2001; Gomes, 2001;

---

<sup>87</sup> Sobre o significado, o papel e o alcance do associativismo público, ver Rodrigues (2004).

Ferlie, et al, 1996; Gruening, 2001; Bach e Kessler, 2007; Kirkpatrick, et al, 2007, em Portugal, vd. OPSS, 2009).

A NGP tem como característica fundamental a reconfiguração dos serviços públicos, introduzindo instrumentos e mecanismos de gestão outrora circunscritos ao sector empresarial privado. À gestão, enquanto área científica, é atribuída uma neutralidade – para não dizer superioridade – na condução das actividades em contexto de mercado (Hood, 1995; Exworthy e Halford, 1999). De mudanças pontuais e restritas a sectores ou sub-sectores da sociedade, os fundamentos do *managerialismo* estendem-se hoje às estruturas e à cultura das instituições públicas (e.g. Pollitt, 1990; Traynor, 1996, Ferlie, et al, 1996).<sup>88</sup>

Delimitando o entendimento substantivo que se pretende conferir à NGP, importa considerar tanto a sua *filosofia administrativa* como os seus *argumentos administrativos* (Hood e Jackson, 1991). Por outras palavras, a NGP envolve uma amplitude conceptual que pode ir desde o nível político-ideológico, passando por configurações organizacionais, e questões de liderança executiva (Barzelay, 2001). Neste sentido, uma análise compreensiva sobre esta temática exige ir além de uma mera descrição de medidas políticas e de alterações generalizadas no funcionamento organizacional. Tem, assim, que se ter presente o contexto, os objectivos, os instrumentos políticos e as escolhas que estão por detrás das variações empíricas que a concretização da NGP pode envolver.

Ainda assim, e mesmo considerando que a NGP representa uma ideologia demasiado vaga, cuja concretização é compatível com variações muito significativas no modo como se concretiza em cada realidade empírica (Pollitt, 1990; Hood, 1991), além de se envolver em contradições de base (Walby e Greenwell, 1994), torna-se inequívoco que o significado da prestação de serviços públicos tem-se alterado em relação ao modelo de sector público pensado aquando da construção do Estado-Providência ainda na década de 40. Como Exworthy e Halford (1999: 6) referem:

traditionally, the public sector has been characterized by Taylorist management, described as bureaucratic, inflexible, conformist and principally concerned with control and cost cutting.

---

<sup>88</sup> Carvalho (2005) refere que na literatura portuguesa o termo *managerialism* tem sido traduzido como *gerencialismo* ou como *managerialismo*. Concorda-se com os argumentos apresentados pela autora quando opta pelo *managerialismo*, afirmando que entre os dois termos é “o que melhor circunscreve a complexa dimensão do conceito, permitindo-nos, simultaneamente, significar a sobreposição dos critérios de gestão aos critérios políticos de governação e manter a dignidade académica do termo gestão.” (p. 23)

By contrast, the new managerialism emphasized innovation, creativity and empowerment. The new managers are policy ‘entrepreneurs’ highly motivated, resourceful, and able to shift the frame of reference beyond established norms and procedures.

Contudo, um olhar mais preciso demonstra que a NGP não representa uma alternativa ao modelo de “bem-estar”, mas a forma encontrada para adaptar a universalização de determinados direitos sociais (como a educação e a saúde) que se constituem como definidores da concepção do Estado-Providência, num momento em que as condições económicas, financeiras e demográficas dificultam a sua sustentabilidade.

Esta alteração tem sido de tal modo significativa que implicou também uma redefinição da própria noção dos utilizadores dos serviços públicos, passando a assumir a designação de consumidores. Nesta óptica, os consumidores, detêm a sua quota-parte de responsabilidade na escolha e utilização eficiente dos serviços públicos, o que comprova que as reformas recentes no modelo de “bem-estar” estão orientadas para uma cidadania activa e para um envolvimento consciente dos utilizadores dos recursos públicos (Lister, 2001).

Dado que esta lógica está imbuída um pouco por todas as esferas sociais e não apenas em sub-sectores em concreto, torna-se útil a convocação do pensamento de Foucault (1975) sobre a vigilância e o controlo exercido pelas estruturas sociais. O que parece estar a acontecer é que, sob a égide da ideologia *managerialista*, intensifica-se o processo social de controlo da actividade, esperando prever as práticas profissionais e, assim, garantir a prossecução de critérios de eficácia e de eficiência. Segundo du Gay (2000), este processo ilustra o princípio de que o funcionamento da sociedade é pensado à semelhança do funcionamento empresarial.<sup>89</sup>

Como já se percebeu, uma das implicações fundamentais desta abertura da gestão dos serviços públicos ao domínio científico da gestão situa-se ao nível da abertura dos

---

<sup>89</sup> Apesar de tudo, este é um controlo que deve ser entendido principalmente como expectativa política e de determinadas áreas científicas como é o caso da gestão, não significando que o aumento da normatividade das regras sociais corresponda na medida exacta ao aumento da estruturação dos comportamentos individuais. Essa correspondência negaria então toda a tese atrás defendida sobre as capacidades activas e reflexivas dos agentes sociais no interior de sistemas abertos. Deste ponto de vista, é necessário distinguir o teor normativo das actuais regras que legitimam processos de estruturação macrossociais do modo como essas regras são interpretadas e utilizadas por agentes sociais dotados de reflexividade e que ocupam lugares profissionais com autonomia no seu desempenho profissional.

serviços públicos às regras concorrenciais do sector privado. A ideologia de base é que a prestação de serviços públicos pode vir a ser mais eficiente e racional com a concorrência entre prestadores públicos e entre prestadores públicos e prestadores privados (Ferlie, et al, 1996). Convocando a reflexão de Santos (1987: 24 – 5), estas mudanças na intervenção pública associam-se à discussão das racionalidades desenvolvida por Max Weber. Enquanto a acção dos Estados nas sociedades capitalistas modernas seguiu princípios da racionalidade burocrática, significando um maior enfoque sobre o controlo normativo das actividades, os processos de mudança em causa dão conta que essa racionalidade se articula cada vez mais com os resultados (outputs) outrora circunscritos à racionalidade capitalista do sector empresarial.<sup>90</sup>

Uma das premissas fundamentais encontradas na NGP é a descentralização de competências dos níveis central e regional (governo e administrações regionais) para os contextos de trabalho (organizações), consubstanciando um processo de agilização e simplificação da tomada de decisão. Aliás, a desburocratização dos serviços tem sido o argumento político legitimador destas medidas, em que se considera necessário um modelo de acção menos dispendioso e rígido, tendencialmente mais adaptado às exigências colocadas pela exposição da actividade pública às dinâmicas da esfera privada.

A questão que esta tendencial descentralização de competências coloca, é saber em que medida o actual processo de alteração da concepção em que se baseia a intervenção pública na saúde pode significar um pendor da racionalidade capitalista sobre a racionalidade burocrática. Mesmo que esta demarcação seja puramente analítica, importa pensar na adequação de conceptualizar estas duas racionalidades como contrárias. O argumento que aqui se procura provar é que, contrariamente àquilo que um olhar menos atento pode mostrar, a descentralização de competências de gestão para o nível organizacional, fazendo convergir o funcionamento dos hospitais com o funcionamento empresarial é perfeitamente compatível com o princípio elementar da racionalidade burocrática, isto é, o controlo normativo das actividades.<sup>91</sup>

---

<sup>90</sup> Cf. Dubar (2006: 87), a expressão “racionalidade instrumental” como base de entendimento sobre a modernização económica teve origem não em Weber, mas nos filósofos da Escola de Frankfurt (Adorno, Horkheimer ou Habermas), referindo-se à subordinação de todas as lógicas de acção à consolidação do sistema tecno-burocrático, à importância do dinheiro e da potência.

<sup>91</sup> Este representou o âmbito de discussão em Correia (2009a).

Em primeiro lugar, este debate exige que se assegure um entendimento da burocracia objectivo e despido de todas as conotações que foram afundando o conceito nas suas contradições e disfunções:

a razão decisiva para o progresso da organização burocrática foi sempre a superioridade puramente técnica sobre qualquer outra forma de organização. (...) Precisão, velocidade, clareza, conhecimento dos arquivos, continuidade, disciplina, unidade, subordinação rigorosa, redução do atrito e dos custos de material e pessoal – são levados ao ponto óptimo na administração rigorosamente burocrática, especialmente em sua forma monocrática. (Weber, 1982: 249)

Com o conceito de burocracia, Weber procurou conceptualizar o modelo produtivo capaz de lidar com os processos sociais característicos das sociedades capitalistas. É nesse sentido que emerge a importância de redução das situações causadoras de incerteza, insegurança e conflitualidade que, em sua análise, poderiam conduzir ao desaparecimento das organizações. Os atributos desta forma de organização são a garantia de estabilidade organizacional, através da constituição de rotinas, da impessoalidade das relações profissionais, da especialização e do respeito por hierarquias formais.

Desprovendo então o conceito de todas as suas conotações não há qualquer princípio na sua definição que contrarie a agilização e simplificação da tomada de decisão associadas à NGP, e em concreto ao funcionamento organizacional pensado para os hospitais públicos actuais. À semelhança do que Walby e Greenwell (1994) referem, a ideia que sobressai destas dinâmicas é que um contexto de inegável pressão para os resultados, decorrente da racionalidade capitalista, apenas pode ser garantido por via de um reforço da racionalidade burocrática.

Também Hoggett (1996) aponta para a ideia de que a descentralização de competências para o nível organizacional não é incompatível com o tipo-ideal de burocracia de Weber. Considera que a introdução de processos de inovação nos hospitais do NHS tem implicado até o reforço de medidas de controlo tipicamente burocráticas. Aliás, segundo Kuhlmann (2006) a confiança que caracteriza a relação dos sistemas leigos com os sistemas periciais tem-se vindo a transferir para as organizações burocráticas, na medida em que são elas que apresentam os instrumentos e os mecanismos essenciais para a transparência na prestação de serviços. Baseando-se na teorização de Anthony Giddens, a autora refere que a existência de confiança (“crença”) depende da existência prévia de uma “prova”. Neste sentido, a transparência e a “prova” constituem já expectativas sobre o funcionamento das organizações burocráticas.

Embora a relação entre a crescente descentralização de competências e o reforço de mecanismos de controlo burocrático seja, à primeira vista, um paradoxo, respeita a articulação de dois processos perfeitamente compatíveis. Isto, porque a obtenção dos resultados organizacionais esperados necessita da prossecução de regras que salvaguardem esse desempenho, não sendo, duas lógicas distintas de conceber o funcionamento organizacional. Em boa verdade a descentralização de competências relaciona-se com um processo de burocratização dos serviços públicos. Aliás, de que outra forma se garante o controlo sobre o desempenho organizacional sem a presença de mecanismos de controlo da actividade dos profissionais?

A ideia de que a burocracia não contradiz a descentralização de competências e, que pelo contrário, tal descentralização envolve um reforço de aspectos tipicamente burocráticos, necessita de uma divisão analítica entre o nível da ‘fiscalização-gestão’, que representa a relação entre a tutela e o órgão de gestão hospitalar e o nível da ‘gestão-profissão’, que representa o funcionamento intra-organizacional, especificamente na relação entre o órgão de gestão hospitalar e os profissionais.<sup>92</sup> Desde logo, esta delimitação comprova a centralidade que a gestão hospitalar adquire no actual funcionamento da prestação pública de cuidados. Se por um lado responde directamente à tutela pelo desempenho organizacional e, conseqüentemente, pelo desempenho dos profissionais, por outro, tem de garantir a aceitação e adesão dos profissionais aos seus procedimentos administrativos, sabendo-se à partida o quão complexa é a concretização desse objectivo (e.g. Goss, 1963; Carapinheiro, 1993).

Do ponto de vista da ‘fiscalização-gestão’, facilmente se percebe o papel da tutela com respeito ao controlo do desempenho organizacional, estando em causa uma maior legitimidade conferida à racionalidade burocrática pensada por Weber, sobretudo perante um contexto generalizado de restrição orçamental. A cada CA dos hospitais é exigido um elevado rigor na condução dos objectivos previamente definidos, estando contemplado, normativamente, que o seu desrespeito pode justificar a sua destituição. Não se pretendendo discutir em que medida estas competências ministeriais têm sido efectivamente aplicadas, a sua relevância prende-se com o elevado controlo governamental sobre o desempenho hospitalar. A definição prévia dos indicadores e dos resultados através da contratualização da actividade hospitalar é o melhor exemplo do modo como o

---

<sup>92</sup> A referência é feita ao caso das organizações hospitalares, mas o seu princípio genérico tem aplicação a qualquer sector público sujeito a medidas da NGP.



pensamento weberiano está a ser aplicado à NGP. Tomar as organizações hospitalares e a actividade aí desenvolvida como passível de ser quantificada e alvo de previsibilidade para lidar com a ineficiência do sector é um elemento característico do controlo burocrático.

Descendo a análise para o nível intra-organizacional, isto é, na dimensão ‘gestão-profissão’, a necessidade de processos de burocratização dos hospitais sob a égide da NGP ganha maior evidência. A introdução de instrumentos de controlo da actividade característicos da NGP (e.g. controlo biométrico, corpo de gestores especializados, responsabilização dos profissionais pelos gastos, avaliação de desempenho, entre outros mecanismos) não é mais que o reforço da autoridade administrativa sobre a autoridade profissional (utilizando a terminologia de Goss, 1963 ou de Carapinheiro, 1993).

A procura de previsibilidade implica o estabelecimento de regras e um controlo mais efectivo sobre o comportamento dos profissionais. Trata-se de uma relação tutela-gestão-profissionais, que se concebe em equilíbrio, para que os resultados organizacionais, portanto, a actividade dos profissionais, esteja em conformidade com a contratualização definida com a tutela. Como se percebe, os CA adquirem uma importância acrescida, já que apenas podem concretizar os objectivos definidos conseguindo adequar a autonomia e a autoridade profissional dos médicos a regras organizacionais relativamente bem definidas. Como Ritzer (2004) refere, os médicos passam então a ser responsabilizados pela rentabilização do hospital.<sup>93</sup> Processos como a avaliação da necessidade da utilização de tecnologias, a gestão de gastos e um maior controlo sobre a actividade médica, acarreta uma nova divisão de tarefas nos hospitais públicos que coincide com o princípio que Weber (1982) entende como fundamental na constituição de burocracias: a intensificação e o envolvimento que as tarefas administrativas representam na gestão das organizações.

É também notória a relação entre a NGP e os princípios da gestão científica referidos por Taylor (1947). Em consonância com as conclusões apresentadas por Walby e Greenwell (1994), um dos aspectos que a NGP parece ter recuperado e aplicado com maior intensidade é o aumento da divisão do trabalho, em que a fronteira entre a esfera

---

<sup>93</sup> Mesmo não esquecendo que o autor analisa a situação dos médicos no contexto americano, os seus argumentos têm uma verdadeira aplicação à situação vivida entre os países europeus. A este respeito afirma que: “*segundo o princípio de obtenção de lucro das organizações médicas, todas as burocracias médicas estão actualmente a pressionar a medicina em direcção à maior calculabilidade. Mesmo as organizações médicas sem fins lucrativos (...) estão a empregar gestores profissionais e a instituir sofisticados sistemas de contabilidade.*” (Ibid.: 74)

administrativa e a esfera profissional ganha maior demarcação. Hoje, as competências de gestão e de organização administrativa estão associadas a um corpo especializado de profissionais de gestão, mesmo nos hospitais, cuja evolução histórica esteve intimamente ligada à evolução do conhecimento tecnicocientífico da profissão médica (sobre a evolução dos hospitais modernos vd. Coe, 1984; Turner, 2006).

Além da evidência que a NGP é concebida com o recurso à racionalidade burocrática, esta discussão não pode ignorar que, decorrente de maiores atribuições de gestão financeira e patrimonial conferida aos CA, as competências de gestão e de organização administrativa estão associadas a um corpo especializado de saberes, o que coloca a questão se estará em causa a reconfiguração do papel detido pela medicina no hospital. Historicamente, a medicina foi alargando as suas competências na actividade hospitalar, deixando de se circunscrever à prestação de cuidados de saúde e influenciando cada vez mais a gestão hospitalar, ao ponto do seu papel profissional acumular um misto de competências administrativas e profissionais difíceis de dissociar (e.g. Coe, 1984; Turner, 2006).

Como será visto, não há consensualidade no debate científico quanto às consequências que estas mudanças podem representar sobre a autonomia e autoridade da medicina em contexto hospitalar, variando entre as perspectivas que atestam a *proletarização* e/ou *desprofissionalização* da medicina e aquelas que reiteram que a autoridade e ideologia médica não são questionadas. Por agora, refere-se apenas que reconfigurando, ou não, o papel detido pela medicina, é incontornável que o actual modelo dos hospitais públicos modernos, dotados de instrumentos de gestão empresarial, conduz à existência de um conjunto de profissionais não médicos com competências específicas ao nível da gestão hospitalar e que são responsabilizados pela condução da actividade organizacional. Daí o argumento que existe uma maior divisão do trabalho com base nos contributos clássicos de Taylor.

Havendo um conjunto de saberes administrativos da proficiência de profissionais que não os médicos, a quem cabe a gestão administrativa dos hospitais, e perante o actual contexto financeiro que impele a tutela ministerial a exigir-lhes um controlo do desempenho organizacional, a linha de autoridade administrativa dos hospitais tende a ser reforçada. Neste quadro, todas as situações que não coincidem com o que é administrativamente definido assume o estatuto de desvio e, como tal, de evitar. Fundamentalmente, é neste espaço do que é potencialmente causador de incerteza e de

instabilidade que se inclui a linha de autoridade profissional da medicina, já que, não estando necessariamente dependente da linha de autoridade administrativa, os interesses particulares dos profissionais podem justificar desvios ao formalmente estabelecido (Gabe, et al, 1994; Hunter, 1994).

Em suma, falar na agilização da gestão dos hospitais públicos por via da descentralização de competências para o nível hospitalar não é o mesmo que falar na desburocratização dos sistemas de saúde. Pelo contrário, identificou-se que, não obstante a autonomia técnica dos gestores hospitalares na execução da sua actividade, o actual contexto de controlo orçamental que funciona necessariamente como princípio orientador da actividade hospitalar, deixa antever a legitimação de uma racionalidade com um pendor técnico próximo ao que Weber argumentou. Neste sentido, a descentralização de competências dos níveis central e regional para o nível organizacional pode não resultar necessariamente num espaço de acção alargado dos CA. Como Learnmonth (2003) refere, o momento actual de prestação de cuidados deixa fomentar a aplicação de uma concepção predominantemente técnica aos hospitais, contrariando de algum modo a leitura destas organizações enquanto palco de contextos relacionais de múltiplos poderes, incluindo lógicas de funcionamento que, em graus variáveis, ultrapassam as formalmente estabelecidas (Crozier e Friedberg, 1977). Deste modo, e contrariamente a certas dinâmicas empresariais encontradas noutros sectores de actividade (cf. Heydebrand, 1989; Johnson, et al, 2009), o sector hospitalar está a reforçar os seus princípios burocráticos.

Olhando para os contributos de Johnson et al (2009), a revisão de literatura sobre a pós-burocracia é consensual quanto à existência de formas mais adaptáveis e flexíveis de organização, sendo, por isso, menos hierárquicas e mais ligadas em redes de funcionamento. Nestas, os trabalhadores revelam maiores níveis de autonomia responsável, dado que a volatilidade do emprego suscita neles o envolvimento e a cooperação para que se atinjam os fins organizacionais. Por conseguinte, é em dois planos que se situa a diferença para com o modelo tipicamente burocrático: o funcionamento organizacional e o envolvimento dos trabalhadores. Do ponto de vista do funcionamento interno, cabe à gestão novas formas de comunicação e participação com os trabalhadores, para que se promova o seu envolvimento com uma autonomia responsável. Do ponto de vista dos trabalhadores, os defensores da pós-burocracia partem do princípio que os trabalhadores são investidos de um exercício discricionário, cuja cooperação é activa e mesmo criativa perante as exigências decorrentes das mudanças imperativas que caracterizam a sociedade

moderna (e.g. globalização e desenvolvimento tecnológico). Estes dois planos demonstram que o envolvimento do trabalhador com a organização e vice-versa constitui o principal meio de responder aos desafios colocados pela modernidade (a este respeito veja-se por exemplo Castells, 1996).

Ora, os princípios que de um modo generalizado têm norteado a intervenção dos Estados no sector hospitalar não coincidem com o aspecto elementar que suporta a concepção de pós-burocracia: autonomia responsável dos trabalhadores. O que se pretende com a NGP é a responsabilização dos trabalhadores, procurando assim controlar os seus níveis de autonomia, em que a autonomia é considerada como factor que potencia desvios ao formalmente definido. Assim, o envolvimento dos trabalhadores pretendido pela NGP não ocorre por via da sua participação, como o modelo pós-burocrático pressupõe, esperando antes uma aceitação e cumprimento das regras organizacionais. Se para a pós-burocracia a autonomia responsável é a condição essencial para se conseguir lidar com a incerteza, para a gestão empresarial dos hospitais essa incerteza é ultrapassada pelo aumento do controlo profissional.

### **7.1.2. A Profissão Médica entre o Estado e a NGP**

De acordo com os argumentos apresentados, os motivos para a mudança na forma de pensar os significados dos serviços públicos podem ser encontrados em alterações das orientações políticas no último quartel do séc. XX, relacionadas com o fim do consenso sobre o Estado-Providência (Walby e Greenwell, 1994; Exworthy e Halford, 1999). Com efeito, os autores referem que a orientação política verificada nos anos 80 de viragem à direita, com medidas reformistas de base conservadora, coexistiu com uma configuração dos partidos de esquerda para a aceitação de medidas de descentralização de competências, tendo em vista uma melhor utilização de recursos. Portanto, o actual sucesso e, conseqüente disseminação do *managerialismo* advém dos consensos reunidos pelas diferentes orientações político-partidárias: se da direita é a solução para o controlo dos gastos públicos, expondo a prestação de serviços públicos à concorrência de mercado para um controlo mais eficiente da despesa, da esquerda assistiu-se a uma crescente valorização de formas descentralizadas de gestão dos serviços públicos.

Estas alterações na orientação política entre os países onde se constituíram modelos de bem-estar relacionam-se com aquilo que alguns autores consideram como sendo as contradições implícitas do Estado-Providência, sobressaídas com a alteração da situação

financeira dos anos 70 (e.g. Offe, 1984; Santos, 1987, 1992). As contradições em causa prendem-se com a necessidade de uma articulação sustentada entre a capacidade do Estado para garantir a acumulação de riqueza, para que a jusante esta possa ser distribuída segundo políticas de justiça social.

Do ponto de vista do Estado, a abertura da prestação de serviços públicos ao mercado pode representar uma maior demarcação entre aquilo que é a sua função de regulação e de prestação (vd. Mishra, 1995). Por outras palavras, ainda que a introdução de regras de gestão não implique necessariamente que o Estado se demita das suas funções de prestação, a entrada do sector público no mercado concorrencial em presença com a actividade privada pode significar maior facilidade – e mesmo interesse – para o Estado contratualizar com outros prestadores privados, ou com o seu sector indirecto, as suas funções de prestação. Foi genericamente esta dinâmica identificada no Reino Unido a partir de 1991, ano em que o managerialismo foi introduzido politicamente (Hunter, 1994).

Importa, por isso, elucidar alguns dos argumentos sobre os princípios definidores do Estado-Providência. Santos (1987: 15) refere que *“o Estado afirma-se portador do interesse geral, acima e além dos interesses particulares das diferentes classes sociais.”* Note-se que contrariamente à ideia de um interesse geral, o autor opta por falar num interesse autónomo, em que se conjugam interesses político-partidários com interesses particulares, onde se pode incluir a ideia da acção corporativa. De modo semelhante, Mozzicafreddo (2002) considera que por via do modelo eleitoral, directo ou indirecto, os Estados constituem-se enquanto sistemas de orientação das preferências colectivas. Porventura, este é o primeiro argumento que permite contrariar a ideia de uma única forma de Estado-Providência, dado que as ideologias partidárias são universos político-simbólico variáveis, espacial e temporalmente.

Cruzando as ideias de Boaventura de Sousa Santos e de Juan Mozzicafreddo, é importante ter em linha de conta que o aprofundar das políticas sociais características dos Estados-Providência conduzem a uma contradição de base: independentemente da conjuntura economicofinanceira, os direitos sociais adquiridos, além de não serem retirados, são frequentemente intensificados. Para Boaventura de Sousa Santos (1987) trata-se do papel que o “direito” representa para o Estado-Providência, enquanto Juan Mozzicafreddo (2002) designa-o por “consolidação das normas de bem-estar”. Aliás, dada a base eleitoral dos regimes democráticos, compreende-se como os interesses partidários

valorizam, ainda que em graus variáveis, as políticas de feição social tendo em vista a sua continuidade no poder político.

Acontece que este modelo foi mostrando paulatinamente como o aumento das exigências do Estado com as suas responsabilidades sociais dificilmente se equilibra em relação às exigências para assegurar a acumulação necessária a essa distribuição. Utilizando as palavras de Santos (*Ibid.*), já há muito tempo que se percebeu que esta não é uma relação de soma positiva como teoricamente poderia ser pensado, mas uma relação de soma nula. Mesmo em países onde o modelo providência foi bem consolidado e aprofundado, e conseqüentemente, onde esta articulação entre acumulação e distribuição pode não ser tão problemática, persiste uma desarticulação potencial relacionada como a maior oscilação da conjuntura económica e financeira quando comparada com a institucionalização de direitos sociais. Deste modo, a relação de soma nula referida por Santos não é apenas uma dinâmica característica em países como Portugal, onde a consolidação do modelo providência foi demasiado rápida e pouco sustentável, sendo uma contradição implícita à definição teórica do princípio da universalização em que assenta o modelo de *beveridge*.<sup>94</sup>

Além destes condicionalismos de natureza política e financeira, que têm vindo a justificar alterações na concepção sobre a prestação pública de serviços, é possível associar uma outra dinâmica que, embora de natureza distinta, é indicativa de mudanças sociais mais abrangentes. Se por um lado, a emergência do Estado-Providência no pós Segunda Guerra Mundial suportou o modo como o poder profissional (profissionalismo) se constituiu nas organizações, os problemas e contradições do Estado-Providência têm vindo a reconfigurar essa distribuição de poder, considerando uma maior descrença ou mesmo desconfiança em relação ao grau de autonomia concedido aos profissionais.

Esta é a posição veiculada por Harrison (1999). Segundo o autor, enquanto o pós segunda grande guerra ficou marcado por um *compromisso com a autonomia clínica* por parte das instâncias políticas, a partir de 1991, ano de reforma profunda no NHS, assiste-se

---

<sup>94</sup> Recorde-se nota de rodapé n.º 12.

a uma maior necessidade de controlo e legitimação das suas decisões.<sup>95</sup> Turner (2006), de um modo semelhante, identifica que a “Era Dourada” para a medicina pode ser balizada entre 1910 e 1973, período em que o seu profissionalismo se ancorou simultaneamente no poder político e na confiança pública generalizada. Para Turner, tais apoios decorrem tanto do Estado como da opinião pública.<sup>96</sup>

Como foi referido anteriormente, não é claro que estas alterações possam ser interpretadas como um posicionamento anti-profissionalista. Exworthy e Halford (1999) consideram que estas políticas de intensificação da presença da gestão nos serviços públicos traduzem a necessidade de, pelo menos, substituir os profissionais não-gestores responsáveis pela gestão dos serviços perante os problemas de sustentabilidade do financiamento público. Mais do que uma oposição em relação ao poder profissional, trata-se de assegurar um maior controlo político sobre o modo como os dinheiros públicos são utilizados. Aliás, como Harrison (1999) faz notar, a ideologia médica enquanto ideologia dominante nos serviços de saúde, não é questionada num quadro de maior controlo de gestores profissionais nos serviços de saúde.

Convocando a teorização de Giddens (1990), esta questão relaciona-se com a alteração no modo como os sistemas periciais se articulam. Os saberes biomédicos, sem perderem o papel de dominância em relação ao exercício da actividade clínica, são questionados pelo poder político quanto às suas capacidades de gestão dos serviços de saúde. Nos dias de hoje, a validade é procurada na objectividade dos números, em que a expectativa é prevenir o risco e a incerteza por intermédio de modelos matemáticos ou formas probabilísticas (Gabe, 2004). Assim deve ser interpretada a tendencial atribuição da

---

<sup>95</sup> Sobre a confiança conferida à profissão médica por parte do poder político, pode ver-se em alguns documentos legislativos que serviram de base para o SNS inglês “*Whatever the organization, the doctors taking part must remain free to direct their clinical knowledge and personal skill for the benefit of their patients in the way which they feel to be best*” (Ministry of Health, 1994: 26 apud. Harrison, 1999: 51)

<sup>96</sup> Estas posições têm na sua base o princípio foucauldiano de governamentalidade, segundo o qual Johnson (1996) considera que o poder médico decorre do seu reconhecimento enquanto saber especializado por parte do Estado. Neste sentido não é correcto pressupor o antagonismo entre o Estado e as profissões.

gestão dos serviços de saúde à área científica da gestão, cuja introdução se faz sentir ao ponto da adopção da sua linguagem técnica (e.g. budget, case mix, stakeholders).<sup>97</sup>

Parece estar em causa a relação ambivalente de confiança e de cepticismo que Giddens refere entre os sistemas periciais e os sistemas leigos, dado que o reforço de competências aos órgãos de gestão pode conduzir a uma maior legitimidade social atribuída pelo sistema leigo ao papel que os gestores desempenham na gestão dos bens públicos. Esta é a posição valorizada por autores como a Traynor (1996), Dent (2005) ou Turner (2006). Traynor considera que os esforços de redução da despesa na saúde estão relacionados com uma generalizada quebra de confiança na autoridade médica. De modo semelhante, Dent refere a introdução da Comissão de Regulação das Profissões de Saúde no Reino Unido como um elemento de importância significativa para a quebra de confiança generalizada na medicina por parte da opinião pública. Turner baseia-se explicitamente na linguagem utilizada por Giddens, dizendo que se verificam ambiguidades e tensões da confiança leiga com os sistemas periciais, sendo essa uma característica das sociedades modernas.

Esta discussão, embora associada a dinâmicas recentes nas sociedades, tem vindo a ser descrita na literatura das profissões. Merton (1982) é um bom exemplo disso, considerando que a generalizada quebra de confiança nas profissões, em especial nas profissões de saúde devido à sua actividade se desenvolver directamente em relação ao bem-estar físico dos indivíduos, decorre de um desfasamento entre aquilo que constitui o *altruísmo institucionalizado* e aquilo que constitui a *prática profissional efectiva*.<sup>98</sup> Por outras palavras, Merton considera que o criticismo crescente nas sociedades modernas em relação às profissões decorre da não correspondência entre aquilo que são as expectativas socialmente disseminadas sobre os comportamentos profissionais e aquilo que os indivíduos experienciam quando contactam directamente com os profissionais.

---

<sup>97</sup> De facto, é significativo o modo como a linguagem técnica da gestão faz parte do quotidiano dos serviços públicos de saúde. Não só os gestores, como os médicos, enfermeiros e técnicos incluíram no seu léxico todo o tipo de estrangeirismos característicos do discurso científico da gestão (notas do diário de campo).

<sup>98</sup> Evetts (2006a) analisa a evolução do profissionalismo e da confiança nas profissões, referindo que essa confiança foi um processo social do século XIX que marcou fortemente a compreensão sociológica das profissões ao longo do século XX, sobretudo em relação aos advogados, médicos e sacerdotes que actuavam tendo em vista um altruísmo para a comunidade. Estes são pressupostos teóricos inequívocos, por exemplo, para a teorização de Parsons.



Embora seja inequívoco um maior cepticismo leigo em relação à medicina, segundo Kuhlmann (2006) aquilo que actualmente se assiste é a uma co-existência aparentemente paradoxal entre o aumento do controlo sobre os sistemas periciais ao mesmo tempo que neles se depositam elevados níveis de confiança (e dependência). Quer isto dizer que a confiança dos sistemas leigos nos sistemas periciais não diminui, articulando-se com um aumento de controlo por parte das organizações burocráticas. Deste modo, embora o espaço de intervenção atribuído politicamente ao sistema pericial da gestão possa levar a uma maior confiança do sistema leigo nesses saberes para a administração dos serviços públicos, importa compreender em que sentido o aumento da confiança leiga na área científica da gestão é efectivamente operada à custa de um crescente cepticismo leigo em relação à capacidade da medicina para gerir a prestação pública de cuidados.

De facto, a ocorrer um crescente cepticismo leigo em relação à medicina, este deve ser entendido como estando circunscrito apenas à gestão hospitalar, não sendo extensível a outras componentes da prática clínica, nem à importância dos saberes médicos na prestação de cuidados de saúde. Mesmo considerando que o *altruísmo institucionalizado* referido por Merton em torno da medicina não corresponde ao altruísmo apreendido pelo sistema leigo, não é de supor que a medicina perca o seu lugar estrutural e exclusivo na área da saúde. Além disso, não é tão pouco claro que mesmo ao nível da jurisdição da gestão hospitalar possa ser atestada a diminuição do poder médico. Com base nos argumentos de Harrison (1999), o que se tem vindo a verificar é uma redistribuição dessa dominância internamente na medicina, sendo conferido maior poder aos médicos que ocupam lugares de gestão.<sup>99</sup>

Sendo este um processo em pleno desenvolvimento nas sociedades modernas, para já, parece mais correcto discutir estas mudanças em termos da reconfiguração das jurisdições dos sistemas periciais, neste caso entre a área de intervenção da gestão e da medicina, salientando claramente que a “*cultura pericial não é uma cultura única e coerente*” (Burns e Flam, 2000: 137).

Ainda que as relações profissionais entre médicos e gestores estejam em plena reconfiguração, Harrison dá conta de um conjunto de contributos (e.g. Freidson, 1985;

---

<sup>99</sup> Segundo dados apresentados por Kuhlmann (2006), entre a generalidade dos países europeus, a confiança nos médicos apresenta valores mais elevados do que a confiança depositada nos sistemas de saúde. Estes dados comprovam não ser claro que o crescente cepticismo sobre a prática clínica se traduza linearmente numa falta de confiança sobre os médicos.

Mechanic, 1991) que rejeitam as perspectivas de perda de poder dos médicos. Esta posição decorre do facto dos saberes biomédicos não deixarem de se assumir como centrais na organização e funcionamento dos serviços de saúde. Freidson (1994) considera que o profissionalismo não é ameaçado nas grandes organizações, pois o que poderia constituir essa ameaça diz respeito ao controlo dos profissionais. Para Freidson, esse controlo não se efectiva porque as burocracias não monopolizam a alocação dos recursos, a definição das obrigações dos profissionais sobre a organização e sobre os clientes, o sistema de avaliação do trabalho e as formas de supervisionar o trabalho profissional.

Ainda segundo o mesmo autor, as teses que vaticinam a quebra de poder médico têm tido até agora uma validade limitada, na medida em que os profissionais não deixam de ser geridos por elementos da sua profissão. Neste sentido, a autonomia profissional não será perdida, mas antes redistribuída (a respeito das teses sobre a redistribuição de poder no interior da profissão vd. Causer e Exworthy, 1999; Dent, 2005; Harrison, 1999; Hunter, 1994). Por outro lado, Freidson (2001) considera ainda que o profissionalismo não tem sido posto em causa desde o início deste processo, pois tanto o Estado como os agentes económicos privados não pretendem anular as competências profissionais.

O que está em causa é uma perspectiva sobre as relações inter-profissionais que rejeita tanto as teses da *desprofissionalização* (e.g. Haug, 1973), como da *proletarização* da medicina (e.g. McKinlay e Arches, 1985). Em traços gerais, a *desprofissionalização* pode ser associada ao fenómeno que Giddens (1990) define por modernidade reflexiva. A *desprofissionalização* relaciona-se então com a quebra do prestígio e da confiança nos saberes especializados das profissões, o que se repercute no poder e autoridade conferidos aos profissionais. Entende-se este como o cepticismo que há pouco se referiu, perante um sistema leigo mais informado, escolarizado e consciente acerca dos riscos a que estão sujeitos. A *proletarização*, por seu turno, decorrente daquilo que pode ser associado ao pensamento marxista, representa um processo de aumento de poder das burocracias sobre os profissionais, retirando-lhes autonomia no exercício de funções.

Os contributos de Exworthy e Halford (1999) permitem compreender em que medida o profissionalismo não será ameaçado pelo managerialismo. Os autores procuram contrariar os discursos, simultaneamente académicos e sociais, que distinguem os gestores dos profissionais, como se os primeiros fossem uns “burocratas” (no sentido weberiano), que procuram incessantemente a definição de regras com base no exercício de uma autoridade hierárquica, enquanto os segundos, dotados de conhecimentos especializados

que lhes trariam uma autoridade profissional, fossem altruístas e fechados aos seus interesses profissionais. Obviamente, o resultado das relações inter-profissionais, com este quadro de teorização, seria conflituoso.<sup>100</sup>

Como se constata, há alguma dificuldade em situar claramente até que ponto a autonomia profissional e, conseqüentemente, o profissionalismo são afectados pelo managerialismo, dado que os resultados empíricos variam entre as teses da desprofissionalização e da proletarização, às teses de redistribuição do poder dentro da medicina, passando ainda por propostas intermédias que alertam para reconfigurações profundas nos serviços de saúde, sem que isso afecte o papel dos médicos e ponha em causa o lugar que estes ocuparam com o desenvolvimento do Estado-Providência.

Entendendo que o profissionalismo varia em função das diferentes configurações que os processos de profissionalização podem apresentar (Dent, 2005, Kirkpatrick, et al, 2007), esta divergência do debate científico sobre as conseqüências que as reformas políticas representam para o relacionamento inter-profissional nos hospitais não deve ser interpretada simplesmente como indefinição dos processos em causa. Apesar de serem mudanças recentes, principalmente em Portugal, a sua concretização no Reino Unido há quase 20 anos deixa antever que tais descontinuidades possam ser em si conclusões deste processo.

---

<sup>100</sup> Nestas perspectivas que consideram haver um entendimento pouco preciso da relação entre médicos e gestores, caso se valorize a existência de racionalidades profissionais distintas, autores como Flynn (1999) optam por salientar as contradições entre os valores e práticas entre a gestão e a profissão. O autor apresenta um modelo tipo-ideal dessas contradições, focando como dimensões: (I) a fonte de legitimidade, (II) os objectivos, (III) o modo de controlo, (IV) os clientes, (V) o grupo de referência e, (VI) a regulação. Nestes termos, se por um lado, o managerialismo é caracterizado por: (I) uma autoridade hierárquica, (II) cujos objectivos são a eficiência e a maximização do lucro, (III) em que o modo de controlo se exerce por via de regras a que se espera uma sujeição por parte dos profissionais, (IV) sendo a organização o seu cliente, (V), respondendo a superiores burocráticos e, (VI) cuja regulação é essencialmente hierárquica. Por outro lado, o profissionalismo é identificado como: (I) tendo no conhecimento especializado a fonte da sua legitimidade, (II) os objectivos estão relacionados com a competência técnica, (III) em que o modo de controlo se exerce por via de confiança e dependência em relação aos seus saberes inacessíveis, (IV) cujos clientes são essencialmente indivíduos, (V) tendo os colegas como grupo de referência e, (VI) possuindo uma auto-regulação segundo uma lógica colegial. Não obstante o autor referir a dificuldade em encontrar organizações burocráticas rígidas, ao ponto de se poder identificar um desfasamento puro entre estes tipo-ideais, dá conta da sua utilidade para a compreensão que os objectivos, os valores, os grupos de referência e os modos de controlo da actividade demarcam duas racionalidades distintas, potencialmente conflituosas.

O argumento é que as variações entre modelos políticos, sociais e económicos explicam porque os estudos apontam para conclusões distintas sobre as consequências do managerialismo para o profissionalismo, o que, neste sentido, legitima a ideia crítica de Crozier e Friedberg (1977) quanto a exercícios de inferência dos resultados da acção. Recordando essa ideia-base, os sistemas de acção são concretos e este reconhecimento exige uma atenção particular aos mecanismos de regulação desse sistema, bem como aos recursos de poder mobilizáveis na condução dos comportamentos.

O que está em causa é a questão inicialmente colocada no início deste trabalho, ou seja, se o profissionalismo pode ou não ser considerado como abstracção da realidade social, em prol da sua “integridade definicional” (vd. Sciulli, 2005). Ora, o que estas variações empíricas mostram é que apesar da necessidade de uma conceptualização forte do profissionalismo que, epistemologicamente, não o deixe dependente das suas manifestações sociais e culturais, esses são aspectos incontornáveis e justificativos da falta de consenso no debate científico sobre as consequências que o managerialismo representa.

Como se discutiu, este debate apresenta um conjunto relativamente alargado de perspectivas. Destacaram-se os contributos de Sciulli (2005) que critica aquilo que entende como um relativismo tipológico presente nas abordagens de autores como Siegrist (1990) ou Burrage, Jarausach e Siegrist (1990). Embora essa seja a interpretação de Sciulli, não é de todo explícito que a perspectiva de Burrage e, principalmente, de Siegrist legitimem um relativismo conceptual, obviamente pouco útil à conceptualização dos processos de profissionalização: *“I opt for an approach to research which aims at meaningful generalizations but which in no way ignores the warnings of the hermeneutical method or the individualizations of historiography.”* (Siegrist, 1990: 179).

Siegrist não ignora a necessidade da generalização na conceptualização das profissões, chegando a apresentar quatro tipos-ideais. No entanto, aquilo que o autor chama a atenção é para a articulação de processos mais amplos e invariáveis da

profissionalização com variações sociais e históricas específicas.<sup>101</sup> Neste sentido, Siegrist contesta um entendimento teleológico do processo de profissionalização, referindo-se explicitamente às abordagens estruturo-funcionalistas que, em sua opinião, tomam a profissionalização como um processo de modernização incessante voltado para o objectivo de um desenvolvimento último do poder profissional: “*in this case, professionalization appears to be part of an overall development towards rationalization, differentiation, and universal elements of modernization.*” (*Id., Ibid.*: 192)

Desta proposta o que importa realçar para a discussão sobre a relativa amplitude de conclusões sobre as consequências do managerialismo para o profissionalismo, diz respeito ao facto de tanto existirem estruturas de longa duração, como mudanças histórico-sociais, que tornam o processo de profissionalização complexo e dinâmico, dependendo de uma conjugação entre particularismos nacionais e dinâmicas comuns a diversas realidades.<sup>102</sup>

Situada claramente a conceptualização proposta por este autor, não se põe em causa a integridade do conceito de profissão, equacionando, em todo o caso, as variações que o

---

<sup>101</sup> Os tipos-ideais são: (I) profissões corporatizadas, características na Europa antes do século XIX, onde são incluídas profissões como os médicos ou cirurgiões. Tratam-se de corpos profissionais com poder para regular aspectos como a divisão do trabalho, remunerações ou regulamentos; (II) profissões estatais, em que um Estado centralizador, como no início da segunda metade do século XIX na Europa continental, define a divisão do trabalho, o acesso à profissão e o sistema de educação. Este poder estatal influenciava não apenas profissões cujo principal empregador é o Estado, mas profissões corporatizadas; (III) profissões autónomas (ou liberais) que emergem num período de liberalização dos mercados, como aquele que caracterizou a Europa no final do século XIX. Em traços gerais, nesse tipo-ideal houve como que uma abertura da actividade profissional e dos seus conhecimentos especializados à esfera leiga. São identificados processos de desprofissionalização ou, pelo menos, de desregulação; (IV) profissões neo-corporatizadas, que resultam de um duplo processo de regulação por parte do Estado e por parte das próprias profissões. Representam as profissões ao longo do século XX na Europa, em que o sistema de ensino é regulado pelo Estado, ao mesmo tempo que as associações profissionais constituem os seus monopólios (de acesso e de exercício da actividade profissional). Para esclarecimentos adicionais vd. Siegrist (1990: 193 e ss.).

<sup>102</sup> Além disso, o autor desenvolve uma ideia bastante interessante, mas que foge ao cerne da discussão que aqui se apresenta. Contrariamente à noção de que os processos de profissionalização correspondem a sequências unilineares, Siegrist opta pela noção de ciclos, políticos, sociais e económicos, que condicionam a história das profissões e os seus processos de profissionalização. Aliás, esta ideia é expressa através dos tipos-ideais de profissões anteriormente referidos, em que as profissões no decorrer do século XX apresentam uma forma neo-corporatizada, articulando características de tipos-ideais anteriores, o que por si só é indicativo do princípio de reprodução dos sistemas sociais em função das suas determinantes passadas.

conceito adquire entre as realidades sociais. Por conseguinte, o poder profissional apresenta variações correspondentes, sendo necessário ter em conta factores como os princípios de regulação das profissões e a natureza das instâncias de controlo da actividade profissional, além dos princípios culturais que influenciam a relação entre Estado e profissões.

Como Kirkpatrick (et al, 2007) referem, perante uma variação, por vezes proeminente, entre o managerialismo e o profissionalismo médico nos vários países europeus, sobressai a necessidade de uma perspectiva teórica centrada nas estratégias profissionais. Ou seja, que tenha em conta a agência dos grupos profissionais e a forma como se diferenciam em cada realidade social.

Ora, em consonância com o que se afirmou ser a impossibilidade de comparação do caso europeu com o americano, estava em causa a ideia de que uma determinada configuração institucional da medicina depende, entre outros factores, das características dos modelos governativos de cada país. Nestes termos, sendo o modelo liberal americano diferente dos modelos de bem-estar existentes nos países europeus, não se pode esperar uma simples transposição das dinâmicas profissionais (vd. Collins, 1990).

Está, por isso, em causa uma clivagem entre o modelo continental e o modelo anglo-americano das profissões (Sciulli, 2005). Por exemplo, Hunter (1994) identifica uma maior burocratização dos médicos americanos, que se associa ao argumento apresentado por Turner (2006) de que a comercialização da medicina nos EUA tem ameaçado a sua coerência e solidariedade enquanto grupo profissional. Isto significa que a primeira grande distinção deve ser feita entre estes dois modelos governativos, já que correspondem a processos diferenciados na profissionalização.

Em segundo lugar, destaca-se outro argumento também já identificado, nomeadamente o facto de apesar de se designar um modelo genérico de Estado de bem-estar nos países europeus, a sua concretização apresenta variações que contrariam a ideia de um projecto unívoco de Estado. Em cada país, a configuração do modelo providência respeita uma articulação entre princípios ideológicos gerais e uma história política, social e económica específica. Como resultado não é possível esperar uma transposição linear da

prossecução dos projectos de Estado entre os países europeus, nem tão pouco uma similitude dos seus percursos.<sup>103</sup>

Se a primeira delimitação atesta a impossibilidade de comparação de resultados entre a Europa e os EUA e a segunda refere a especificidade de cada país europeu na concretização das políticas sociais, resta referir uma terceira limitação – esta interna a cada país – para se comprovar que a variação de conclusões quanto ao relacionamento inter-profissional poderá representar por si o funcionamento sistémico destes processos e não uma indefinição quanto às consequências destas alterações nos serviços de saúde. Relembrando outro argumento já referido, uma das dinâmicas fundamentais da aplicação da NGP aos serviços de saúde diz respeito à descentralização de competências de gestão dos níveis central e regional para o nível organizacional. Associado a isso, considera-se o managerialismo como uma ideologia cuja concretização tem demonstrado uma excessiva vacuidade (e.g. Pollitt, 1990). A mais directa consequência é que de um sector cuja estatização significava uniformização, há uma transição para um sector que, não deixando de ser estatizado, torna-se internamente diferenciado por via da circunscrição das regras da gestão a cada prestador hospitalar. Neste sentido, não se pode esperar a possibilidade de transposição dos resultados e do exemplo da gestão de um prestador para outro. Entre demais factores, os responsáveis pela mudança (gestores) não são os mesmos, as próprias instituições podem variar significativamente – nomeadamente a sua história e a cultura organizacional –, os desafios colocados pelas populações-alvo não são uniformes no espaço, além de que os profissionais podem revelar modos diferenciados de adaptação às alterações dos respectivos serviços.

Concluindo, na esteira daquilo que Rodrigues (2004) refere, ainda que não se questione a utilidade da generalização conceptual nas profissões, importa identificar as manifestações específicas que caracterizam os modelos profissionais, bem como as ideologias do profissionalismo, sabendo-se da diversidade de modelos de organização, da heterogeneidade interna, da imprecisão das fronteiras que separam as profissões, bem como outras especificidades associadas a contextos históricos e geopolíticos.

---

<sup>103</sup> No ponto seguinte em que se analisa a implementação da NGP nos hospitais portugueses, será visto que apesar de existir uma inequívoca proximidade das políticas nacionais em relação a princípios supranacionais, persistem configurações muito próprias no sistema de saúde português.

## 7.2. NGP EM PORTUGAL

### 7.2.1. Características da NGP em Portugal

Definidos os contornos gerais da NGP e a sua íntima relação com o sistema político e com o sistema das profissões, analisa-se agora o modo como se tem processado a sua implementação nos hospitais públicos portugueses.<sup>104</sup>

Hoje em dia a NGP revela uma inegável centralidade, tanto em termos empíricos, como teóricos, tendo conduzido a um debate que se tem disseminado no espaço e nos protagonistas. Em todo o caso, a discussão internacional continua a evidenciar um predomínio de exemplos anglo-saxónicos (Barzelay, 2000). Tendo então por base um contexto político e científico propício a este debate e uma relativa ausência de reflexão sobre a situação vivida em Portugal, procura-se contribuir para a interpretação do modo como a NGP tem vindo a ser pensada e implementada no sector da saúde português.

Antes disso, importa apenas referir que o facto desta análise se centrar nos hospitais não significa que a reforma na saúde em Portugal esteja limitada a esses prestadores. Pelo contrário, a reestruturação dos serviços de saúde tem sido prosseguida transversalmente entre as várias dimensões do SNS (e.g. encerramento de serviços de atendimento permanente – SAP –, maternidades e urgências), motivo que tem provocado uma ampla contestação social (OPSS, 2009).<sup>105</sup> Ainda assim, a preponderância dada ao sector hospitalar prende-se com dois motivos fundamentais. O primeiro relaciona-se com a relevância que os hospitais assumem na prestação de cuidados de saúde e que levaram a que Correia de Campos (1984) tivesse definido o sistema de saúde português como “hospitalocêntrico”. Decorrente desse, o segundo motivo prende-se com os encargos que os hospitais representam para as contas públicas, fazendo destas organizações verdadeiros laboratórios sobre as tendências das mudanças futuras ao nível da prestação de cuidados. Por conseguinte, este é o sector mais permeável à intervenção política, sobretudo num

---

<sup>104</sup> Tanto este ponto como o seguinte constituíram elementos de reflexão já publicados (Correia, 2009d, 2011).

<sup>105</sup> Recorde-se os argumentos de Santos (1987), quando afirma que uma das contradições do modelo providência é a insatisfação generalizada decorrente de retrocessos das políticas sociais. Sobre a reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal, vd. Teixeira (2011).



---

contexto histórico em que se discute os problemas e contradições do Estado-Providência (Campos, 2008; Sakellarides, 2006).<sup>106</sup>

Como foi afirmado anteriormente, uma análise rigorosa sobre a NGP exige ir além de uma mera descrição de medidas políticas e de alterações mais ou menos sistemáticas no funcionamento organizacional. Sabendo da diversidade empírica que a concretização da NGP assume, cada país deve ser visto como uma combinação, por vezes difícil de destrinçar, entre influências externas e particularismos internos. Por um lado, é inequívoca a influência de certas orientações políticas que se foram disseminando a partir de contextos específicos (e.g. pense-se no caso inglês de Thatcher e depois de Major), a par de situações relativamente comuns de pressão sobre as contas públicas. Por outro, há que considerar todo um outro conjunto de processos de natureza institucional específicos a cada país que permitem perceber o conteúdo e a forma da materialização da NGP.

À semelhança da generalidade dos países europeus, a NGP representa em Portugal uma lógica política de funcionamento assente na compatibilização entre a universalidade e a tendencial gratuitidade do acesso a cuidados de saúde (princípios gerais que em Portugal estão inscritos na Constituição da República Portuguesa e no SNS) e a necessidade de racionalização dos gastos públicos.

À partida, isto significa que a NGP não pode ser meramente associada a um movimento de privatização do SNS e de conseqüente ameaça ao suporte ideológico do Estado-Providência. Paralelamente, é indiscutível um contexto de maior liberalização da actividade estatal, que atesta a necessidade de uma presença cada vez mais significativa dos agentes privados na prestação de cuidados de saúde, e que pode trazer uma alteração

---

<sup>106</sup> Para uma compreensão genérica sobre as mudanças na gestão hospitalar portuguesa veja-se Vaz (2010). Em traços largos, é possível apreender os contornos da gestão hospitalar moderna por intermédio das dimensões de análise consideradas: produção e performance; acesso; satisfação dos utilizadores; modalidades de pagamento e formas de contratualização; novos modelos jurídicos; PPP.

na configuração da actividade pública em saúde.<sup>107</sup> Por exemplo, o facto de actualmente a Constituição da República Portuguesa já não se referir ao SNS como gratuito, mas tendencialmente gratuito, demonstra em que sentido não se pondo em causa as bases do SNS – até pela carga simbólica que isso representaria – ganha evidência uma reconfiguração política e ideológica quanto à necessidade de repensá-lo perante os desafios que presentemente se colocam aos países.

Como se percebe dessa discussão, a NGP tornou-se intrínseca ao próprio Estado-Providência. Nesse modelo teórico, ao Estado cabe o desempenho do interesse geral de um país acima de qualquer suspeita e em independência em relação aos diferentes grupos e estratos sociais (Santos, 1987, 1992). Assume tanto funções de prestação como de regulação (Mishra, 1995) e, cada vez mais, revela como princípio a contratualização da actividade pública a outros actores que o substituem nessa função (Mozzicafreddo, 2002). Por outras palavras, tem-se assistido a uma progressiva passagem da função de prestação para a função de regulação da actividade de privados.

Esta questão ganha uma especial evidência em Portugal dada a configuração do próprio Estado-Providência, e que levou Santos (1987) a defini-lo como um ‘semi Estado-Providência’. Foi um processo tardio e inacabado, nunca tendo reunido verdadeiros consensos por parte dos intervenientes políticos.<sup>108</sup> De facto, quando o SNS português é efectivamente concretizado com a Lei de Bases da Saúde n.º 48/1990, já os países dotados

---

<sup>107</sup> É o caso concreto das designadas PPP (vd. Decreto-Lei n.º 185/2002). As PPP instituem uma lógica em que a actividade pública é realizada por entidades privadas mediante uma relação contratual, ou seja, tem como princípio “*assegurar o desenvolvimento de uma actividade tendente à satisfação de uma necessidade colectiva, e em que o financiamento e a responsabilidade pelo investimento e pela exploração incumbem, no todo ou em parte, ao parceiro privado*” (DL.141/2006: 5350). As PPP realizam-se ao nível da concessão de obras públicas, serviços públicos, prestação de serviços e gestão de bens e serviços. A lógica subjacente é que a prestação pública tende a ter melhores resultados se efectuada em conjugação com o sector privado, não obstante o próprio poder político reconhecer casos em que a solução tem sido mais dispendiosa, além de considerar que os parceiros privados nem sempre têm cumprido aquilo que está definido contratualmente. Como mais adiante será discutido, está em causa a adequação entre dois princípios dificilmente articuláveis (apropriação privada do lucro e o interesse colectivo). Para uma discussão sobre as implicações e contornos das PPP vd. Pita Barros (2010).

<sup>108</sup> Pense-se, por exemplo, na intervenção do Tribunal Constitucional no decorrer dos anos 80 após a tentativa da Aliança Democrática – governo de coligação entre o PPD, o CDS e o PPM – de extinção de 47 artigos que regulavam o SNS (ver Carapinheiro e Pinto, 1987).

do modelo social argumentavam a sua insustentabilidade e contradições, além desse documento conter já o prenúncio da emergência de novas orientações político-ideológicas.

A afirmação que o Estado-Providência português é um processo inacabado encontra suporte em duas ideias. Em primeiro lugar, pelo facto de nunca se ter fundado numa relação sustentada entre acumulação e distribuição de riqueza, além de não estar ao abrigo de um pacto de regime capaz de proteger eficazmente os seus fundamentos dos ciclos partidários (Santos, 1987). Em segundo lugar, pelo facto da sua institucionalização não ter sido verdadeiramente interiorizada pela população. Nesta ideia insere-se toda a linha de discussão sobre os défices de participação eleitoral que caracterizam Portugal no espaço europeu (conforme Freire e Magalhães, 2002; Viegas e Faria, 2009).<sup>109</sup>

A partir destas características do Estado-Providência português, a institucionalização do regime democrático de 1974 pode ser interpretado como um processo cumulativo do que propriamente de ruptura abrupta em relação a estruturas características do regime ditatorial (e.g. Simões, 2004). Exemplo disso são os marcos legislativos de 1971, os quais foram no sentido de criar um serviço de saúde universal público e não caritativo. Em todo o caso e em rigor, tais alterações não podem ser interpretadas como formas prévias de um Estado-Providência, mas como o reforço da vertente social do regime ditatorial (Carapinheiro e Pinto, 1987). Nesta altura surgem também fortes tendências do Estado para profissionalizar os intervenientes na prestação de cuidados de saúde, bem como criar um novo modelo de financiamento e de prestação de saúde que rompesse com a sua base corporativa (ver, Carapinheiro e Page, 2001). Aliás, a configuração actual do sistema de saúde português, onde sobressai o seu carácter ‘hospitalocêntrico’, decorre de marcos legislativos dos anos 60 (e.g. Decreto-Lei n.º 48357, 1968) onde se justifica a necessidade de investimento ao nível das infra-estruturas hospitalares.<sup>110</sup> Além de se basear em documentos por sua vez respeitantes a marcos

---

<sup>109</sup> Este tendencial absentismo quanto a formas de envolvimento cívico mais distantes contrasta com um significativo envolvimento em formas de associativismo de natureza mais próxima aos cidadãos. A este respeito, não esquecer um tipo de solidariedade de base comunitária e/ou familiar característica da sociedade portuguesa, designada por Santos (1987) como uma ‘sociedade providência’.

<sup>110</sup> Por exemplo, o Decreto-Lei n.º 413/71, que define a reorganização dos serviços de saúde, reconhece que a configuração muito específica do sector da saúde em Portugal leva à necessidade dos hospitais manterem uma estrutura autónoma e central em relação a outros prestadores de cuidados.

legislativos da década de 40 (como a Lei n.º 2120 de 1963 que promulga as bases da política de saúde e assistência e que consagra princípios inscritos na Lei n.º 2011 de 1946 onde se define a organização hospitalar do país com base num sistema regionalizado e baseado na ordenação técnica das unidades que o compõem: hospitais gerais, regionais e sub-regionais), encontram-se referências embrionárias quanto à melhor gestão dos hospitais, sem que isso se materialize numa qualquer ideologia anti-profissional:

ultrapassou-se a ideia de que as técnicas da economia nada tinham que ver com o governo dos hospitais e que os problemas de financiamento afectavam a nobreza dos objectivos próprios da actividade médica. Aceita-se, em termos de generalidade, que os processos de gestão económica constituem garantia indispensável de que aos meios materiais reunidos pela comunidade será dada a utilidade óptima, o que, no final, quer dizer maior número de doentes assistidos e melhor assistência prestada. Acrescenta, dizendo que por outro lado, estipula-se claramente a responsabilidade de todos os serviços, quer médicos, quer administrativos, bem como dos vários órgãos de administração e direcção técnica, na realização dos objectivos e nos resultados finais do trabalho comum, competindo a cada um conseguir a máxima eficiência com o mais económico aproveitamento dos meios de acção postos ao seu dispor. (Decreto-Lei n.º 48357: 601)

É possível tomar este marco como o ponto inicial da preocupação política em Portugal sobre a distribuição dos recursos públicos em serviços cada vez mais dispendiosos, como se viu, pelo aumento do custo da prestação de cuidados prestados e pelo aumento da procura desses serviços. A partir daqui toda a produção legislativa na saúde vai sucessivamente dando conta da necessidade em o Estado assegurar a saúde das populações, através de recursos humanos e técnicos qualificados bem geridos em função de critérios de eficiência.

Sendo o financiamento público dos sistemas de saúde um problema transversal aos países europeus, os particularismos que Portugal apresenta em termos da centralidade ocupada pelos hospitais na prestação de cuidados, associada à realidade social, económica e financeira do país, conduzem à ideia que cedo o sistema de saúde português acusou esta preocupação em gerir os recursos públicos. Não quer isto dizer que este problema tenha sido primeiramente sentido em Portugal. Mas enquanto a atenção internacional em matéria de saúde estava voltada para os cuidados de saúde primários (Cf. Declaração de Alma-Ata, WHO, 1978), Portugal acentuava a sua dependência nos recursos hospitalares bem mais dispendiosos para as contas públicas. Aliás, quando na década de 80, o enfoque internacional passa a valorizar os problemas associados ao Estado-Providência e à sustentabilidade dos gastos públicos, Portugal prossegue a orientação “hospitalocêntrica”

das suas políticas, incluindo-as no seu SNS (Carapinheiro e Pinto, 1987; Carapinheiro e Page, 2001).<sup>111</sup>

Já noutra nível de discussão, não obstante os problemas que se referiram quanto à institucionalização do Estado-Providência em Portugal, o modelo apresenta contradições de base e que, aliás, são bem evidentes no actual quadro de restrição financeira. Deste modo, em momentos de menor capacidade de acumulação de riqueza por parte do Estado tende a aumentar a necessidade quanto à sua distribuição às populações. Além disso, a própria atribuição de direitos sociais segue uma orientação generalizada para a sua intensificação, podendo deixar os partidos políticos reféns desses processos tendencialmente cumulativos (Santos, 1987, 1992).

Associado ao Estado-Providência, a segunda determinante para a configuração das características da NGP em Portugal diz respeito à estrutura de negociação vigente em cada país, isto é, ao seu *sistema de relações industriais*.<sup>112</sup> Ainda que não se pretenda aprofundar esta questão, importa considerar as características de participação e de envolvimento de outros intervenientes (como sindicatos e associações profissionais) além do próprio governo, para perceber o resultado das políticas e das mudanças organizacionais. Partindo uma vez mais da transição democrática como um dos marcos

---

<sup>111</sup> Um importante indicador do carácter ainda “hospitalocentrico” da prestação de cuidados de saúde em Portugal prende-se com a preocupação política tardia com a gestão empresarializada dos cuidados primários. Apenas em 1999, com o Decreto-Lei n.º 157/99, se encontra pela primeira vez uma atenção clara quanto ao modo como os cuidados de saúde primários são prestados, procurando a sua articulação com outros níveis de cuidados de saúde: “*Nestes termos, reconhecendo os centros de saúde como primeiras entidades responsáveis pela promoção e melhoria dos níveis de saúde da população de determinada área geográfica, considera o Governo ter-se tornado prioritária a reformulação do respectivo quadro legal, dotando-os de personalidade jurídica e criando um nível de gestão local, com base numa matriz organizacional, simultaneamente flexível e funcional, no respeito de uma hierarquia técnica efectiva.*” (p. 2425). Desde então, tem havido uma inegável intervenção política nos centros de saúde, com importantes marcos legislativos nesse sector, como o caso das Unidades de Saúde Familiar. Vd. Decreto-Lei n.º 60/2003; Decreto-Lei n.º 28/2008; Decreto-Lei n.º 102/2009, onde se pode comprovar a influência contínua e generalizada dos fundamentos da empresarialização dos cuidados de saúde em geral, não obstante, a sua concretização estar dependente de especificidades decorrentes dos projectos políticos de cada partido.

<sup>112</sup> Dunlop (1958), com base na formulação estruturo-funcionalista de Parsons, entende um sistema de relações industriais como um modelo autónomo, portanto um subsistema social, com actores e processos relacionais específicos, não explicáveis pela imposição de outros sistemas sociais, unidos por uma ideologia definidora das regras e das funções no local de trabalho.

fundamentais na configuração dos processos que marcam hoje em dia as medidas políticas, Stoleroff (1988, 1995, 2009) refere a herança politizada e corporativa da estrutura sindical ainda do período ditatorial, além da própria configuração política do pós 25 de Abril de 1974, como aspectos importantes sobre o modo como em Portugal nunca se atingiu um verdadeiro *sistema de relações industriais*. Tratou-se sobretudo de um modelo formalista e legalista e não qualitativo.

De modo semelhante, Barreto e Naumann (1998), argumentam que a democracia em Portugal assenta numa base governamental maioritariamente centralizada, pelo que não será então de estranhar que a implementação de medidas que concretizam a NGP passem muito mais por decisões governamentais centralizadas (nomeadamente por via do instrumento de regulamentação ao dispor do poder executivo: o ‘decreto-lei’), do que por via de processos negociais com todo o campo político-partidário (as ‘Leis’ aprovadas em Assembleia da República), onde a acção governamental fica mais exposta à pressão de outros grupos de influência como os vários tipos de associações profissionais: ordens profissionais e sindicatos. Aliás, num trabalho subsequente, Stoleroff (2007) conclui que as mudanças que têm vindo a ser implementadas na administração pública portuguesa – no caso concreto da saúde e educação – são caracterizadas por uma estrutura tendencialmente centralizada e não participativa na tomada de decisão.

Importa referir que além destes condicionalismos institucionais, as dificuldades colocadas à participação na tomada de decisão podem estar implícitas à descentralização de competências implícita à NGP. A passagem de competências para outros intervenientes, sobretudo para o nível organizacional, faz com que o poder central esvazie parte das suas responsabilidades em matéria de regulação, o que deixa em aberto a negociação entre os representantes dos trabalhadores e as próprias entidades empregadoras. Esta dinâmica de descentralização do *locus* de negociação acaba por modificar os processos paradigmáticos de negociação colectiva característica de um modelo centralizado de funcionalismo público e a deixar na indefinição os resultados passíveis de serem alcançados.

A maior evidência quanto aos obstáculos associados à multiparticipação na tomada de decisão num quadro de descentralização de competências corrobora conclusões de autores como Katz (1993), Traxler (1995) ou Alaluf e Prieto (2001). Especificamente no sector da saúde português Stoleroff e Correia (2008b) consideram que o facto das relações laborais ao nível micro estarem envoltas numa variabilidade acentuada de estratégias de gestão deixa antever que a maior ou menor capacidade de adaptação sindical à

descentralização passa, em primeiro lugar, pelo reconhecimento de que o sector hospitalar se rege por lógicas de funcionamento novas e distintas, não envolvendo necessariamente uma crise sindical. A necessidade reside então na adaptação das formas de participação e envolvimento dos trabalhadores a esta *atomização* das relações laborais, sob pena de uma incapacidade de produzir resultados úteis do ponto de vista dos direitos laborais.

Após se ter dado conta do significado da NGP em Portugal e da configuração de duas das determinantes institucionais mais importantes para se perceber a sua concretização, reflecte-se sobre as principais medidas que compõem a concretização da NGP no SNS português.

Embora a intervenção governamental no sector tenha vindo a ser muito mais intensa a partir de 2002, um olhar sobre a evolução legislativa permite apontar 1988 como o momento onde o poder político materializou as suas primeiras intenções de introduzir princípios hoje associados à NGP:

Dentro da afirmação, hoje pacífica, de que a evolução do sistema hospitalar aponta claramente no sentido de uma dinâmica própria, a que subjaz uma unidade muito complexa onde se produzem bens e serviços, a sua gestão tem necessariamente de assentar em suportes compatíveis e que de forma alguma podem coincidir ou identificar-se com a situação relativamente bloqueante, como continua ainda a ser a actual, de um serviço público que, se não em teoria, pelo menos na prática, alinha a par dos que vivem integrados na gestão directa do Estado. E é aquela dinâmica, coerentemente suportada por toda uma estrutura interna que não esqueça princípios de natureza empresarial e claramente assente na iniludível integração da actividade hospitalar na economia do país, que impõe de forma rectilínea a assimilação, por parte do hospital, de uma boa parte das regras de gestão desconhecidas, por delas não carecerem, dos serviços públicos clássicos. (Decreto-Lei no. 19/88 p. 248-20)

Como já Simões (2004) constatara, isto torna a intervenção política em Portugal no sentido de uma nova gestão pública como um dado não recente. Ainda que estas mudanças apenas se tenham feito sentir de forma sistemática anos mais tarde, é de salientar uma convergência da preocupação política nacional com as medidas tomadas um pouco por toda a Europa em fins dos anos 80.

Sabendo que cada sistema de saúde é uma síntese original de particularismos e universalismos (e.g. Powell e Wessen, 1999, apud Carapinheiro e Page, 2001), é possível afirmar que o sistema de saúde português de hoje foi construído com base em períodos políticos internos relativamente bem identificados (Carapinheiro e Page, 2001; Simões, 2004; Carapinheiro, 2006), conjugados com tendências gerais para a racionalização que marcaram os países europeus na década de 90 (Mechanic e Rochefort, 1996; du Gay, 2000). Sob este ponto de vista, a introdução de mecanismos da NGP em Portugal não é um

processo exclusivo, apresentando, contudo, especificidades decorrentes das determinantes institucionais como aquelas que anteriormente se viram.

Afirmar que a construção do sistema de saúde português esteve suportado por períodos políticos, não significa que este tenha sido um processo conturbado entre os partidos que, ciclicamente, têm vindo a assegurar os governos há mais de 20 anos. Apesar de algumas especificidades, os contornos que se apresentam em seguida ilustram aquilo que anteriormente foi referido como a convergência ideológica que envolve a esquerda e a direita em torno da NGP. Claro que se trata de uma convergência entre partidos considerados de centro (partido socialista e partido social-democrata), não estando em causa qualquer convergência dos restantes partidos mais afastados do centro ideológico português.

### **Descentralização de competências**

A empresarialização do sector hospitalar português deve ser observada enquanto processo de significado genérico, influenciando, em graus variáveis, todos os estatutos jurídicos dos hospitais públicos portugueses em torno de dinâmicas de maior autonomização das competências managerialistas e de maior centralidade conferida a instrumentos tipicamente associados ao sector empresarial privado.

A sua presença teve maior visibilidade com a constituição de um estatuto jurídico designado por “hospitais EPE” introduzido em 2002 com a Lei n.º 27/2002. Este documento aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar, definindo três figuras jurídicas para os hospitais públicos (além dos hospitais privados):

- Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
- Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial;
- Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos.

O primeiro estatuto jurídico respeita os hospitais vulgarmente conhecidos por “hospitais públicos”. São os hospitais pertencentes ao SPA e que conduziram à ideia de que o sistema público de saúde em Portugal é “*excessivamente dispendioso, rígido e burocratizado*” (Resolução do Conselho de Ministros n.º 124/2005). O segundo estatuto



jurídico refere-se ao modelo empresarializado, ou seja, os hospitais EPE. O terceiro estatuto jurídico diz respeito a hospitais geridos enquanto SA de capitais exclusivamente públicos. Embora neste último modelo o Estado se assumia enquanto accionista dos hospitais, o facto de os capitais serem exclusivamente públicos torna o seu funcionamento organizacional em tudo semelhante ao modelo EPE. Ora, daqui sobressai a primeira grande conclusão. O modelo SA é legislado e posteriormente aplicado aos hospitais SPA (a experiência inicial foi em 31 hospitais) no tempo do governo social-democrata chefiado por Durão Barroso. Quando sucede o governo de maioria socialista chefiado por José Sócrates em 2005 (até 2009), a revogação deste estatuto jurídico apresenta-se como uma bandeira eleitoral, naquilo que se apresenta como uma retórica de defesa do SNS e de viragem à esquerda nas políticas neo-liberais: no programa desse governo (XVII Governo Constitucional), previu-se desde logo “[a] avaliação da experiência dos 31 hospitais SA e operar a sua transformação em Entidades Públicas Empresariais (EPE)”.<sup>113</sup>

O que se observa no quadro seguinte é que esta alteração das preferências governativas, ora para o modelo SA ora para o modelo EPE, não altera substantivamente os princípios de financiamento e de funcionamento dos hospitais públicos. Mais, considera-se que apesar de diferenças no ponto de vista da gestão patrimonial e de recursos humanos, os hospitais SPA convergem com os fundamentos dos outros dois estatutos hospitalares. É precisamente por este motivo que anteriormente foi referida a necessidade de um entendimento mais alargado do processo de empresarialização, não o encerrando a um único estatuto jurídico.

---

<sup>113</sup> Programa de Governo consultado a 25/06/2009 em [http://www.portugal.gov.pt/pt/GC17/Governo/ProgramaGoverno/Pages/programa\\_p011.aspx](http://www.portugal.gov.pt/pt/GC17/Governo/ProgramaGoverno/Pages/programa_p011.aspx).

Quadro 3.1. – Comparação entre estatutos jurídicos dos hospitais públicos portugueses

	Sector Público Administrativo (SPA)	Entidades Públicas Empresariais (EPE)	Sociedades Anónimas de capitais públicos (SA)
Principais critérios de gestão	<p>Centralidade de princípios de racionalidade económica</p> <p>Actividade paga pelo Estado através de contratos-programa celebrados com instâncias de regulação meso (ARS) onde se definem metas quantitativas e qualitativas, calendarização, investimentos necessários, indicadores de desempenho</p> <p>Investimentos mediante comprovação das necessidades</p>	<p>Centralidade de princípios de racionalidade económica</p> <p>Actividade paga pelo Estado, através de contratos-programa celebrados com o Governo onde se definem metas quantitativas e qualitativas, calendarização, investimentos necessários, indicadores de desempenho</p> <p>Investimentos mediante comprovação das necessidades</p>	<p>Centralidade de princípios de racionalidade económica</p> <p>Actividade paga pelo Estado, através de contratos-programa celebrados com o Governo onde se definem metas quantitativas e qualitativas, calendarização, investimentos necessários, indicadores de desempenho</p> <p>Investimentos mediante comprovação das necessidades</p>
Regulação	<p>Regulamentos internos e por normas em vigor para os hospitais do SNS</p> <p>Descentralização de responsabilidades dos CA na definição, execução e avaliação da gestão hospitalar</p> <p>Autonomia administrativa e financeira sem autonomia patrimonial (com aprovação governamental)</p> <p>Os funcionários mantêm as regras da Administração Pública. A admissão de novos profissionais baseia-se nas normas do contrato individual de trabalho</p>	<p>Regulamentos internos, normas em vigor para os hospitais do SNS compatíveis com a natureza empresarial e pelo regime jurídico aplicável aos EPE</p> <p>Descentralização de responsabilidades dos CA na definição, execução e avaliação da gestão hospitalar</p> <p>Autonomia administrativa, financeira e patrimonial</p> <p>Os funcionários mantêm as regras da Administração Pública. A admissão de novos profissionais baseia-se nas normas do contrato individual de trabalho</p>	<p>Regulamentos internos, normas em vigor para os hospitais do SNS compatíveis com os estatutos das SA e pelo regime jurídico aplicável ao sector empresarial do Estado</p> <p>Descentralização de responsabilidades dos CA na definição, execução e avaliação da gestão hospitalar</p> <p>Autonomia administrativa, financeira e patrimonial</p> <p>Os funcionários mantêm as regras da Administração Pública. A admissão de novos profissionais baseia-se nas normas do contrato individual de trabalho</p>
Tutela	<p>MS ou ARS (através da delegação de competências) fiscalizam aspectos relacionados com o desempenho, organização, orçamentos, cessão de actividades</p> <p>Orçamento do hospital acordado com MS e ARS</p> <p>Presidente do CA nomeado pelo MS</p> <p>Dependência na definição da política de recursos humanos das ARS</p>	<p>MS ou ARS (através da delegação de competências) fiscalizam aspectos relacionados com o desempenho, organização, orçamentos, cessão de actividades</p> <p>Capital estatutário pelo MS e MF</p> <p>Presidente do CA nomeado pelo MS</p> <p>Independência na definição da política de recursos humanos</p>	<p>MS ou ARS (através da delegação de competências) fiscalizam aspectos relacionados com o desempenho, organização, orçamentos, cessão de actividades</p> <p>Capital social detido exclusivamente pelo Estado/empresas de capitais exclusivamente públicos, sendo a tutela económica da responsabilidade conjunta do MS e MF</p> <p>Presidente do CA nomeado pelo MS</p> <p>Independência na definição da política de recursos humanos</p>

Fonte: Lei n.º27/2002

Como se constata, a Lei n.º 27/2002 introduz princípios inequívocos da NGP no sector hospitalar público português, alterando inclusive a concepção do “tradicional” SPA. Esta convergência regista-se sobretudo ao nível da descentralização de competências de gestão para o espaço das organizações. Aos CA cabe a concepção, a implementação e o controlo da actividade hospitalar, passando a adquirir competências em matérias que anteriormente eram definidas pelas instâncias de regulação regionais – ARS – ou centrais – MS. Apesar de no SPA se manter alguma dependência em relação ao papel das ARS, sobretudo na definição de matérias como a actividade contratualizada, os indicadores de desempenho e as políticas de recursos humanos para os hospitais da região administrativa, o nível organizacional ganha maior centralidade na gestão dos hospitais.

Sem querer entrar nas especificidades técnicas e jurídicas de cada modelo, em traços gerais, o presidente do CA – não necessariamente médico – e os restantes membros executivos são nomeados ministerialmente, os quais, por sua vez, propõem à consideração ministerial os membros não executivos – o director clínico e o enfermeiro director – entre os profissionais considerados mais habilitados para esse efeito (cf. Decreto-Lei n.º 39/2002). Embora nada obrigue, mantém-se ainda uma tendência de propor para esses lugares os profissionais mais habilitados nas respectivas carreiras profissionais. Uma vez composto enquanto órgão colegial, o CA nomeia em cada área médica (serviço ou departamento) um director entre os médicos mais habilitados na carreira profissional.<sup>114</sup>

---

<sup>114</sup> Sobre a constituição dos departamentos médicos, não existe um modelo único aplicável. Embora o principal critério de organização dos departamentos seja em função das especialidades médicas, a sua concretização em cada hospital associa a proximidade científica entre as diferentes valências à própria organização característica do hospital. De referir ainda que apesar da constituição de cada departamento pressupor a existência de um director de departamento nomeado pelo CA (cf. Decreto-Lei n.º 188/2003) entre os directores de serviço dos serviços constituintes dessa unidade orgânica, a tradicional figura dos directores de serviço não se dilui nas funções e responsabilidades. Mantém-se em tudo igual àquilo que são as atribuições e autonomia dos directores de serviço num hospital SPA, até mesmo a própria designação “o meu serviço” referida num ponto prévio desta discussão. Com a presença de um director de departamento, a única diferença reside na existência de órgão intermédio de gestão responsável pela centralização dos mais variados aspectos de gestão corrente desse departamento. Cada director de serviço mantém uma preponderância técnica e de gestão física, patrimonial e de recursos humanos do serviço que dirige (notas do diário de campo). Outra alteração que decorre da constituição de departamentos médicos é a existência de um gestor de área que funciona como um ponto intermédio entre a gestão centralizada do CA e o funcionamento de cada departamento e serviços integrantes. Embora traga a gestão para a linguagem médica e se reconheça a sua presença no quotidiano do trabalho médico, a sua função

Como se viu, um dos argumentos que o poder político tem consubstanciado na adopção de lógicas da NGP prende-se com a necessária agilização e simplificação da tomada de decisão, ou seja, de desburocratização dos sistemas de saúde. No entanto, concluiu-se que o correcto funcionamento da descentralização de competências exige um aumento de controlo dos níveis superiores de decisão em relação aos níveis inferiores. Apenas deste modo é possível conceber uma relação tutela-gestão-profissionais em equilíbrio, evitando desvios entre o desempenho contratualizado e o desempenho realizado. O objectivo é um modelo de acção tendencialmente mais adaptado às exigências colocadas pela exposição da actividade pública às dinâmicas do sector privado.

Sobretudo num contexto generalizado de restrição orçamental, facilmente se percebe em que medida a descentralização de competências exige um controlo de tipo burocrático da tutela governamental em relação aos hospitais. A cada CA é exigido um elevado rigor na condução dos objectivos previamente definidos, estando contemplado no plano normativo que o seu desrespeito é um dos motivos atendíveis para a sua destituição. Apesar desta possibilidade inscrita na regulamentação da gestão hospitalar, não há conhecimento até à data que tenha sido utilizada, apesar de ocasionalmente vir a público que alguns hospitais EPE têm apresentado derrapagens financeiras significativas.

De forma a ilustrar como a introdução do managerialismo hospitalar reforça alguns dos princípios weberianos de burocracia, aplicou-se as 15 dimensões que Clegg (1994: 58 – 59) propõe para operacionalizar o tipo-ideal de burocracia. Como se pode observar, num dos documentos executivos mais relevantes sobre a introdução da NGP nos hospitais públicos portugueses, 13 dessas dimensões acabam por ser reforçadas.<sup>115</sup>

---

reside fundamentalmente como canal de comunicação entre o CA e os profissionais do serviço, dando conta de informações relevantes de parte a parte e organizando toda a vertente administrativa/organizacional do respectivo departamento. Nada se verificou quanto à possível intromissão na actividade médica, sobretudo ao nível de um maior controlo em relação a serviços sem gestores de departamento (notas do diário de campo).

<sup>115</sup> A referência a este documento legal pretende apenas ilustrar como se chegou à conclusão de reforço das dimensões do tipo-ideal de burocracia. Não obstante eventuais desfasamentos na aplicação destes princípios, o argumento refere-se apenas às orientações políticas sobre o sector.

Quadro 3.2. – Dimensões do ideal tipo de burocracia reforçadas na NGP

Dimensões do tipo-ideal de burocracia	Fundamentos da NGP	Decreto-Lei n.º 233/2005 (Competências do CA)
Especialização funcional	✓	a) Propor planos de acção, respectivos orçamentos, instrumentos de gestão previsional, garantir a sua execução; b) Celebrar contratos-programa c) Definir linhas de orientação a quem devem obedecer a organização e o funcionamento do hospital nas áreas clínicas e não clínicas, propondo a criação de novos serviços, sua extinção ou modificação; d) Definir política de RH e remunerações; e) Designar pessoal para cargos de direcção e chefia; f) Aprovar regulamento disciplinar dos trabalhadores e condições de prestação e disciplina do trabalho; g) Decidir sobre a realização de ensaios clínicos e terapêuticos; h) Decidir sobre admissão e gestão dos trabalhadores; i) Exercer competência disciplinar independentemente da relação jurídica de emprego j) Acompanhar a execução do orçamento, aplicando as medidas destinadas a corrigir os desvios em relação às previsões realizadas; k) Assegurar a regularidade da cobrança das dívidas e autorizar a realização e o pagamento da despesa do hospital EPE; l) Delegação de competências nos seus membros ou demais pessoal de direcção e chefia
Autoridade	✓	
Estratificação	✓	
Formalização	✓	
Centralização	✓	
Legitimação	✓	
Hierarquização	✓	
Contratualização	✓	
Credencialização	✓	
Disciplinização	✓	
Impersonalização	✓	
Configuração	✓	
Estandardização	✓	
Oficialização		
Emergência de carreiras		

Demonstrando em que medida a empresarialização do sector hospitalar público português é um processo que se tem vindo a enraizar no significado da prestação pública de cuidados, apresenta-se no quadro 3.3. dados relativos ao número dos hospitais públicos empresarializados no sistema hospitalar português. Observa-se que em 2008 o estatuto jurídico EPE englobava praticamente 60% da globalidade dos prestadores, tendo um peso significativo (76%) nos hospitais integrados em centros hospitalares (mais adiante aprofunda-se a discussão sobre essa figura jurídica).

Quadro 3.3. – Contabilização dos prestadores hospitalares em Portugal Continental (2008)<sup>116</sup>

Prestadores hospitalares			
	SPA	EPE	Total
Hospitais	28	15	43
Hospitais incluídos em Centros Hospitalares	14	45	59
Total de hospitais	42	60	102

Fonte: MS

### **Modelo de financiamento e de responsabilização**

No seguimento do que foi dito, a actividade hospitalar no quadro da NGP processa-se por uma dupla contratualização: entre a tutela e o hospital e entre o hospital e os seus serviços constituintes. A contratualização representa uma relação contratual entre duas partes onde se estabelece previamente a actividade a prestar (dando alguns exemplos: demora média de internamento; tempo médio de espera para cirurgia; taxa de re-internamento; número de consultas; taxa de óbito) prevendo-se, em função disso, os respectivos pagamentos. Trata-se de uma forma de delegação da actividade, tanto do poder central para o CA de cada hospital, como dos CA para os serviços/departamentos médicos.

Esta forma de financiamento do sector pela actividade efectivamente realizada representa uma alteração significativa em relação ao anterior modelo. Passa-se de um orçamento retrospectivo para um orçamento prospectivo, em que o não cumprimento da actividade contratualizada penaliza a dotação orçamental para o ano seguinte.

Daqui se apreende que apesar de critérios bem restritos, a NGP em Portugal apresenta-se como um modelo cuja implementação comporta desvios em relação aos seus princípios normativos. Fez-se menção à não responsabilização dos gestores, mesmo com o conhecimento público de derrapagens orçamentais de alguns hospitais EPE, mas o mesmo tende a acontecer – salvo casos pontuais não conhecidos publicamente – em relação a direcções de serviço/departamento. O que isto demonstra é que apesar de uma maior

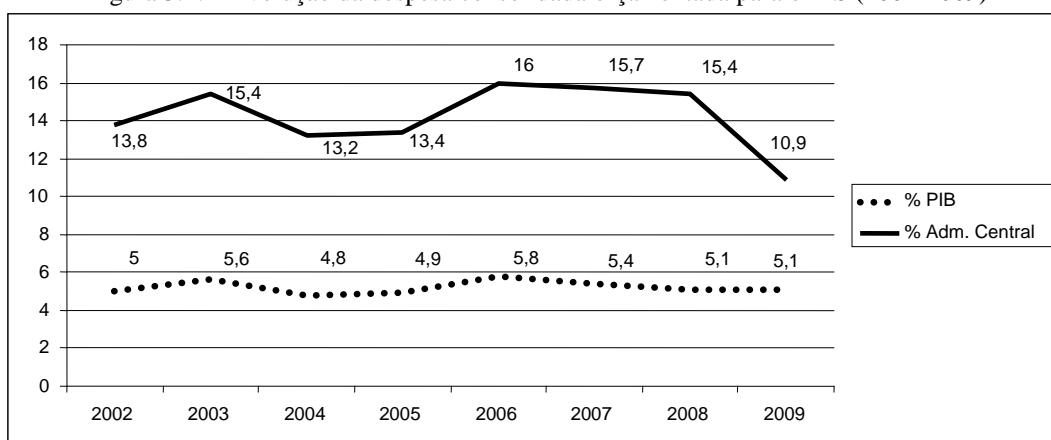
---

<sup>116</sup> Esta análise reporta-se apenas ao território continental devido às especificidades da gestão dos prestadores hospitalares nas regiões autónomas. Nas ilhas, embora os estatutos jurídicos aplicados sejam os mesmos vigora um documento legislativo de âmbito regional que define os estatutos dos Serviços Regionais de Saúde da Madeira e dos Açores, criando especificidades na prestação, regulação e financiamento dos cuidados (vd. Decreto Legislativo Regional n.º4/2003/M para a região autónoma da Madeira e Decreto Legislativo Regional n.º 2/2007/A para a região autónoma dos Açores).

transparência associada à NGP (por exemplo, nos sites dos hospitais é possível encontrar orçamentos e alguns indicadores de desempenho para consulta pública) os processos de nomeação – dos CA e das chefias intermédias – não permitem um escrutínio público rigoroso quanto aos seus pressupostos e argumentos, sendo uma esfera sobrepolitizada e infrasocializada.

De modo a ilustrar em que sentido a empresarialização da prestação pública de cuidados tem envolvido gastos mais significativos em saúde, apresentam-se um conjunto de indicadores respeitantes aos Orçamentos Gerais do Estado.

Figura 3.1. – Evolução da despesa consolidada orçamentada para o MS (2002-2009)



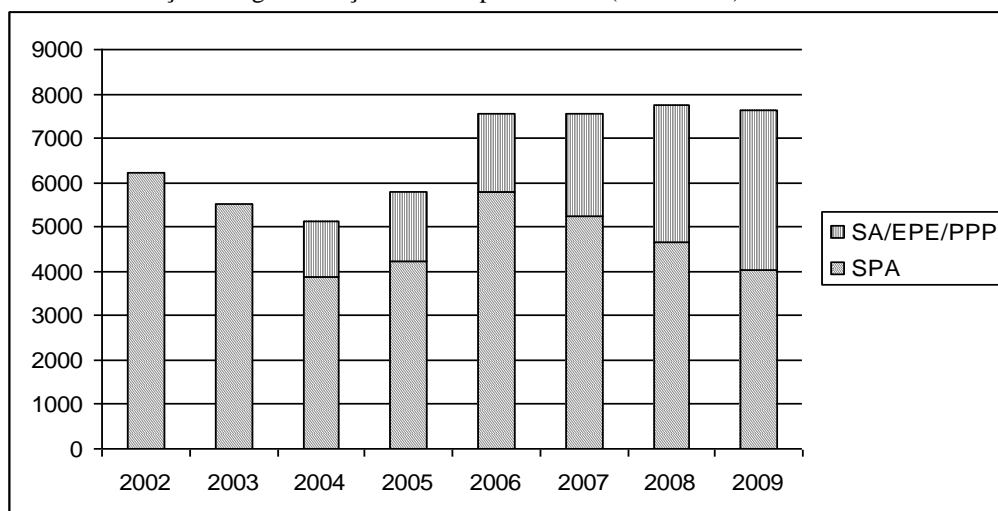
Fonte: MF, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008

Em 2002, com o governo de Durão Barroso procedeu-se à alteração do regime jurídico dos hospitais SPA para SA, o que envolveu a constituição dos respectivos capitais sociais. Esta alteração impulsionou um acréscimo de 13,8% da despesa na Administração Central para 15,4% e de 5% para 5,6% do PIB. Em 2006, o primeiro governo chefiado por José Sócrates substituiu os hospitais SA por hospitais EPE, ao que associou o aumento do número de hospitais SPA transformados em EPE. Esta dupla dinâmica voltou a justificar aumentos significativos em ambos os indicadores, passando o peso da despesa da Administração Central de 13,4% em 2005 para 16% em 2006 e o peso do MS no PIB de 4,9% para 5,8%. Como é possível observar, as verbas destinadas ao MS a partir de 2006 até 2008 permaneceram num valor algo elevado comparativamente a 2002, o que encontra resposta na contínua alteração do modelo jurídico dos hospitais de SPA para EPE (e.g. Decretos-lei n.º 27/2009, 203/2008, 180/2008, 23/2008, 326/2007, 50-A/2007, 233/2005). De 2008 para 2009 constata-se uma diminuição acentuada do peso da despesa do MS na

Administração Central dando conta de uma aparente diminuição de gastos por intermédio das mudanças analisadas.

No entanto, a questão é mais complexa do que aparenta e necessita de um outro olhar. Na figura 3.2. analisam-se as transferências financeiras para o SNS através dos montantes orçamentados para o SNS de 2002 a 2009. Ora, aquilo que se observa é uma progressiva repartição, que em 2009 chega a ser praticamente metade, de verbas para o sector “não SPA”, isto é, para os hospitais SA, EPE e para as PPP. É ainda constatável que de 2002 a 2004 houve uma diminuição bruta nos montantes transferidos para o SNS, enquanto a partir de 2005 esse valor aumentou estabilizando em torno dos 7.000 e 8.000 milhões de euros.

Figura 3.2. – Evolução dos gastos orçamentados para o SNS (2002-2009): valores em milhões de Euros



Fonte: MF, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008

Posto isto, é com alguma clareza que se comprova o argumento de maiores custos do sector da saúde no contexto das mudanças associadas ao processo de empresarialização, embora inscritas em rubricas que saem das contas directas do SNS. Isto, apesar da expectativa contrária com estas alterações e de não terem sido tornados público casos de uma responsabilização efectiva dos gestores.

Do ponto de vista dos profissionais, encontram-se também definidas formas de responsabilização. Não é que a prática clínica sob a égide da NGP seja diferente do tradicional modelo público. Os médicos continuam a apresentar-se enquanto grupo colegial, não havendo a tentativa – ou capacidade – da sua responsabilização individual,



salvo casos grosseiros de negligência. Outras formas de controlo, como por exemplo o controlo biométrico (assiduidade) foram genericamente boicotadas por todo o país sem que os gestores tenham apresentado formas de repressão a esses comportamentos dos profissionais. O *locus* de influência profissional continua a ser, como no passado, a figura do director de serviço. Existe, contudo, uma forma de responsabilização dos médicos por via da sua consciencialização. Ou seja, através da introdução de instrumentos informatizados, é hoje possível ao médico ir vendo o custo dos mais variados procedimentos e escolhas: desde os medicamentos até às análises clínicas. A expectativa por parte dos gestores é criar, assim, uma maior consciencialização do valor que cada acto médico representa para o SNS.

No caso dos enfermeiros e dos técnicos de saúde a responsabilização acaba por assumir outros contornos. Como se verá mais adiante, a diferença significativa decorre da alteração do vínculo laboral, dado que a entrada para estas actividades é regulamentada por contratos individuais de trabalho a termo certo ou incerto. Consequentemente, mesmo que a avaliação de desempenho – matéria sensível no âmbito da reforma da administração pública portuguesa (Stoleroff, 2007; Stoleroff e Correia, 2008a, 2008b) –, possa não ser implementada a todos os profissionais contratados segundo um princípio uniforme, dependendo das regras contratuais definidas com cada entidade empregadora (cada hospital), a responsabilização dos profissionais será sempre identificável no seu desempenho diário, nem que seja por intermédio da decisão quanto à renovação dos contratos.

### **Racionalização de gastos**

Viu-se em que medida a emergência da NGP decorre de imperativos financeiros. A racionalização da actividade pública torna-se assim um dos pontos centrais em todo este processo, fazendo-se sentir em diferentes níveis.

Em primeiro lugar, a aplicação do princípio da decisão baseada na evidência (e.g. Exworthy e Halford, 1999) como forma de legitimação da escolha dos procedimentos clínicos conduz a uma definição dos critérios de qualidade por intermédio da demonstração quantitativa dos seus benefícios. Os gastos em torno da decisão clínica tendem a ser negociados com os CA através da demonstração da relação custo/benefício por determinado medicamento, equipamento ou técnica. Como se irá observar, mesmo neste

aspecto os médicos não tendem a sentir-se constrangidos na sua autonomia profissional, evidenciando formas de contornar o controlo dos gestores. Têm noção que actualmente a aprovação de gastos passa sempre pela adopção de argumentos que atestem a melhoria de desempenho do hospital ou então que sirvam um número alargado de doentes. Embora não tenha sido tornado público situações representativas de recusa de administração de terapêuticas por questões de ordem financeira, esta é uma situação hipotética em hospitais cujo orçamento necessite cobrir outros domínios em falência.

Em segundo lugar, a racionalização de gastos pode ser identificada através da constituição jurídica dos ‘centros hospitalares’. Esta figura definida ainda nos anos 90 representa uma concentração de recursos físicos, financeiros e humanos, em que sob uma única direcção diferentes hospitais com proximidade geográfica se fundem num único grupo. Os hospitais desaparecem enquanto entidades jurídicas individuais, permitindo a especialização técnica interna do centro em função dos recursos já existentes em cada hospital, a mobilidade de profissionais entre esses hospitais e uma maior capacidade para o CA negociar economias de escala:

uma pessoa colectiva pública, dotada de autonomia administrativa e financeira, património próprio e do esquema de órgãos legalmente estabelecido para os hospitais públicos, que integra vários estabelecimentos hospitalares destituídos de personalidade jurídica”. Acrescenta que “um grupo de hospitais é composto por vários estabelecimentos hospitalares autónomos, nos termos da legislação aplicável, mas sujeitos a coordenação ou administração comum. (Decreto-Lei n.º 284/99: 4684)

A constituição jurídica dos centros hospitalares representa a necessidade de racionalizar e reestruturar as valências dos hospitais. Vários hospitais são transformados num único centro hospitalar, geralmente organizado por proximidade geográfica. O CA de cada centro hospitalar define a gestão patrimonial, financeira e técnica dos hospitais constituintes, bem como a afectação de recursos humanos. Trata-se de uma transferência de competências e responsabilidades do nível organizacional para o nível supra-organizacional, concentrando e centralizando responsabilidades dispersas. A expectativa é uma gestão mais eficaz de várias unidades organizacionais, em que cada uma delas desempenha uma função específica para o correcto funcionamento do centro hospitalar. Além disso, este aumento de dimensão patrimonial, de volume de trabalho e de recursos financeiros e humanos tende a privilegiar a negociação dos preços de todo o tipo de serviços e consumíveis necessários num determinado centro (e.g. compra de

medicamentos, equipas de limpeza e manutenção dos espaços, exames complementares de diagnóstico e terapêutica realizados por entidades externas, etc.)

Em terceiro lugar, a racionalização faz-se também sentir com o encerramento de serviços (têm sido sobretudo maternidades e centros de saúde) em função de critérios quantitativos (e.g. número de nascimentos por ano). À semelhança do argumento apresentado sobre a decisão médica baseada na evidência, o que isto demonstra é a tendência para que a quantificação se torne o principal argumento de legitimidade científica para aferir a qualidade dos serviços e dos procedimentos a prestar. De facto, a força que este tipo de fundamentação apresenta hoje em dia é passível de ser aferida pela sua implementação mesmo perante significativos movimentos de contestação social.

Em quarto lugar, destaca-se a introdução crescente de entidades privadas na prestação pública de cuidados. Ainda que esta questão seja alvo de uma reflexão mais aprofundada no ponto seguinte, importa dar conta de algum rigor na interpretação do significado e das implicações da presença de privados na actividade pública. Sendo incontornável uma relação mais intensa entre as esferas pública e privada não é suficiente afirmar que o SNS português esteja a ser alvo de um declarado processo de privatização. Ponto um: a privatização não decorre apenas da existência de prestadores privados. Pense-se, por exemplo, no papel das Misericórdias ou em Fundações como a Calouste Gulbenkian ou a Champalimaud na prossecução de interesses públicos e colectivos. Além disso, desde a sua base que o SNS português foi construído numa articulação não necessariamente disfuncional entre a prestação pública de cuidados de saúde em paralelo com o sector privado (como o caso dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, vd. Carapinheiro e Pinto, 1987). Ponto dois: é necessário distinguir dois processos associados à privatização que traduzem realidades diferentes, em que, por um lado, se pode identificar a demissão do Estado em garantir a prossecução das suas funções instituídas, deixando em aberto e na completa indefinição como os cuidados se prestam, por quem e sob que condições; e, por outro, um contexto de concorrência entre o sector público e o sector privado, embora permitido pelo próprio Estado. Ora, é fundamentalmente este último processo que se encontra em Portugal, com o declínio das suas funções de prestação e tentativa de regulação da acção de outros intervenientes mediante relações contratuais mais ou menos rígidas e definidas. Ainda assim, é inegável uma reconfiguração da actividade privada na saúde que carece de interpretação sociológica. Começa a ganhar relevo esta dinâmica em que o sector liberal actua não

apenas em complementaridade com o Estado, nas zonas em que este se demite ou deixa em aberto (pense-se novamente no caso dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica), mas em concorrência directa com o próprio SNS. Concorrência que acaba por ter manifestações mais significativas na captação de recursos humanos. Ponto três: a distinção entre privatização e empresarialização, sendo o segundo termo o mais adequado para caracterizar a tendência de fundo que se tem assistido na saúde em Portugal até recentemente, e que significa tornar o bem público gerível como se de um bem privado se tratasse.

### **Desregulação do mercado de trabalho**

A ideia de convergência dos modelos jurídicos dos hospitais públicos em torno de princípios do sector liberal é também identificada ao nível do vínculo laboral e das regras de contratação. Por exemplo, Stoleroff e Correia (2008a, 200b) analisaram o sistema de incentivos associados à implementação de práticas eficientes, bem como a avaliação do mérito e desempenho dos profissionais, chegando à conclusão que estes são aplicados a todos os organismos da administração directa do Estado, independentemente do título jurídico da relação de trabalho. Além disso, e independentemente dos regime dos hospitais ser EPE, SA ou SPA, os novos vínculos laborais são exclusivamente, ou na sua grande maioria, de contratos individuais de trabalho, a termo ou sem termo resolutivo certo, deixando cair o tradicional vínculo público por nomeação. Por conseguinte, embora o vínculo público de emprego seja ainda o vínculo laboral mais expressivo entre os trabalhadores da administração pública, assiste-se a uma crescente atomização e individualização das relações laborais no sector hospitalar, outrora caracterizado pela uniformização das regras de gestão do trabalho.<sup>117</sup>

---

<sup>117</sup> Dada a inexistência de estatísticas oficiais sobre a natureza dos vínculos dos trabalhadores afectos ao Ministério da Saúde (após consulta do site <http://www.recursoshumanos.min-saude.pt/> acessido a 25 de Outubro de 2008), veja-se os dados apresentados por Santos (2003), o qual refere que de 2000 a 2002 houve um aumento global de 88% nos contratos a termo certo e de 52% nos contratos de prestação de serviços, sobretudo por acréscimos significativos no Ministério da Saúde, na Administração Central e Local. Embora estes dados não dêem conta da especificidade do sector da saúde, nem da representatividade destes aumentos na globalidade de trabalhadores, além de correrem o risco de não reflectirem a realidade actual, permitem confirmar a tendência generalizada de reconfiguração dos vínculos para a administração pública.

Esta é uma situação que, embora com implicações distintas, se tem apresentado tanto para médicos, como para enfermeiros e para técnicos nas áreas das tecnologias de saúde. Os mesmos autores dão conta em que medida a atomização das relações laborais envolve maiores níveis de incerteza, tanto para os profissionais, como para o sindicalismo e para o próprio SNS. A incerteza para os profissionais é facilmente reconhecível, dado que os saberes detidos passam a funcionar como um dos principais recursos de poder – senão o principal – na relação entre oferta e procura do mercado de trabalho. No caso dos médicos, a escassez de profissionais em relação às necessidades do mercado de trabalho tem significado que os vínculos laborais individualizados acabam por se revelar potencialmente mais vantajosos no plano individual, do que as condições propiciadas pela carreira profissional. Este não é, contudo, um aspecto uniforme entre a profissão, havendo especialidades que registam maiores carências de profissionais do que outras (como é o caso de médicos anestesistas). Mais flagrante é a situação vivida entre as restantes profissões que, mesmo com uma forte oposição sindical – e da Ordem no caso dos enfermeiros –, com mobilizações significativas em greves gerais e manifestações, o excesso de profissionais em relação à procura tem-se traduzido em contratos individuais de trabalho com condições menos vantajosas do que as regras vigentes para as carreiras profissionais. Situações como a remuneração mais baixa, a prevalência de vínculos de curta duração (e.g. de 3 meses a 1 ano), o trabalho em regime de prestação de serviços, além de outros problemas decorrentes da não atribuição de tempo para formação profissional são alguns dos exemplos daquilo que hoje em dia representa uma tendência cada vez mais representativa nas modalidades de contratação para o sector público.

Segundo os autores, é ainda necessário contemplar a incerteza para o sindicalismo decorrente da descentralização de competências para o nível hospitalar, dado que está em aberto a possibilidade de diferenciação dos resultados de negociação em função de cada entidade empregadora. Por último, a incerteza é também para o próprio SNS através da crescente diferenciação interna do sistema de saúde português analisada no ponto seguinte.

### **Concorrência e diferenciação interna no SNS**

Uma das implicações fundamentais desta abertura da gestão dos serviços públicos ao domínio científico da gestão situa-se ao nível da exposição dos serviços públicos às regras concorrenciais do sector privado. A ideologia de base é que a prestação de serviços públicos tende a ser mais eficiente e racional com a concorrência entre prestadores

públicos e entre prestadores públicos e privados (Ferlie, et al, 1996). Convocando uma vez mais a reflexão de Santos (1987: 24 – 5), estas mudanças na intervenção pública estão associadas à discussão das racionalidades desenvolvida por Max Weber. Nesta óptica, enquanto a acção dos Estados nas sociedades capitalistas modernas seguiu princípios da racionalidade burocrática, traduzindo-se num maior enfoque sobre o controlo normativo das actividades, os actuais processos de mudança em causa dão conta que essa racionalidade se articula cada vez mais com os resultados (outputs) outrora circunscritos à racionalidade capitalista do sector empresarial.

A concorrência entre prestadores públicos e entre os prestadores públicos e os privados é óbvia num contexto de individualização das relações laborais. Na realidade, apenas se identificam três obstáculos à saída dos profissionais para o sector privado. Um, é a ligação dos profissionais a uma imagem de serviço público caracterizado pela qualidade da resposta à saúde pública, mas que se circunscreve a uma faixa etária específica de pessoas que viveram o surgimento do SNS. Outro, diz respeito ao monopólio que o sector público detém em determinadas áreas médicas de ponta. Interessa a um profissional estar envolvido numa equipa reconhecida em termos assistenciais e científicos. É ao Estado que cabe o fechamento ou abertura destes espaços aos privados. O último obstáculo está relacionado com o próprio interesse do sector privado para entrar em determinadas áreas, sobretudo em função do retorno do investimento feito, ou seja, do mercado (negócio) que determinada tecnologia pode criar.

A mais directa consequência que esta realidade representa para o SNS prende-se com o argumento já referido de maior incerteza. Abre-se, assim, a possibilidade para uma diferenciação interna num sector construído com base em princípios de uniformização dos cuidados prestados. Sendo variável a capacidade negocial de um hospital pela captação de recursos humanos (em função por exemplo do orçamento disponível), há a possibilidade de se esvaziar em qualidade alguns prestadores públicos para outros prestadores públicos mais competitivos e mesmo para o sector privado. O paradoxo é bem evidente: como pode um hospital público já com uma dotação sub-orçamentada competir por manter um profissional cobiçado pelo sector privado? Deixá-lo sair pode traduzir-se a prazo num esvaziamento dos níveis de qualidade técnica e científica que caracterizou a construção do SNS; consegui-lo manter pode prejudicar toda a uma gestão pensada em dar resposta à totalidade do hospital e não apenas canalizada para a gestão de talentos e para a imagem de excelência.

### 7.2.2. Os novos significados da concepção pública de cuidados de saúde

Foi referido que a empresarialização deve ser compreendida enquanto processo de sentido amplo, em que os princípios da descentralização de competências, da alteração do financiamento e do modelo de responsabilização dos profissionais, da racionalização dos gastos, da desregulação do mercado de trabalho e da tendencial diferenciação interna ao sector público têm uniformizado a actividade pública pelo direito privado (vd. por exemplo, os Decretos-Lei n.º 135/96; 284/99; 374/99; 558/99; 39/2002).

A questão que agora se equaciona é como definir a prestação pública de cuidados em Portugal, sabendo que está em causa a tendencial empresarialização dos prestadores públicos. Por outras palavras, que mudanças este processo pode trazer para o significado da dimensão ‘pública’ do SNS?

Em 1987, Boaventura de Sousa Santos define três modos de produção de saúde presentes na sociedade portuguesa: o modo estatal, o modo privado e o modo artesanal. Enquanto o primeiro compreende a produção de saúde, total ou parcialmente desmercadorizada, através de prestadores públicos, o segundo, resultante da sociedade civil, inscreve-se nas regras de mercado. O modo de produção artesanal, por sua vez, é situado num nível conceptual mais distante ainda que complementar com os anteriores, afastando-se por isso dos objectivos desta discussão.<sup>118</sup>

Compreende-se os modos de produção de saúde enquanto tipos-ideais. Representam, por isso, configurações abstractas da realidade e não a realidade em si, pelo que a sua aplicação nos diferentes contextos sociais não impede que revelem articulações e relações mútuas. Isto significa que os modos de produção de saúde, enquanto instrumentos conceptuais de análise, são definidos num plano de elevada abstracção, exacerbando-se as suas fronteiras, mas não esperando que a sua aplicação empírica contenha essa clareza e demarcação teórica. Aliás, Santos (1987) considera que a realidade portuguesa é caracterizada por uma complexa configuração de modos de produção de saúde, sobretudo na ainda expressiva, mas em declínio, sociedade rural.

---

<sup>118</sup> A medicina popular emergindo, tal como a medicina privada, da sociedade civil não adquire o mesmo grau de reconhecimento pela medicina estatal. Santos (Ibid.: 66) define-a como uma medicina “*que, não sendo estatal, é total ou parcialmente desmercadorizada ou que, sendo privada e produzida na sociedade civil, é de produção livre ou artesanal*”, não se inserindo nas lógicas concorrenciais do mercado.

Apesar de uma aparente simplicidade no modo como se estabelece a relação entre a acção pública e a acção privada, em que teoricamente ao Estado cabe assegurar necessidades colectivas e ao sector liberal actuar tendo em vista a prossecução do lucro, percebe-se em que sentido a actividade pública não se tem extinguido no Estado. Aliás, com a questão das PPP viu-se em que medida o bem público tanto pode ser assegurado pelo próprio Estado como por intervenientes privados, a que se juntam outros como a sociedade civil (e.g. Mozzicafreddo, 2002).

A questão é que o processo de tendencial abertura da saúde pública ao sector privado, além dos benefícios que habitualmente são atribuídos ao nível da concorrência dos preços e da qualidade do serviço prestado, pode trazer novas e significativas pressões sobre a acção estatal. Isso é notório sabendo que as prerrogativas do direito privado são as dominantes mesmo no sector público, o que justifica a tendencial orientação para a eficiência e eficácia no modo como o bem colectivo é pensado e distribuído. Este aspecto é particularmente sensível em Portugal, considerando a dupla retracção do Estado – tanto qualitativa como quantitativa – referida por Santos (1987, 1992) e que o levou a definir o Estado-Providência português como um “semi Estado-Providência”, como já foi anteriormente assinalado.

Deste modo, a articulação público-privada é hoje incontornável. Exemplo disso são os aumentos qualitativos e quantitativos dos prestadores privados, o aumento da população coberta por seguros de saúde privados ou a concorrência entre prestadores públicos e privados e entre os próprios prestadores públicos (directamente por via da individualização dos vínculos laborais). No entanto, e ainda que estes sectores sejam assumidos como interdependentes, a esfera pública e a esfera privada mantêm uma diferença fundamental: o interesse com que desenvolvem a sua actividade. Enquanto o primeiro actua à luz de princípios de interesse comum, democratizando o acesso a cuidados de saúde e permitindo a salvaguarda de direitos sociais que foram sendo adquiridos, a actuação do segundo rege-se por via da sua racionalidade individual enquanto agente económico.

Em primeiro lugar, contudo, é necessário ter em conta que o facto de se dizer que a actuação pública se processa em torno da salvaguarda de interesses comuns não define o que se entende por interesse comum. Trata-se de um princípio orientador da acção política envolto numa elevada indefinição e variabilidade em função das representações partidárias. A questão fundamental é que colocar agentes privados (exceptuando o sector social e voluntário) a desempenharem funções públicas ou actividades de interesse público tem por



base uma contradição de base: como associar o princípio da apropriação individual do lucro/investimento com a salvaguarda desse princípio genérico de interesse colectivo? Facilmente se percebe que a relação contratual entre o Estado e uma qualquer entidade privada dessa natureza tem que assegurar o interesse para a actuação desse interveniente. Ou seja, terá de haver qualquer tipo de contrapartida para que esse agente privado seja restituído do investimento que aplicou e, além disso, conseguir obter um lucro que lhe permita novos investimentos. A quem disponibiliza, como disponibiliza e o que disponibiliza em termos da produção de saúde não se encontra necessariamente dependente de um qualquer interesse público comum, mas antes da visão empresarial e da estratégia definida pelos seus responsáveis que financiam essa actividade.

Portanto, a grande diferença em relação aos modos de produção de saúde apresentados por Santos (*Ibid.*) diz respeito ao grau em que a prestação de cuidados está exposta às regras concorrenciais de mercado. Por um lado, o modo estatal de produção de saúde foi definido como total ou parcialmente desmercadorizado, o que se justifica pelo facto da sua prestação ser assegurada pelo Estado, ou por entidades públicas dele dependentes, associando-se a uma regulação laboral que permitia atenuar a concorrência entre o sector público e o sector privado. Por outro, o modo de produção de saúde capitalista, assegurado por agentes privados, tem como característica mais elementar a sujeição às regras de mercado, caracterizando-se portanto como uma actividade parcial ou totalmente mercadorizada.

Perante isto, e sabendo que a definição dos modos de produção de saúde serve para enquadrar a deambulação teórica sobre a prestação de cuidados de saúde, está em causa saber se o contexto político que esteve na base da conceptualização de Boaventura de Sousa Santos sofreu alterações substantivas de tal ordem que atingiu o nível de abstracção onde os modos de produção de saúde se situam.

O processo de empresarialização hospitalar, tal qual foi anteriormente definido, apresenta uma elevada complexidade na medida em que compatibiliza elementos outrora exclusivos do modo de produção de saúde estatal e do modo de produção de saúde capitalista. Mais concretamente, a empresarialização hospitalar veio introduzir a mercadorização na prestação pública de cuidados, por via da convergência do funcionamento do sector público em relação ao direito privado. Aliás, o entusiasmo associado ao processo de empresarialização hospitalar, enquanto concretização dos

princípios da NGP, tem-se operado por via da actuação do sector público com base nas regras concorrenciais de mercado, tal como as empresas privadas:

as tendências de fundo neste domínio afirmam uma sujeição da generalidade das empresas públicas às normas de concorrência e a necessidade de afastar quaisquer distorções da concorrência especialmente emergentes do conteúdo e forma das relações entre o Estado e outros entes públicos e as empresas públicas que controlam. (Decreto-Lei n.º 558/99: 9013)

Retomando ideias prévias, destacam-se os exemplos da desregulação do mercado de trabalho e a individualização dos vínculos de trabalho. Uma das conclusões referidas é que o sector hospitalar público tem sido caracterizado por significativos vazios de regulação do mercado de trabalho, sobretudo no caso dos médicos. A situação destes profissionais em concreto, devido à particularidade de escassez dos seus saberes em relação às necessidades sentidas, mostra como os hospitais do sector público acabam por concorrer entre si na captação dos recursos humanos, mas também concorrendo com o sector privado numa lógica sem precedentes no SNS português.

No caso da medicina, esta tendencial falta de regulação do emprego assume contornos paradigmáticos das contradições em causa. Esta realidade recente tem significado processos individuais de negociação dos contratos de trabalho e, conseqüentemente, de escolha da entidade empregadora que melhor satisfaça os interesses pessoais. A detenção de saberes médicos constitui assim o principal elemento de mercadorização da prestação pública de cuidados, dotando estes profissionais de capacidade para negociação das suas condições de trabalho. De facto, não obstante a individualização das relações laborais existir para os restantes profissionais nos hospitais, a especificidade da medicina traduz-se numa situação de maior complexidade para a capacidade de contratação no sector público. Na medida em que cada hospital adquire autonomia de gestão, os respectivos CA definem as suas políticas de recursos humanos e as condições de trabalho em função da sua capacidade orçamental.

Anteriormente, com o vínculo de emprego público, numa lógica de carreira profissional, as condições de trabalho e as remunerações de cada categoria profissional estavam uniformemente traçadas. Agora, a introdução dos contratos individuais de trabalho desfaz esta uniformização e deixa que o funcionamento do mercado de trabalho diferencie o valor de cada trabalhador. Num contexto em que o mercado de trabalho na saúde apresenta-se de algum modo desregulado, em que a modalidade de contratação de profissionais para o sector público é o mesmo para o sector privado, nada impede que

ambos os sectores se cruzem e se influenciem na definição do valor do trabalho e dos profissionais.

Este exemplo da desregulação do mercado de trabalho, enquanto dinâmica de mercadorização da prestação pública de cuidados, não existia há 20 anos quando Boaventura de Sousa Santos definiu os modos de produção de saúde. A mercadorização assim problematizada salienta a importância crescente conferida ao factor capital no sector público, cruzando-o e incorporando-o no interesse colectivo. Os governos vêm assim defendendo a compatibilização dos dois princípios, considerando que a correcta satisfação das necessidades colectivas em matéria de saúde pode ser eficaz e eficientemente garantida através da presença de outras entidades que não as públicas, além de que a exposição às regras da concorrência trarão maiores benefícios à prestação pública de cuidados.

Mas a questão fundamental não é tanto os problemas que decorrem da presença de agentes públicos e/ou privados na prestação de cuidados e se essa presença se processa de forma mais ou menos articulada. Isso não afecta em nada o modelo conceptual que define o modo de produção de saúde estatal. O que está em causa é a concepção em que a produção de saúde estatal se suporta. Na evolução da legislação apresentada encontram-se dimensões que representam a incorporação de princípios decorrentes da gestão privada, logo, a legitimação para a incorporação do lucro e do ‘capital’. Aspectos como uma utilização racional e eficiente dos recursos, a celebração de contratos-programa, a quantificação do desempenho nos mais diversos indicadores ou a possibilidade de gerar receitas através da alienação de bens próprios e de rendimentos de bens próprios são prosseguidos para um melhor funcionamento dos hospitais públicos portugueses. Note-se que o simples facto da concepção de eficiência estar inscrita nestes hospitais pode, à partida, revelar uma diferença substantiva dos objectivos que suportam a prestação de cuidados.

Poderia surgir a dúvida se o enraizamento das características do sector privado na prestação pública de cuidados permite que se continue a considerar um modo de produção de saúde estatal. Em rigor, conceptualmente não está em perspectiva o fim de uma vertente estatal da produção de saúde. Olhando para a definição inicial de Boaventura de Sousa Santos, continua a subsistir uma distância conceptual entre este modo de produção de saúde e o privado: a natureza do prestador. Enquanto no modo de produção de saúde estatal, independentemente dos seus contornos, a prestação de cuidados é pública e isso implica que se prossiga um interesse público na sua implementação, no modo de produção

de saúde capitalista não se pressupõe que a actividade de prestação de saúde envolva esses princípios, ainda que não estejam necessariamente excluídos. Em termos conceptuais estas distâncias não são negligenciáveis, representando diferentes concepções dos objectivos que estão por detrás da produção de cuidados. A discussão deve, por isso, centrar-se em saber quais serão as implicações da conjugação da mercadorização da saúde pública com o interesse público.

De facto, a retracção qualitativa do Estado no sector, com a consequente abertura às lógicas de mercado, reconfigura profundamente os princípios dessa produção de cuidados. Trata-se de uma intervenção no sector hospitalar motivada por uma combinação de factores de natureza interna e externa: se internamente, o sector hospitalar público português tem desde o seu início um peso demasiado excessivo num SNS tardio e incompleto, externamente, a prossecução de políticas de pendor liberal no Reino Unido tem-se assumido como um dos principais laboratórios para os sucessivos governos em Portugal, mas não só. Aliás, esta última ideia conduz ao argumento que as políticas que têm caracterizado os países europeus, mais do que demonstrarem uma proximidade em relação ao modelo americano, tendem a incorporar dinâmicas inglesas que, de uma forma *sui generis* compatibiliza princípios do Estado de bem-estar a processos de liberalização da actividade pública.

Com efeito, estas alterações revelam que o actual panorama da prestação pública de cuidados em Portugal, apesar de bem mais recente do que na generalidade dos países europeus, difere em relação àquele em que Boaventura de Sousa Santos se baseou quando em 1987 avançou com uma delimitação dos modos de produção de saúde. Segundo a sua proposta, o modo de produção de saúde estatal seria assegurado por prestadores públicos, segundo uma actividade total ou parcialmente liberta da mercadorização. A partir da análise efectuada no plano legal foi possível constatar que tanto nos hospitais EPE como nos hospitais do SPA (dado que actualmente não existem hospitais SA) coexistem lógicas de outros modos de produção de saúde que não o estatal. Assim, embora este tipo ideal contemple uma desmercadorização parcial da produção de cuidados, o argumento aqui defendido é a crescente e significativa mercadorização de toda a actividade hospitalar pública. Trata-se de uma mercadorização transversal a todos os modelos jurídicos e não característica de um ou outro modelo. Por isso, e perante o que tem sido a experiência do processo de empresarialização em Portugal, por modo de produção de saúde estatal

entende-se toda a actividade de prestação de cuidados disponibilizada por agentes públicos, num quadro de parcial ou total mercadorização dessa actividade.

Conclui-se que o significado, as implicações e, conseqüentemente, o resultado da prestação pública de cuidados está sujeita a profundas alterações. De um sector outrora uniformizado, passa-se a uma situação sem precedentes no SNS português de diferenciação interna e competição entre os prestadores públicos e entre os prestadores públicos e privados, motivado pela alteração da regulação da actividade laboral. Hoje em dia, a individualização das relações laborais e a autonomização do funcionamento das organizações pertencentes ao SNS tornaram-se dinâmicas inequívocas na forma como a prestação pública de cuidados é pensada.



## 8. O HOSPITAL SOB A NGP

### 8.1. DA ENVOLVENTE AO INTERIOR DO HOSPITAL

Comprovou-se anteriormente em que sentido o princípio base associado à NGP – a necessidade de equilíbrio entre os objectivos da tutela governamental e os comportamentos dos profissionais nos respectivos contextos de trabalho em torno de critérios de eficiência e de racionalização – é compatível com um elevado grau de variabilidade no modo como é concretizado, em função de determinantes institucionais e processuais, quer entre países, quer entre as organizações de saúde. Invariavelmente, está em causa a necessidade de previsibilidade e de coerência entre os níveis decisional e operacional, daí o argumento que a racionalidade burocrática fica reforçada neste quadro de actuação. Dos profissionais espera-se um respeito imperativo das normas definidas superiormente, o que prova o argumento de Parsons (1956) que as organizações, de acordo com a sua função, respondem a necessidades de ordem do sistema social onde se inserem.

Contudo, o suporte da NGP está ancorado em premissas que assentam numa interpretação linear, unívoca e, por isso, parcial da acção humana:

porque a empresarialização é uma maior autonomia mas é obrigatoriamente uma maior responsabilização de todos, dos gestores e dos produtores... no fundo os produtores são os clínicos, os médicos e enfermeiros...sem eles, sem produção não há empresarialização que nos valha (Gestor, membro do CA – AG1)

*“sem eles (...) não há empresarialização que nos valha”* dá conta dos perigos associados aos desvios organizacionais e da importância conferida à actuação convergente dos profissionais de saúde. Por outro lado, o significado implícito nesta ideia é que mais do que o modelo, o resultado das alterações jurídicas e organizacionais dos hospitais depende da aceitação e envolvimento dos profissionais.

Este é um argumento de extrema relevância para este debate, na medida em que as normas jurídicas que suportam a NGP têm um conteúdo normativo legal que visa ser uniformemente transposto para as várias realidades organizacionais. Daqui emerge logo a questão se haverá algum caso em que essa linearidade é possível de pressupor. Além disso, é hoje um dado consensual entre as ciências sociais que os comportamentos individuais assentam em bases valorativas e simbólicas não necessariamente coincidentes. Torna-se, por isso, necessário a construção de um esquema analítico capaz de interpretar as características e os mecanismos específicos a cada sistema concreto de acção (Cf. Crozier e

Friedberg, 1977).<sup>119</sup> Sistema que por estruturar a acção do mesmo modo que por ela é estruturado coloca a exigência de uma abordagem capaz de analisar em relação dois níveis analiticamente autónomos: a organização e o indivíduo. Se o primeiro sem o segundo não permite a conceptualização da contingência nos resultados organizacionais, sabendo-se que as dinâmicas dos hospitais não são necessariamente transponíveis entre si, o segundo sem o primeiro deixa em aberto espaços de acção que devem ser contextualizados nos seus limites e possibilidades.<sup>120</sup>

A proposta analítica escolhida para compreender a gestão hospitalar parte de três níveis distintos: o nível supra-organizacional e organizacional que aqui são tomados como envolventes da unidade em análise – os serviços médicos – e, por último, o nível individual. Sendo esta uma perspectiva que se quer sistémica, a desagregação destes níveis pressupõe uma interacção de parte a parte, ou seja, aquilo que Katz e Kahn (1966) referem como os efeitos reactivos entre o sistema e a sua envolvente. Contudo, importa realçar que, estando contemplado um nível individual, essa relação de alimentação do sistema ocorre não apenas através dessa relação entre o sistema e a sua envolvente, como também através dos intervenientes nesse sistema. Recordando uma vez mais, a premissa teórica de base é que quanto maior for a discricionariedade profissional detida (Cf. Evetts, 2001), mais significativo será o papel da acção individual na configuração do sistema que a delimita.

---

<sup>119</sup> É relativamente abrangente a teorização das organizações dedicadas, tanto a noções sistémicas (e.g. Katz e Kahn, 1966, ou o próprio Parsons, 1956, para quem as organizações constituindo subsistemas da sociedade apresentam as mesmas propriedades dos sistemas sociais) como contingenciais (e.g. Burns e Stalker, 1961; Lawrence e Lorsch, 1967). Neste sentido a referência explícita e circunscrita a Crozier e Friedberg (1977) justifica-se por se apresentar como um modelo de teoria social não necessariamente preso aos processos organizacionais. Mais do que uma sociologia das organizações, os autores referem que a sua proposta é sobre a acção organizada.

<sup>120</sup> Perspectiva que, indirectamente, acaba por resolver o debate na teoria organizacional sobre as múltiplas vertentes dos conceitos de *clima* e de *cultura organizacional* (para uma síntese ver Neves, 2001).



Quadro 3.4. – Estrutura analítica da gestão hospitalar em perspectiva sistémica

Constrangimentos externos	
Influência política directa	Influência política indirecta
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nomeação ministerial do presidente do CA do hospital</li> <li>• Aprovação ministerial anual da actividade hospitalar e orçamento (quanto é feito e quanto custa)</li> <li>• Programa governamental de saúde pública e definição do pagamento dos procedimentos médicos (GDH)</li> <li>• Definição ministerial da função do hospital e respectivas áreas médicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Políticas económicas e fiscais (e.g. idade da reforma, orçamento para o SNS)</li> <li>• Competição entre o sector público e entre o sector público e o sector privado</li> <li>• Exposição a grupos de pressão</li> </ul>
Constrangimentos internos	
Inerentes à organização	Inerentes aos agentes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medidas de gestão herdadas (e.g. requalificação patrimonial, cumprimento de contratos)</li> <li>• Características organizacionais (e.g. evolução organizacional, função do hospital na rede hospitalar, natureza do hospital: geral/universitário)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modo como cada director de serviço exerce a sua autoridade e estrutura os comportamentos dos médicos (objectivação individual do profissionalismo)</li> <li>• Modo como cada gestor exerce a sua autoridade e estrutura os comportamentos dos médicos (objectivação individual do managerialismo)</li> </ul>

Começa-se por explorar as determinantes externas aos hospitais. Tendo presente que as características organizacionais decorrem, em primeiro lugar, da função a que se destinam (Cf. Parsons, 1956), a que revela a influência mais directa sobre a configuração organizacional prende-se com a dimensão política. Além de um conjunto de valências comuns entre os hospitais, de acordo com a sua função no sistema de cuidados públicos de saúde (e.g. serviço de urgência, serviço de medicina interna, de cirurgia geral, de pediatria e de obstetrícia), existe todo um conjunto de outras valências mais específicas associadas à própria vocação de cada organização hospitalar.<sup>121</sup> É, assim, da responsabilidade da tutela governamental a definição daquilo que se designa habitualmente neste meio como a “missão” de cada hospital (in notas do diário de campo), decorrente da posição detida no quadro da prestação pública de cuidados. No caso do hospital em análise neste estudo,

<sup>121</sup> Vd. Anexo A sobre as principais categorias classificatórias dos hospitais públicos portugueses. Em rigor, não significa que todos os hospitais pertencentes à mesma categoria classificatória apresentem as mesmas valências, dado que a sua existência depende de outros factores como a dimensão geográfica da área de cobertura dos hospitais e a proximidade de outros hospitais.

como se pode observar no excerto abaixo transcrito, é clara a função detida, o que mais tarde irá justificar o conjunto de processos aí identificados:

O [hospital] sempre teve essa história: foi o hospital dos tuberculosos, foi o hospital da sida, pronto, agora é o hospital dos transplantes (...) (Internista, AB1)

Ora, sabendo que um dos pilares fundamentais da NGP é a tendencial descentralização de competências de gestão dos níveis central e regional para o nível organizacional, aparentemente está em causa um processo de “descentralização vertical” na terminologia apresentada por Mintzberg (1992). O hospital assume a responsabilidade formal de tomada de decisão derivada da delegação de competências da tutela para cada CA. No entanto, a presença governamental torna esse processo de descentralização bem mais complexo, por permanecer na tutela importantes espaços decisoriais para a condução organizacional, tais como a quantidade da actividade a prestar, as áreas de especialização médica e os objectivos pretendidos com cada hospital:<sup>122</sup>

(...) os hospitais não evoluíram muito em termos de autonomia. Mesmo os EPE hoje têm uma série de limitações que lhes são impostas pelo poder político na sua gestão corrente, e isso diminui-nos muito o nosso espaço de manobra. (Gestor, membro do CA – AG2)

A centralidade política faz-se sentir, desde logo, pela indicação ministerial dos presidentes dos CA dos hospitais. Por se tratar de cargos ocupados por nomeação, a relação entre o poder político – na figura do ministro da saúde – e as equipas de gestão baseia-se principalmente em critérios individualizados, de acordo com o perfil pretendido do presidente e os objectivos traçados politicamente para cada hospital:

O motivo porque entrei [neste hospital foi] um convite do ministro de então que evocava uma certa instabilidade neste hospital e uma certa dificuldade em definir o seu futuro, para além dos problemas internos que havia. E achava que eu era a pessoa adequada para, dizia ele: “pacificar o hospital, tranquilizar e definir-lhe um rumo...” Foi por isso que ele me convidou e foi também foi por isso que eu aceitei. (...) tenho que lhe agradecer, ele achava que não me devia pôr na rua com uma mão à frente e outra atrás, derrotado... portanto, ele achou que me devia convidar para uma outra coisa (Gestor, membro do CA – AG2).

De facto, a ideia de atomização das realidades organizacionais e de diferenciação entre os prestadores públicos, num sistema outrora construído sob uma tendencial

---

<sup>122</sup> É importante reiterar que a convocação deste raciocínio de Henry Mintzberg tem de ter em conta que os seus contributos foram pensados para dinâmicas específicas do funcionamento intra-organizacional, enquanto aqui estão a ser referidos processos entre a organização e a sua envolvente.

uniformização, deve ser contrabalançada com a referida capacidade governamental de regulação dos prestadores públicos. Os CA deparam-se com o aumento das suas competências decisórias, sendo efectivo o seu papel na gestão do hospital, assegurando, por outro lado, a orientação dos objectivos traçados pelo nível da tutela, o que condiciona naturalmente os seus projectos de gestão. Veja-se o excerto abaixo transcrito onde esta dependência dos objectivos políticos revela-se de forma indiscutível:

quando um presidente do CA é convidado para um lugar desses deveria vir com uma carta de missão, ou seja, devia vir a saber o que é que se perspectiva para este hospital: “eu quero que tu vás para lá para preparares o hospital para ser EPE”, ou “eu quero que vás para lá para preparares o hospital para ele ser integrado num centro hospitalar” ou “eu quero que vás para lá para preparares o encerramento do hospital daqui a 3 dias ou daqui a 3 anos” ou “eu quero que tu vás para lá para converteres o hospital num hospital de cidade. (...)” Agora, isso não é feito, muitas pessoas vêm para cá para gerir o hospital, para fazer, para tratar doentes, para o pôr mais eficiente. Mas tem de se saber qual é o futuro, e obviamente que esta navegação à vista e estas perturbações depois dos rumores, do diz que disse, do vem hoje um a dizer que é centro hospitalar, o outro que vocês vão sair e vão fechar, o outro que quer hospital de cidade... Se for para o hospital continuar é uma questão, se for para o hospital fechar é outra e portanto o CA deveria saber exactamente qual é a missão, que não sabe... portanto, isso logo à partida condiciona muito tudo aquilo que se pudesse fazer, porque estamos sempre nos “ses” e no “if” e no “talvez” (...). (Gestor, membro do CA – AG1)

Portanto, mais do que estar em causa aquilo que Mintzberg (1992) identifica como a “descentralização selectiva” – uma descentralização de tipo formal da matéria de decisão a ser delegada em níveis hierárquicos mais baixos –, ganha evidência outros processos. Existe uma selectividade no conteúdo da autonomia delegada aos hospitais, o que, como se viu, prende-se com matérias relativas à gestão financeira patrimonial e de recursos humanos. Contudo, os condicionalismos decorrentes da presença política, a par de outros que serão discutidos, afectam de uma forma substancial os resultados organizacionais. Assim sendo, dado que por descentralização se entende a delegação da capacidade de decisão, conclui-se que esta não é verificada em toda a sua plenitude, principalmente por o hospital ter que responder às matérias exigidas por um regulador: (1) é o Estado quem aprova o orçamento do hospital (em contrato-programa) e; (2) qualquer gasto suplementar por parte do prestador tem que ser comunicado ao regulador.

Neste sentido, a gestão hospitalar está em presença de um poder de decisão centralizado na cúpula estratégica para matérias fulcrais (neste caso em particular pense-se na definição ministerial dos contratos-programa que os hospitais têm que cumprir, o que envolve o estabelecimento de metas de gestão e a aprovação dos seus gastos), em que cada unidade funcional (hospital) é tratada de forma autónoma em relação às demais, havendo

uma tendencial especialização dessas unidades segundo áreas específicas de actuação (pense-se na vocação conferida a cada hospital em particular). Das unidades funcionais é esperado que a autonomia conferida pela cúpula estratégica se traduza em ganhos de natureza financeira/quantitativa (pense-se em menores gastos dos hospitais) que se regulam por sistemas de controlo do desempenho. Como Mintzberg (1992) salienta, nestas dinâmicas quanto melhor o desempenho mais a autonomia tende a ser preservada.

Percebe-se que o objectivo político com a empresarialização hospitalar é agilizar a tomada de decisão, ao mesmo tempo que as fortes restrições orçamentais deixam pouco espaço para desvios à tão ansiada previsibilidade da actividade. Verificou-se em que medida o sector hospitalar em Portugal é especialmente sensível à questão da orçamentação estatal, dado que representa das parcelas mais significativas de despesa do MS (quer por via do SNS quer por via do sector empresarial do estado). Portanto, o modo como a NGP tem sido aplicada segue como princípios a necessidade de controlo do imprevisível e a redução de gastos já existentes:

todas as decisões que tomámos foram remendos que introduziram mais racionalidade no hospital, diminuição de camas, encerramento de enfermarias que estavam com condições muito degradadas para os doentes...tudo isso é positivo, não é? (Gestor, membro do CA – AG2).

Dado esse contexto de restrição orçamental, o problema associado à contratualização da actividade do hospital com a tutela prende-se com uma relação de equilíbrio muito difícil de alcançar, ou seja, a capacidade do hospital manter a sua actividade perante fortes incertezas em regras outrora uniformes para o sector público. Dos casos mais evidentes destaca-se a natureza dos vínculos laborais e a crescente presença de prestadores privados que actuam em concorrência com o sector público. Como se verá, são vários os aspectos que explicam esta situação, contudo deixa-se antever a existência de uma pressão tutelar para o aumento quantitativo dos índices produtivos, sem considerar os desafios com que actualmente os hospitais se deparam na capacidade de retenção e de contratação dos profissionais mais indicados para a sua actividade:

durante muito tempo toda a contratualização que era feita era sempre com aumentar, aumentar, aumentar a actividade. Tudo! Em todas as linhas de actividade e, na minha perspectiva – e já há uns anos que eu digo isso – não se pode continuar a aumentar a actividade com os ritmos de crescimento que se preconizavam no antigamente porque o ponto de partida já não tem nada a ver... e mais, os recursos são cada vez mais escassos e portanto fazer mais com menos é possível enquanto há muito desperdício mas depois quando se atinge uma determinada, um determinado nível, começa a não ser possível... portanto, quando a ARS quer contratualizar connosco mais consultas numa área onde eu tive três

médicos reformados num ano e mais um exonerado que foi para o privado, é logo evidente que eu não vou conseguir. É evidente que a tutela tem de conseguir entender isto (...) (Gestor, membro do CA – AG1).

Sem que seja possível aceder a esta informação de forma sistemática, o que exigiria um conhecimento discriminado dos orçamentos anuais de todos os hospitais públicos, as notícias que vão dando conta que os hospitais empresa (EPE) apresentam gastos orçamentais significativos ilustram precisamente o problema apresentado no excerto anterior.<sup>123</sup> Aliás, recordando conclusões da análise à figura 3.2., desde 2005 que se regista um acréscimo significativo da despesa absoluta do MS, com uma maior componente de gastos para os hospitais incluídos em novos modelos de gestão (SA, EPE, PPP) que não entram para os gastos directos do orçamento do MS.

A responsabilização dos CA pela gestão física, patrimonial e de recursos humanos, ao mesmo tempo que são obrigados a respeitar os objectivos traçados ministerialmente, deixa os hospitais dependentes da sua capacidade para gerar receitas de forma autónoma e individual. Não só toda a actividade médica prestada constitui fluxos monetários para o hospital por parte do SNS (os designados Grupos de Diagnóstico Homogéneos – GDH – onde todos os procedimentos clínicos realizados representam um preço que o Estado paga ao hospital. Cf. Portaria n.º 839-A/2009, vd. anexo C, pp. XVII – XX), como têm sido procuradas outras estratégias como a alienação de património e reorganização dos espaços físicos como forma de responder às exigências orçamentais:

Conseguimos o financiamento necessário para requalificar o hospital vendendo aquela faixa de terreno, conseguimos financiamento necessário para requalificar toda a estrutura do hospital que é uma estrutura pavilhonar e vai passar a centralizada com várias economias de escala, tanto a nível de recursos humanos, como a nível de recursos materiais (Gestor, membro do CA – AG3).

O facto dos hospitais EPE assumirem a responsabilização da tomada de decisão em algumas áreas e apresentarem maiores problemas financeiros – alguns deles gastando praticamente o valor global dos respectivos orçamentos muito antes do fim do prazo para o fazer (in notas do diário de campo a partir de conversas informais com gestores hospitalares) – não significa linearmente que haja uma gestão mais ineficiente no presente em comparação ao passado. Muito menos significa que essa conclusão possa ser

---

<sup>123</sup> Por exemplo, na edição de 16 de Agosto de 2010 da Agência Financeira, é dado conta do aumento significativo da dívida geral dos hospitais ao sector farmacêutico.

transponível para todos os hospitais EPE. Como se percebe, sendo a gestão hospitalar de hoje mais descentralizada do que no passado, é possível assistir a diferenças significativas no modo como os hospitais públicos são geridos e, conseqüentemente, nos resultados de gestão financeira e de recursos humanos alcançados. A questão deve, por isso, ser vista em termos dos desafios que a gestão hospitalar de hoje tem que lidar. Uma preocupação política constante sobre a actividade hospitalar, associada a uma crescente atenção pública e mediática – o que por si só denota traços do carácter hospitalocêntrico do sistema de saúde português –, num contexto restritivo sobre o financiamento estatal do sector da saúde e onde se confere um aumento das responsabilidades aos órgãos de gestão, coloca o hospital sob a influência de diferentes interesses e objectivos, alguns deles difíceis de compatibilizar.

O início do problema da gestão descentralizada decorre de uma sub-orçamentação já estrutural dos hospitais (in entrevista exploratória a um Administrador Hospitalar). Anteriormente, esta situação estava controlada por via do congelamento de gastos com recursos humanos e pelo perdão do MS a algumas dívidas dos hospitais, principalmente no pagamento de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e medicamentos entretanto pagos pelas ARS às entidades privadas que prestavam esse serviço:

A área de recursos humanos em termos de sector público e administrativo puro e duro está completamente fechada a tudo o que é a regulamentação (...). Na administração pública há uma regra de há uns anos a esta parte que diz: saem dois só entra um, nos hospitais na minha perspectiva isso não é possível, não pode, porque os hospitais são as pessoas, por muitas máquinas que se ponham cá, por muito que se aumente a produção, não dá. (...) e, lá está, com as restrições que temos legais não dá para, para fazer muito. (...) Se eu estou a aumentar a minha actividade como é que eu posso dizer que sai um médico mas eu só preciso de meio?, não posso... (Gestor, membro do CA – AG1).

Ora, com os novos modelos de gestão os gastos com recursos humanos tendem a assumir partes importantes dos respectivos orçamentos, acabando por agravar uma situação orçamental que, por si só, já colocava grandes desafios à gestão hospitalar. São vários os motivos que estão na base dos referidos gastos com recursos humanos. Em primeiro lugar, outras influências políticas gerais à administração pública, além daquelas de natureza mais directa sobre os CA. É o caso da alteração das regras de reforma que, de forma transversal ao sector público, tem originado uma procura de reformas antecipadas. Também a este nível a medicina revela contornos paradigmáticos. Uma conhecida escassez de profissionais em relação à procura necessária, a par de uma idade média envelhecida entre estes profissionais, tem originado situações de efectiva pressão sobre as unidades de saúde.

São sobretudo as saídas de profissionais com um elevado grau de diferenciação de conhecimentos – *expertise* –, que coloca a estas organizações uma real necessidade de contratação de recursos humanos adequados às actividades hospitalares.<sup>124</sup>

Há muita gente a sair por envelhecimento dos profissionais, pelas novas normas de reforma, pelas penalizações que as pessoas têm se ficarem mais um ano, as pessoas preferem ir, “ah, eu prefiro ir já este ano porque só levo 4% de penalização, se eu não for este ano para o ano tenho de ficar cá mais 5 e não sei se vou levar os 4% da penalização porque mais 5 anos, está tudo a mudar, eu não sei, portanto eu prefiro ir agora”. Portanto, isto tudo causa uma enorme entropia nas dinâmicas organizacionais (Gestor, membro do CA – AG1).

Um outro exemplo de como as alterações políticas envolvem implicações significativas na gestão hospitalar diz respeito à tendencial alteração da relação laboral com o Estado (substituição do vínculo por nomeação definitiva – que corresponde à expressão “trabalhadores do quadro” – por contratos individuais de trabalho), associada a uma desregulação laboral do sector da saúde. Já Stoleroff e Correia (2008a, 2008b) analisaram que a aplicação da Lei n.º27/2002 teve como consequência uma exposição do sector hospitalar às lógicas concorrencias de mercado pela captação de recursos humanos. Carreiras profissionais congeladas, a par da inexistência de um Acordo Colectivo de Trabalho (ACT) deixaram o sector público exposto a processos de concorrência característicos do sector privado. Aliás, foram estes motivos que anteriormente sustentaram a ideia de que há uma diferença significativa na actividade estatal de hoje, decorrente da sua total ou parcial mercadorização – cf. ponto 7.2.2. sobre a definição do modo de produção de saúde estatal. As duas citações abaixo transcritas dão conta disso mesmo:

há uma espiral inflacionista dentro do próprio sector público, em termos de ordenados e salários, e isso não pode acontecer, porque o estado não tem dinheiro para isto e portanto esta concorrência por recursos humanos dentro do próprio estado, e a concorrência faz-se com dinheiro. Estou a falar obviamente de recursos médicos que é onde isso me passa mais, porque em enfermagem hoje em dia há muito desemprego e, portanto, não tem que se ir por aí porque tomara eles conseguirem um emprego...

Quem se vai embora são os profissionais que já estão formados, e que já têm competências e são mais diferenciados, esses é que estão a sair, e estão a sair porquê? Porque os médicos, como lhe digo, estas novas normas de reforma acabam por dizer “não, eu vou lá para fora, já tenho a minha privada lá fora e, portanto, prefiro ir agora e pronto. Vou com a penalização

---

<sup>124</sup> Na edição de 18 de Setembro de 2010 do semanário *Expresso*, refere-se que a média anual de reformas dos médicos (cerca de 300) já foi ultrapassada só nos 10 primeiros meses de 2010 (416). Além disso, é um dado significativo da reportagem que em consulta ao Diário da República, se tenha chegado à conclusão que a maioria de pedidos de reforma acontece da parte de médicos de especialidades hospitalares e não de médicos de clínica geral da rede de cuidados de saúde primários.

mas vou... ou vou para a concorrência porque me oferecem mais €2000... e, portanto, aqui vocês o que é que me podem oferecer?” e eu digo “nada Sr. Dr., aquilo que lhe ofereço sempre, as condições de trabalho que tem, o ordenado que tem, não posso oferecer-lhe mais, não tenho como” (Gestor, membro do CA – AG1)

É importante ter em conta que esta situação não tem sido residual no sector hospitalar público português. Nessa investigação referida, chegou-se à conclusão que além dos novos profissionais serem contratados por contratos individuais de trabalho, está instituído um princípio de diferenciação de remuneração, em função da entidade empregadora e das necessidades de mercado desses conhecimentos técnico-científicos. Foi nesse sentido que os autores defenderam a ideia de mercadorização dos *expertises*, dado os saberes detidos constituírem o principal elemento de diferenciação na capacidade de negociação contratual. Veja-se outro excerto onde estas dinâmicas ganham mais clarividência:

no tempo em que os hospitais passaram a SA começou a guerra dos pagamentos aos médicos, os hospitais passaram a ter mais autonomia na contratação médica, porque deixaram de estar sujeitos às tabelas de remunerações da função pública e passaram a tentar conquistar profissionais tipo estrelas, no mercado que havia. (...) Conclusão: rapidamente entram em perda em desequilíbrio financeiro e económico (Gestor, membro do CA – AG2).

De facto, desde que estas medidas foram institucionalizadas, somente em 2009 é que se assistiu a uma movimentação política no sentido de re-introduzir as carreiras profissionais como mecanismo de relação laboral.<sup>125</sup> Percebe-se que o objectivo com este documento passa pela tentativa de redução da diferenciação entre os trabalhadores públicos, sem comprometer a capacidade decisional descentralizada dos hospitais: “*o governo pretende garantir que os trabalhadores das unidades de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde exercem a respectiva actividade integrados em carreiras, sem subverter a autonomia de gestão do sector empresarial do Estado.*” (Cf. anexo B)

Por agora (passados 2 anos após a apresentação do referido diploma), nada é possível concluir quanto às consequências desta alteração jurídica. Por um lado, esta proposta não foi ainda promulgada e, por outro, existem algumas referências no seu conteúdo que permitem concluir que a regulação laboral destas profissões tem na sua base elementos que não asseguram por si só a uniformidade que precedeu estas mudanças. Em

---

<sup>125</sup> É o caso concreto da proposta de projecto-lei do Ministério da Saúde sobre as carreiras especiais de enfermagem e medicina, onde, em todo o caso, não é especificado as regras para a definição salarial (Anexo B).



primeiro lugar, porque a capacidade orçamental de cada hospital é determinante para a contratação de recursos humanos, bem como para a abertura de concursos para o provimento das diversas categorias profissionais. Além disso, é de notar que o princípio de progressão de carreira deixa de se suportar na antiguidade, para passar a depender dos resultados da avaliação de desempenho. Em segundo lugar, importa perceber que as dinâmicas de contratação no sector público não estão imunes às dinâmicas do sector privado. Deste ponto de vista, nada impede que a regulação das carreiras profissionais para médicos ou enfermeiros não tenha que co-existir com os restantes vínculos possíveis na função pública.<sup>126</sup>

É histórica a relação próxima que em Portugal foi existindo entre a esfera pública e a esfera privada na prestação de cuidados de saúde (e.g. Ferreira, 1990; Carapinheiro e Page, 2001). É o caso das Misericórdias e, mais recentemente, com a institucionalização do SNS, o duplo estatuto profissional permitido aos médicos, acumulando ao seu vínculo público as respectivas actividades liberais.<sup>127</sup> Além disso, há que destacar o papel de sectores de actividade específicos, como os meios complementares de diagnóstico e terapêutica, que sempre pertenceram a prestadores privados e cuja actividade contribuiu significativamente para a melhoria dos resultados da saúde pública (Carapinheiro e Pinto, 1987; Campos, 2008).

Não obstante a existência de importantes marcos legislativos no período Marcelista – conjunto de legislações de 1971 (Ferreira, 1990; Carapinheiro e Page, 2001) –, é com a institucionalização do SNS que o Estado definitivamente ganha uma preponderância na saúde. É o caso da formação dos profissionais, definição das suas carreiras e incentivo a áreas médicas altamente diferenciadas, dispendiosas e com elevados riscos (pense-se por

---

<sup>126</sup> Cf. Lei n.º 12-A/2008 os vínculos possíveis para a administração pública podem ser por nomeação, definitiva ou transitória e por contratos, por tempo indeterminado, por termo resolutivo certo ou incerto e contratos de prestação de serviços.

<sup>127</sup> Como Ferreira (1990) salienta, o surgimento das Misericórdias em Portugal segue uma base semelhante à encontrada em Itália. Tratam-se de instituições cívicas de base cristã, embora de carácter laico decorrentes de um contexto social e militar adverso, agravado por uma degradação acentuada e generalizada das condições de vida e de saúde da população. Fortemente apoiadas pelo poder régio de então (D. João II e D. Leonor), as misericórdias continham um conjunto de deveres sociais financiados por doações, rendas, ofertas e subsídios régios. O papel social e caritativo das misericórdias acaba por se enraizar também nas colónias do Império Português de então, influência que ainda hoje se faz sentir na concepção dos cuidados de saúde (Vd. Sanglard, 2007 para o caso brasileiro).

exemplo nos programas de transplantação). Deste modo, se por um lado a formação é um dos exemplos claros em que o Estado procura manter sob a sua alçada áreas de actuação, por outro, existem situações que mais do que um controlo estatal parece existir uma falta de interesse por parte do sector privado em entrar em determinados espaços de actuação. Faltam investigações aprofundadas sobre a realidade recente de proliferação de hospitais privados, consequência directa da abertura política nos últimos anos a novos espaços de actividade (e.g. as chamadas PPP), e cuja concorrência em alguns casos se faz sentir até pela excessiva proximidade geográfica entre prestadores.

A questão a equacionar é o modo como as funções intrínsecas ao Estado-Providência se conjugam com esta tendencial aproximação aos processos característicos do sector privado, ao ponto de pôr em causa a capacidade de captação de recursos humanos altamente diferenciados nas suas competências. Apesar de no modelo de bem-estar o Estado representar o interesse geral acima de qualquer interesse particular (Cf. Santos, 1987), viu-se em que sentido esse entendimento tem uma natureza puramente ideológica e não substantiva. O interesse geral tanto pode ser a protecção de monopólios públicos, como pode passar pela autorização de prestadores privados de forma a originar uma maior concorrência e, conseqüentemente, eficiência no sector público. Ainda assim, apesar desta natureza não essencialista da acção estatal, permanece uma diferença fundamental em relação aos prestadores privados: a função da actividade. Enquanto o sector público, no quadro de um modelo de Estado-Providência, tem por base a universalidade e (tendencial) gratuitidade no acesso a bens e serviços, independentemente dos recursos detidos pela população, os prestadores privados, por sua vez, têm como objectivo a apropriação privada do lucro, sendo essa a única forma de garantia do interesse na continuidade da sua actividade.

Numa fase de crescimento da concorrência com os prestadores privados – em número e nas áreas médica de actuação –, mas também entre prestadores públicos, a captação de recursos humanos altamente diferenciados deixa os hospitais públicos logo à partida em desvantagem. A sua actuação além de ter que ponderar factores financeiros e estratégicos para a organização, tem que responder às exigências político-ideológicas próprias a um prestador do SNS:

o SNS por definição tem que dar cobertura total aos cuidados de saúde, isso está estabelecido em termos da legislação desde a Constituição da República, à Lei de bases da saúde, ao estatuto SNS, está sempre na vertente da cobertura universal, não só da população, mas dos cuidados de saúde. O privado não faz isso, o privado no fundo começou por se posicionar

onde havia mais fragilidades no público, foi aí que eles começaram a actuar, que tinha essencialmente a ver com cirurgias, com áreas cirúrgicas, com as especialidades cirúrgicas. Depois foram naturalmente evoluindo mais numa componente ambulatorio quando havia também muitas listas de espera para consultas de especialidade e, portanto, acho que de facto neste momento como a concorrência é maior, os próprios hospitais privados estão a criar, a ter que criar dinâmicas diferentes, não é? Porque já não basta estarem posicionados aonde havia essas falhas de mercado...mercado entre aspas... (Gestor, membro do CA – AG1).

Um aparte deve ser aqui feito para destacar a própria linguagem utilizada por este gestor na referência que faz à prestação de cuidados. Primeiro considera que em causa estão mercados de actuação, corrigindo-se em seguida dizendo: “mercado entre aspas”. Ora, o que isto denota é que não obstante os condicionalismos ideológicos próprios à actividade pública que atrás se referiram, fazendo-se cumprir direitos inscritos na Constituição da República Portuguesa, a actividade hospitalar moderna assemelha-se a qualquer outro tipo de actividade de tipo empresarial. Aquando da discussão sobre a evolução da legislação nacional no sector da saúde, foi a isto que se referiu como sendo a convergência das regras do sector público ao direito privado. Aliás, importa não esquecer que a gestão hospitalar não está fechada a profissionais formados nessa área profissional, dado que apenas é referido que a nomeação do presidente do CA ocorre por nomeação do ministro da saúde (Cf. Decreto-lei n.º 188/2003). Por exemplo, ao interrogar um director de serviço sobre a sua experiência com gestores de outros hospitais, afirma peremptoriamente:

Como lhe digo, o melhor gestor que eu tive veio da CP (...) foi o melhor homem, o homem com mais visão sobre a saúde em Portugal dos que eu conheci. (Cirurgião, AA13)

A evidência que este excerto transmite é que, mesmo com especificidades inerentes à actividade prestada, a gestão hospitalar moderna pode ser compatível com a gestão de outros sectores de actividade. Além disso, e como se verá no capítulo seguinte, o próprio percurso profissional dos gestores hospitalares tende a ser marcado por diversos vaivéns entre o sector público e privado.

Estas dinâmicas apontam, então, para a ideia que à gestão hospitalar não é necessariamente exigida a posse de um conjunto específico de conhecimentos técnicos adaptado à realidade hospitalar, nem ao sector público em particular. Por um lado, o acesso aos lugares do CA dos hospitais não está vedado a profissionais não gestores hospitalares. Por outro, volta-se a salientar a tendencial proximidade da gestão pública a princípios outrora circunscritos ao sector privado. A questão de fundo que hoje em dia se coloca é que a complexidade organizacional que pauta as relações sociais no hospital, além da

função a que os hospitais necessariamente respondem, traz desafios substanciais a outros profissionais que não estão sensibilizados às suas especificidades.

Numa anterior experiência de administração hospitalar, esta equipa entrou em funções num hospital com um défice orçamental insustentável. Sendo um hospital SA de capitais públicos, como tendiam a ser os hospitais públicos dessa altura, a justificação dada para essa situação foi a presença de uma equipa de gestores vinda de outros sectores que não o hospitalar, sem qualquer experiência para lidar com as suas especificidades. Como um gestor entrevistado refere: *“o CA teve o atrevimento de dizer para os botões deles <vamos crescer este hospital, vamos pôr aqui um hospital mais evoluído>, sem perceber que a lógica dos hospitais não é uma lógica de crescer com autonomia. Um hospital cresce em função das necessidades da sua população, não é? Ou em função de serviços que já existam na comunidade e para onde nós devemos referenciar os nossos doentes, não é?”* (Gestor, membro do CA – AG2). Procedeu-se, assim, à escolha de um conjunto de especialidades médicas sob critérios puramente empresariais que não atendiam à particularidade da actividade hospitalar e à consequente contratação de profissionais de referência para preencher essas áreas. O resultado foi um derrape financeiro, segundo o entrevistado, causado por um crescimento em quantidade e na área de diferenciação de forma não articulada com o conhecimento e tradição do hospital, nem com os restantes prestadores com quem os hospitais mantêm articulações necessárias na definição das suas actividades.

Ainda sobre a concorrência pela captação de recursos humanos, importa alargar a discussão à perspectiva da própria profissão médica, tanto do ponto de vista do raciocínio dos profissionais, perante as possibilidades que o mercado de trabalho lhes pode trazer, como do ponto de vista da direcção de serviço na sua procura de construção de equipas técnico-científicas altamente diferenciadas. Por exemplo, ao interrogar um cirurgião sobre a sua área de especialização, este refere que ao longo do seu percurso teve alguma dificuldade em escolher entre as áreas da transplantação hepática e renal. Dado em Portugal haver uma escassez de serviços médicos orientados para as áreas de transplantação onde este serviço se tem desenvolvido nos últimos 20 anos – principalmente na vertente hepática, mas com passos iniciais no transplante pancreático e renal (in notas do diário de campo) –, o entrevistado dá conta que a sua indefinição se deve às consequências que essa escolha pode representar em termos das suas oportunidades de emprego fora do serviço:

andei ali uns anos muito bem sem saber o que é que havia de fazer à minha vida porque, se por um lado tinha vontade de me dedicar só ao transplante renal ... estava a deitar fora anos em que também me dediquei à parte cirúrgica do transplante hepático. Depois quando o [director de serviço] veio para cá eu acho que ele é que ajudou a finalmente ter coragem... ele quase que me empurrou para ficar só com a renal, e isso foi um alívio enorme. Eu acho que o nosso director [anterior] nunca me... cada vez que eu chegava para ir tomar, ele dizia: “ah, não faças isso, é um disparate!” ... e mesmo os meus colegas: “não faças isso que depois afunilas muito a tua área, a tua área cirúrgica...” O que é verdade. Se eu quiser sair daqui e ir trabalhar para outro sítio, claro que posso ir trabalhar como cirurgião geral que é a minha área de formação de base, não é?, mas a minha mais-valia é na área da transplantação renal e

dos processos vasculares e o trabalho que faço com os insuficientes renais. Há meia dúzia de pessoas com este perfil, e há meia dúzia de cargos em Portugal, portanto, não tenho muita facilidade em me mobilizar daqui para outro sítio qualquer. A minha área não é muito competitiva em termos do mercado... eu costumo dizer na brincadeira – não tem muita graça –, mas quando perguntam assim: “ah, mas porque é que tu não sei o quê... não vais trabalhar para a privada? Só se for contratado por um cartel de colombianos para fazer transplantes com dadores vivos aí numa esquina qualquer (riso)” De resto não é assim uma actividade muito... comercialmente, muito viável, não é? (Cirurgião, AA7)

Percebe-se o peso atribuído à posse de determinados *expertises*. De facto, este assume-se como um recurso determinante na profissão médica, sendo o principal elemento de diferenciação entre os profissionais, quer na posição ocupada no interior do serviço – como é o caso deste entrevistado que opta por se dedicar ao transplante renal após o “empurrão” do director de serviço –, quer na procura de trabalho fora do serviço. O facto deste tipo de raciocínio em torno das possibilidades e constrangimentos quanto às especializações ser um dado comum entre os médicos entrevistados, evidencia o duplo estatuto destes profissionais na conjugação entre o seu vínculo público e as possibilidades que a actividade liberal lhes pode dar.

Um outro dado contido neste excerto diz respeito ao que se disse anteriormente como sendo a presença da actividade privada no sector público. Mesmo com uma re-introdução de carreiras profissionais, a presença de prestadores privados implica necessariamente um contexto de competição por recursos. Neste caso a situação era precisamente a inversa por o transplante renal não representar até agora um “mercado” de interesse para os prestadores privados, o que deixava o entrevistado numa situação de poucas alternativas de emprego fora deste serviço.

Olhando agora para o ponto de vista da direcção do serviço, a saída de profissionais tem consequências significativas sobre a capacidade de diferenciação da actividade prestada pelo serviço, pondo em causa anos de formação na criação desse *expertise*. Por outras palavras, se por um lado o objectivo dos serviços médicos passa pela sua diferenciação nos *expertises* desenvolvidos – pois, como se verá num ponto mais adiante esse é o elemento preponderante no financiamento da actividade médica (os designados GDH) –, por outro, esse é o principal motivo de dificuldade em manter os profissionais. Trata-se de um paradoxo criado com a presença crescente de um sector privado mais interessado em alargar as suas tradicionais áreas de actuação e a quem o sector político tem dado mais oportunidades para esse alargamento:

Portanto, eu podia propor aos meus colaboradores ordenados diferentes que os atraíssem e que não me fizessem perder pessoas... eu agora perdi, eu já perdi três cirurgiões (pausa) formados por mim para o transplante...

Está inscrito no programa do governo a criação de centros de referência no SNS e é a única maneira que eu vejo do SNS competir com os privados... não conseguem competir com os privados nas instalações, no luxo, na tecnologia... consegue competir com áreas de diferenciação, em áreas que inclusivamente não interessam muito aos privados ou que por lei não podem estar nos privados. O transplante não pode ser privado, é um sector público por excelência e a cirurgia do fígado e a do pâncreas é muito cara. (Cirurgião, AA13)

Posto isto, é possível sintetizar em três dinâmicas distintas o condicionamento da actuação do sector privado na esfera da saúde: (I) pelo monopólio do Estado na formação de médicos, e esta formação não se circunscreve à dimensão académica, englobando a componente científica intrínseca à actividade médica, ou seja, a investigação que se faz principalmente nos hospitais universitários e que, porventura, constitui o principal recurso detido pelo sector público para a retenção de recursos humanos altamente diferenciados e que pretendem prosseguir a sua diferenciação; (II) pelo controlo legal de áreas de actuação médica, em que o acesso a prestadores privados é vedado por questões de natureza ética e deontológica e; (III) pela ausência de interesse por parte da iniciativa privada em entrar em determinados espaços de actuação, o que tanto pode decorrer da falta de retorno do investimento aplicado (o chamado mercado de actividade), como por elevados riscos inerentes aos próprios procedimentos técnico-científicos.

Um último vector externo de pressão sobre a actividade dos CA dos hospitais diz respeito ao associativismo profissional. Já Stoleroff e Correia (2008a, 2008b) diagnosticaram que a descentralização de competências para o nível organizacional tinha como principal consequência um maior enfoque da actividade sindical a esse nível, sem que isso fosse à custa do tradicional *locus* de acção centralizado para a cúpula governamental.

Você poderá dizer “ah mas por que é que os sindicatos de enfermagem, dos médicos não se metem com o grupo Mello? Com o grupo da Luz?” Porque isso são *peanuts*. Vai para lá quem quer, eles até têm ódio a quem vai para lá, os sindicatos, então não é? Ou então se não têm ódio estão-se marimbando se é meia dúzia de casos... agora eles trabalham e actuam forte e feio e em termos reivindicativos junto do grosso onde estão empregues os seus sindicalizados que é no sector público, e portanto esta pressão brutal das ordens e dos sindicatos sobre a gestão, ou melhor, sobre as políticas que os hospitais podem ter para a gestão dos seus recursos humanos são fatais para um bom desempenho, e para a autonomia e para a capacidade de desenvolvermos a nossa imaginação criativa em matéria de gestão, de recursos humanos... (Gestor, membro do CA – AG2).

Apreende-se pelas palavras deste gestor que os aspectos negativos atribuídos ao associativismo profissional decorrem da sua conjugação com os restantes vectores entretanto discutidos e que limitam a actuação dos CA. Como este gestor demonstra, no sector da saúde os hospitais públicos constituem as entidades empregadoras com maior representatividade de trabalhadores sindicalizados, deixando-os expostos à contestação profissional específica ao sector, além de toda a contestação geral da administração pública. Por conseguinte, têm que lidar com todo um conjunto de interesses e pressões, alguns deles actuantes em sentido contrário: como pode um hospital já com uma dotação sub-orçamentada responder às exigências orçamentais da tutela, aumentar os níveis salariais de profissionais cobiçados pelo sector privado, mantendo os mesmos níveis salariais de outros profissionais entretanto reivindicados pelos respectivos grupos de pressão?

A questão não tem forma de ser respondida, nem tão pouco é esse o objectivo deste trabalho, mas importa reflectir sobre as implicações destas determinantes externas ao hospital para a própria prestação de cuidados de saúde. Como se verá mais adiante é preciso pensar a relação medicina/gestão de uma forma bem mais complexa do que apenas sob o ponto de vista do seu antagonismo. Além disso, não é certo que o profissionalismo médico tenha sido ameaçado, pelo menos, no decorrer das alterações dos anos recentes. Contudo, existem diferenças inequívocas sobre o modo como os cuidados de saúde estão a ser prestados num contexto de pressões múltiplas. Essas pressões afectam de um modo diferenciado as partes envolvidas: os gestores com pressões de ordem financeira e política tendem a constranger a actuação dos profissionais, sobrecarregados com problemas decorrentes da organização do trabalho e da falta de profissionais.<sup>128</sup> O excerto que abaixo se transcreve acaba por sintetizar as implicações destes factores no modo como a actividade médica é desempenhada:

Actualmente, pronto, isso eu também percebo... nós temos metas a cumprir, temos objectivos a cumprir, cada vez nos exigem mais os números... trabalha-se com números, pronto, nós andamos... a primeira coisa que nós perguntamos a um doente é <com quem vive?>, porque nós pensamos logo na alta. Temos que fazer cumprir aquelas médias de internamento. Pronto, e porque há outros doentes à espera para entrar. (...) temos a noção que estão lá doentes em baixo [na urgência] e às vezes dois e três dias numa maca à espera de ter cama

---

<sup>128</sup> No decorrer da permanência no hospital várias conversas informais com diversos profissionais convergem na ideia de falta de recursos humanos, sobretudo de enfermagem e de médicos nas equipas de urgência. Este dado acabou por ser corroborado ao perceber a diminuição do rácio de profissionais por doentes.

[no serviço]. (...) isto cria logo uma relação um bocado artificial com o doente (AB5, Internista)

De facto, a actividade pública, independentemente de se estar a falar em gestores ou médicos, enfermeiros ou outros profissionais, está a ser desempenhada em contextos de maior pressão para o resultado. Não é certo quais as implicações decorrentes para a prestação de cuidados, nem tão pouco se essas consequências serão positivas ou negativas. Possivelmente serão tanto positivas como negativas, dado que a atenção política sobre a contenção orçamental tem permitido corrigir situações prejudiciais ao desempenho dos profissionais e das organizações. Contudo, por outro lado, foi notório as contradições e prejuízos decorrentes desse contexto, sobretudo tomando uma definição puramente quantitativa do funcionamento das organizações e a concorrência exercida pelo sector privado e entre os prestadores públicos. Os hospitais públicos simplesmente respondem a necessidades que os deixa reféns da sua posição, não tendo condições para competir em áreas pelos vistos tão centrais como a remuneração. A pressão é sobre os gestores limitados por condicionantes políticas, por outros intervenientes na prestação de cuidados e pela pressão de grupos de influência, mas também sobre os profissionais, no desempenho de uma actividade mais preocupada no resultado do que nos processos.

Posto isto, tendo-se comprovado que pelo lado das determinantes externas à organização é confirmada a hipótese que as alterações no funcionamento dos hospitais conduzem a uma diferenciação interna do sistema, não sendo possível transpor objectivos uniformes entre as organizações e, conseqüentemente, esperar os mesmos resultados organizacionais entre os prestadores públicos, analisam-se agora as determinantes internas ao hospital. O objectivo é contribuir para um quadro interpretativo sobre a efectividade da actuação da gestão hospitalar, agora por intermédio da sua relação com dinâmicas intrínsecas ao próprio hospital.

A principal condicionante associada às dinâmicas internas dos hospitais decorre da própria natureza destas organizações. Entre a literatura organizacional hoje em dia é um dado consensual as implicações decorrentes da pressão para o profissionalismo característico das burocracias profissionais (Cf. Mintzberg, 1979, 1992). Ora, não obstante a gestão hospitalar estar a ser pensada, quer pelo poder político, quer pelos gestores hospitalares, em consonância com a gestão de uma qualquer burocracia mecânica, na realidade as suas especificidades não são ultrapassáveis.



Perceber o papel da medicina nos hospitais exige ter presente a evolução dos hospitais modernos, e o modo como esta respondeu à profissionalização dessa profissão (Cf. Coe, 1984). De acordo com as actuais condicionantes externas aos hospitais públicos, parece estar em causa uma tentativa de redefinir as jurisdições profissionais, deixando que os gestores hospitalares assumam toda a vertente de gestão não clínica. Como se viu, em rigor, esta tendência de reforço das competências de gestão para os gestores hospitalares é passível de ser identificada antes mesmo da intensificação da intervenção política no sector da saúde situada a partir de 2002 com os marcos legislativos dos anos 80 que, por sua vez, seguiram princípios de décadas anteriores. Contudo, é importante compreender que o papel assumido pela gestão hospitalar nunca foi verdadeiramente de concorrência com o profissionalismo médico. É ao actual contexto de financiamento do sector que se pode apontar uma gestão hospitalar mais preocupada e restritiva, pelo que o reforço de competências dos gestores hospitalares, mais do que um ataque ao profissionalismo médico deve ser lido como a necessidade de reduzir a despesa pública.

Afirmar que este quadro de reforço de competências dos órgãos de gestão do hospital não belisca o profissionalismo médico pode parecer contraditório, mas se se considerar que a decisão médica não sai da sua jurisdição, mesmo perante a necessidade de demonstração da sua adequação em relação ao seu investimento (o chamado princípio da evidência médica), percebe-se como o reforço de competências dos gestores não implica uma quebra na sua discricionariedade profissional. O excerto que abaixo se transcreve de um membro do CA é revelador desta ideia:

Nós tentámos fazer com que as regras organizacionais sejam cumpridas. As regras organizacionais que bebem muito da legislação, não é? Agora, às vezes é difícil serem cumpridas por todos da mesma maneira (risos). (...) Acho que isso tem muito mais a ver com o indivíduo, na sua decisão pessoal de ser ou não ser cumpridor, de fazer ou não, de entender a regra e de se responsabilizar pela sua aplicação e obviamente que uma liderança mais ou menos forte em termos de direcção de serviço que zele por esse cumprimento ao nível dos profissionais que estão na sua alçada tem muito mais a ver com isso. (Gestor, membro do CA – AG1)

Como se observa, apesar da normatividade legal, o funcionamento organizacional no que diz respeito ao cumprimento das regras organizacionais decorre muito mais da autoridade médica, na figura dos directores de serviço, do que na existência de um projecto profissional da parte dos gestores capaz de constranger a autonomia profissional da medicina:

A minha luta neste momento é dar dimensão ao hospital, fazê-lo integrar num centro hospitalar. Eu já pensei que o melhor seria [ir] para os (...), depois pensei que era [para o outro hospital] que nos fez uma proposta fantástica de colaboração no grupo hospitalar. Houve dentro da administração sempre uma grande resistência sobretudo um dos directores que lá esteve que queria manter o hospital isolado e pequenino e fazer um bocadinho de tudo como nós fazemos. A saída dele foi benéfica, mas esta actual administração também está com grandes dificuldades em vencer as resistências no [hospital]. Sou a única pessoa que quer integrar o hospital num grupo hospitalar (Cirurgião, AA13)

O excerto acima transcrito é revelador das dinâmicas em presença, sobretudo o papel determinante que a direcção de serviço pode conferir aos seus detentores. Claro está que a liberdade de acção permitida por esse lugar apenas tem efectividade em função do agente que o ocupa, sendo, por isso, variável a sua capacidade de estruturação da configuração dos serviços e, conseqüentemente, das práticas dos profissionais, mas também do próprio hospital. Agrupam-se estes factores em quatro níveis distintos mas dotados de uma influência recíproca:

- (I) A posição da especialidade médica no hospital, em função da vocação do próprio hospital;
- (II) O modo de financiamento da especialidade médica, em função da política nacional de saúde;
- (III) O grau de diferenciação científica e tecnológica que a especialidade médica envolve;
- (IV) A figura do director de serviço, naquilo que são os seus objectivos profissionais e a posse dos capitais que lhe permite (ou não) a concretização desses objectivos.

Além da influência destes factores, outras influências do profissionalismo médico são responsáveis pela variabilidade na concretização dos projectos de gestão. Deste modo, não obstante a existência de um conjunto de medidas que os gestores, invariavelmente, implementam nas diferentes organizações, e que decorrem da construção dos respectivos *selves* profissionais, algumas dinâmicas profissionais específicas a cada hospital acabam por condicionar de um modo significativo a concretização desses projectos.<sup>129</sup> Por exemplo, ao interrogar um gestor sobre os seus objectivos profissionais no hospital e se na sua

---

<sup>129</sup> O capítulo 9 será dedicado à questão das objectividades individuais presentes nas construções simbólicas sobre a profissão e sobre os entendimentos que os profissionais têm de si no desempenho desses papéis.

experiência os tinha prosseguido sempre nas organizações por onde passara, responde que a sua missão é independente do hospital onde trabalha.

À partida, isso poderia traduzir um modelo específico de concepção e de implementação da gestão hospitalar, mesmo perante os imperativos e constrangimentos de ordem financeira que marcam a NGP. Isto é, que o elevado grau de autonomia conferido pelo poder político seria responsável por uma capacidade individualizada na definição do funcionamento e dinâmicas hospitalares. No entanto, os constrangimentos a essa concretização acabam muitas vezes por conduzir a projectos e processos divergentes de relação profissional entre a gestão e a medicina. Falou-se já dos constrangimentos políticos externos ao hospital, em que o respeito pela concretização das metas organizacionais definidas quantitativamente aquando da contratualização com cada prestador, deixa os gestores limitados nas suas opções. O que se equaciona agora é o papel da profissão médica na limitação da gestão hospitalar. Mais do que a capacidade de concretização dos respectivos projectos de gestão, aquilo que os gestores fazem respeita invariavelmente as especificidades dos contextos em presença:

[N]este hospital? Aqui temos claramente menos disponibilidade dos médicos para as questões de gestão. Diria até que nem entendem muitas vezes a importância de alguns indicadores e a importância de uma intervenção clínica ligada à *clinical governance*. Desvaloriza-se muito essa componente aqui. Eu diria que é como do dia para a noite comparar a disponibilidade dos médicos, o conhecimento e a apetência pelas questões de gestão com o comparar com o Hospital daquele lado [onde anteriormente exerceu o mesmo cargo]. Cá? confesso-lhe que nunca tive sessões de trabalho desse tipo, apesar de fazermos reuniões. Isso era feito em sessões duras mas em que as pessoas se disponibilizavam e estavam presentes (...), isto é, as pessoas não se punham no papel de desdenhar, percebe? (...) (Gestor, membro do CA – AG2)

Uma outra conclusão que se retira deste excerto é que a autoridade profissional da medicina, decorrente da discricionariedade dos seus saberes, apresenta uma configuração variável. Esta é uma ideia já inscrita no capital teórico acumulado sobre as dinâmicas hospitalares, onde a clivagem é estabelecida sobretudo em termos da prática de ensino universitário (Cf. Carapinheiro, 1993).<sup>130</sup> Considerando, contudo, que os dois hospitais a

---

<sup>130</sup> Numa reflexão retrospectiva sobre os percursos dos hospitais portugueses, Carapinheiro salienta os processos divergentes que estiveram na base da constituição dos hospitais universitários e dos hospitais gerais. Não obstante os segundos terem evoluído no sentido da aquisição de ensino prático e teórico da medicina, permanece como traço distintivo marcante em relação aos hospitais universitários a não existência de uma estrutura de ensino inserida na própria estrutura hospitalar (para um aprofundamento desta evolução, vd. Ferreira, 1990).

que o gestor se refere inserem-se na tipologia apresentada por Carapinheiro como hospitais gerais, as diferenças realçadas entre o profissionalismo médico e a concretização da gestão hospitalar sugerem a existência de uma outra dimensão que ultrapassa a própria vocação do hospital entre a assistência e o ensino. Neste caso, a explicação encontrada decorre também de configurações históricas de cada organização e, por isso, intransponíveis entre si. Onde este gestor diz ter encontrado um contexto mais propício da parte do saber médico à concretização dos seus projectos de gestão refere-se a um hospital muito próximo, em termos geográficos e institucionais, à unidade de ensino e de investigação porventura dotada de maior reconhecimento nacional ao nível da gestão hospitalar. Aliás, conversas informais mantidas não só com esse gestor, mas com os restantes membros do CA dão conta de uma certa regularidade discursiva ao nível do cruzamento entre o ensino da gestão hospitalar e sua aplicação naquele hospital, visto como um verdadeiro laboratório para os trabalhos académicos desenvolvidos nessa Escola (in notas do diário de campo).

Por outro lado, importa perceber que as condicionantes organizacionais à gestão hospitalar decorrem não apenas de dinâmicas externas à sua jurisdição profissional. Em causa estão igualmente influências intrínsecas à própria gestão, em que os CA são responsabilizados pela gestão de heranças dos seus antecessores. Algumas situações são passíveis de serem revistas de acordo com o projecto de gestão da nova equipa em funções, no entanto, aspectos que envolvem investimentos já aprovados pela tutela têm necessariamente que ser prosseguidos mesmo com prejuízo para o projecto definido para o novo mandato:

(...) 4000 Horas de enfermagem por pagar. Não representavam promessas, mas trabalho executado e que não estava pago. Tivemos que começar o pagamento dessas horas e contratámos 30 ou 40 enfermeiros para aliviar a falha de enfermeiros que era grande. É claro, nós fizemos as contas, porque meter enfermeiros era mais barato do que estar a pagar as horas extraordinárias...mas agora, isto foi um custo para a nossa administração (Gestor, membro do CA – AG2).

Posto isto, se a hipótese de variabilidade na concretização dos projectos de gestão tinha sido parcialmente comprovada por via das determinantes externas ao hospital, a análise aos processos internos reforçam essa conclusão. Considera-se que se trata de uma prova inequívoca quanto à tendencial diferenciação de um sector outrora construído sobre uma actividade pública relativamente uniformizada. Actualmente, a diferenciação dos hospitais, mais do que estar dependente da sua função e do papel desempenhado no sistema de saúde, está crescentemente condicionada pelos seus processos internos.

Explorou-se a influência directa e indirecta da esfera política, as pressões associadas à crescente concorrência entre prestadores, os problemas na dotação orçamental dos hospitais e o facto de constituírem o *locus* preferencial de acção das formas de associativismo profissional. A estes acrescem então aspectos como os processos históricos de cada hospital, os projectos de gestão de cada CA em particular, as heranças de gestão e as relações profissionais variáveis estabelecidas com a medicina.

Para concluir este ponto abre-se um pequeno parêntese para dar conta dos resultados de gestão pretendidos e alcançados por esta equipa de gestão para este hospital em concreto. Tendo-se comprovado a contingencialidade interna e externa à actuação da gestão hospitalar, o objectivo com esta sùmula é tão-somente dar conta dos contornos possíveis do âmbito de actuação da moderna gestão hospitalar. O leitor teve já contacto com as determinantes gerais que influenciam as dinâmicas da gestão hospitalar. Com a informação abaixo apresentada obtém agora uma interpretação da gestão hospitalar num contexto específico e, por isso, não generalizável. o propósito é evidenciar como aquelas determinantes se reflectem no estudo de caso em análise.

### Contornos de uma experiência de gestão...

A nomeação deste CA interpreta-se mais como a recompensa pelo mérito profissional do seu presidente, do que propriamente pela existência de uma situação específica ao hospital que exigisse a intervenção das competências técnicas e relacionais deste gestor. Recompensa pela extinção do CA do hospital onde na altura desempenhava as mesmas funções, dada a decisão ministerial de integração desse hospital num centro hospitalar já dotado de estruturas de gestão, e pelos resultados alcançados numa complicada situação de sustentabilidade financeira do hospital.

A entrada para este hospital, ainda pertencente ao SPA, ficou marcada pela expectativa de passagem de estatuto jurídico para EPE, o que acaba por acontecer no fim do mandato de três anos, com o início de funções de um novo CA. O motivo para esta alteração foi a saída do presidente do CA para o sector privado, embora, por diversas vezes, tenha dado conta da sua expectativa em não ser reconduzido no cargo.

Além de preparar a passagem jurídica do hospital, este grupo de gestores adopta um conjunto de medidas, umas convergentes com a experiência do hospital anterior, outras decorrentes da especificidade deste hospital. No fundo, são medidas não directamente associadas à mudança jurídica, mas que acabam por convergir com o modelo de funcionamento empresarial. Do conjunto de mudanças específicas ao hospital, salienta-se a alienação de património imobiliário, como forma de financiamento mas, principalmente, como forma de adaptação dos espaços físicos às exigências colocadas pela moderna gestão hospitalar. Na realidade, uma das características físicas deste hospital é a sua estrutura por pavilhões autónomos espalhados pelo hospital, decorrente da vocação médica que esteve na sua base para o tratamento de doenças infecciosas. Essa configuração espacial acaba por colocar entraves a uma gestão mais eficiente dos recursos, quer pela distância envolvida entre os espaços, quer pela necessidade de desdobramento dos recursos existentes por várias unidades não contíguas.

Ainda em relação às medidas específicas à gestão deste hospital, alguns serviços médicos foram encerrados. Tanto devido à saída de profissionais, como a baixos níveis de produtividade, a reorganização dos espaços foi no sentido de criar melhores condições às especialidades em expansão no hospital e cuja actividade representa importantes parcelas do seu financiamento. Não esquecer que a posição detida pelo hospital no sistema de saúde português decorre em grande parte da existência de um centro hepato-bilio-pancreático e de transplantação, cujos primeiros passos foram dados ainda na década de 80. É nesta área técnico-científica que se espera a criação do Centro de Responsabilidade Integrado (CRI), gerido, patrimonial e financeiramente, pelo actual director de serviço.

Já ao nível das medidas genericamente adoptadas pelas administrações hospitalares, a informatização é tida como uma das mais comuns. Desde a informatização do circuito de medicamentos, da prescrição médica, passando pela informatização do circuito dos doentes, o objectivo dos gestores é ter à sua disposição todo um manancial de indicadores quantitativos que lhes permitam aferir os critérios de eficácia e de eficiência dos cuidados prestados e, em última análise, garantir um acompanhamento regular da evolução da actividade contratualizada com cada serviço individualmente.

Ao nível da gestão de recursos humanos, este hospital assemelha-se em tudo a qualquer hospital público português deparado com a necessidade de contratação de recursos humanos. Algumas saídas são resultado directo de uma concorrência entre prestadores públicos e privados, a que acresce as tendências gerais à função pública de procura por reformas antecipadas. A contratação de novos profissionais é feita sempre por intermédio de contratos individuais de trabalho a termo, ora certo ora incerto, estando as carreiras profissionais fechadas para estes trabalhadores e congeladas para os trabalhadores já pertencentes ao quadro do hospital. No saldo de saídas e entradas de profissionais é notória a tendencial diminuição do número de profissionais em relação ao passado. Embora transversal a todo o hospital e à generalidade das profissões, é na enfermagem onde mais se sente a falta de profissionais.

## 8.2. PROFISSIONALISMO(S) MÉDICO(S) NA NGP

É possível apontar duas grandes tradições na problematização sociológica sobre a medicina. Embora salientem processos distintos, não representam formas mutuamente exclusivas, nem tão-pouco contraditórias de análise. Uma diz respeito aos saberes técnico-científicos responsáveis por processos sociais de construção de dominações e de controlos das práticas sociais (e.g. Foucault, 1975; Zola, 1972). Outra diz respeito à profissão em contexto organizacional. Ao contrário da primeira, esta problematização tende a ver a medicina mais em termos da sua diferenciação interna do que enquanto corpo unificado de saberes responsáveis pela padronização de práticas sociais. Já se percebeu em que medida a problemática em causa neste estudo conduz para esta segunda tradição.

A hipótese que se pretende testar neste ponto diz respeito à crescente diferenciação interna da profissão médica decorrente dos imperativos associados à NGP. Não sendo um dado novo falar na diferenciação médica (e.g. Freidson, 1970, 1986), a pertinência desta discussão reside no facto de serem factores externos à profissão os principais responsáveis por estes processos sem que, contudo, esteja em causa um ataque ao profissionalismo médico. Recordando em traços gerais, por profissionalismo entende-se a capacidade para as profissões controlarem os termos, os conteúdos e as condições do seu trabalho sem a interferência de outras actividades (Cf. Johnson, 1972). Neste sentido, mais do que se falar da diminuição do profissionalismo médico em determinadas especialidades – por intermédio da gestão hospitalar –, o que se vai comprovar é a existência de processos não transversais à profissão médica responsáveis pelo reforço do seu profissionalismo em determinadas áreas.

Na literatura sobre as organizações hospitalares é um dado consensual colocar o binómio de diferenciação médica entre a medicina interna e a cirurgia, representando os casos paradigmáticos de especialidades médicas convencionais e de ponta (Cf. Chauvenet, 1973; Carapinheiro, 1993). Vocações distintas decorrentes da natureza da doença – crónica ou aguda –, do grau de tecnicidade envolvido – reduzido envolvimento tecnológico ou elevado envolvimento tecnológico –, do grau de necessidade de rotatividade dos doentes – baixa rotatividade ou elevada rotatividade – e da escolha da clientela – entrada indiferenciada ou entrada selectiva. Aliás, para Chauvenet (1973), é na selecção técnico-social da entrada da doença nos hospitais que se pode encontrar um dos mais importantes mecanismos de diferenciação do poder médico.

A comprovação da hipótese em causa necessita, contudo, de uma discussão prévia sobre a configuração organizacional dos hospitais no quadro da NGP. Considerando que na teoria organizacional é referido que a existência de estruturas diferenciadas nas organizações são tanto mais disfuncionais quanto mais incompatíveis forem as forças que as suportam, e que nos hospitais existem estruturas internas que tendem para uma individualização e autonomização dos seus processos (cada serviço médico/departamento tomado como entidade específica não só ao nível da autoridade, como do ponto de vista da sua gestão física, patrimonial e de recursos humanos), o objectivo passa por perceber, em primeiro lugar, a validade do pressuposto de tomar estas unidades como espaços efectivamente autónomos (divisionalizados) e, em segundo lugar, a origem do conflito inter-profissional e as forças que suportam e reproduzem esse conflito. Em terceiro lugar, a partir da experiência empírica, concluir até que ponto a existência de estruturas divisionalizadas são *per si* disfuncionais para a organização.

Seguindo a tipologia de configuração das organizações de Mintzberg (1979, 1992), o hospital é o exemplo típico de uma burocracia profissional – vd. quadro 3.5. Desde logo, como o próprio nome indica, ao ser uma burocracia, o princípio de coordenação das actividades baseia-se na padronização (ou previsibilidade). A sua particularidade em relação às restantes burocracias encontra-se na centralidade que a linha operacional representa sobre o topo estratégico. Os profissionais, ao possuírem qualificações altamente especializadas (*expertises*) e uma legitimidade social (*status*) associada à posse desses saberes, detêm uma autonomia de decisão sobre os procedimentos a aplicar aos *clientes*.<sup>131</sup> Conjugando com a terminologia de Goss (1963), estamos em presença de uma dupla linha de autoridade – administrativa e profissional – que divergem nos pressupostos e nos objectivos. Dado o peso da autonomia profissional para a configuração dos processos aí ocorridos, o profissionalismo tende a ser a base de suporte da organização, pelo que o controlo e o planeamento administrativo das actividades são relativamente baixas. Além disso, a coordenação entre os profissionais ocorre pela standardização das qualificações, isto é, através de relações de aprendizagem entre profissionais com níveis semelhantes de qualificações.

A organização dos serviços ocorre, tanto em termos funcionais (áreas de conhecimento científico próximas), como em termos de mercado (dado que essas áreas definem *clientes* distintos). Uma das consequências desta forma de organização é a criação

---

<sup>131</sup> Mantendo a terminologia original do autor.



de uma estrutura descentralizada, quer vertical (vários níveis hierárquicos de decisão), quer horizontal (especialização em várias áreas de conhecimento), sendo que o fluxo decisional tende a ser de sentido ascendente, portanto, do centro operacional até ao topo estratégico. Quer isto dizer que, dada a presença do profissionalismo, tende a haver nas burocracias profissionais uma delegação formal de competências para os níveis mais baixos da organização, a par de processos informais de delegação entre os mesmos níveis da estrutura hierárquica (o caso de dois médicos de dois serviços médicos distintos). Por último, em termos do seu ambiente de actuação, Mintzberg faz uma distinção no caso específico dos hospitais, referindo que, em função da investigação científica realizada, podem assumir características das adhocracias, com ambientes complexos e dinâmicos. No caso das actividades médicas de natureza rotinizada e de baixo grau de diferenciação, os ambientes de actuação tendem a ser os complexos e estáveis.<sup>132</sup>

Quadro 3.5. – Traços característicos dos hospitais enquanto burocracias profissionais divisionalizadas

	Burocracia Profissional	<b>Burocracia profissional divisionalizada (Hospital empresarializado)</b>	Estrutura Divisionalizada
Principal mecanismo de coordenação da actividade	Estandardização das qualificações	<b>Estandardização das qualificações e dos resultados</b>	Estandardização dos resultados
Componente-chave da organização	Centro operacional	<b>Linha hierárquica (controlado pelo centro operacional)</b>	Linha hierárquica
Planeamento e controlo	Reduzido	<b>Elevado</b>	Elevado
Fluxo decisional	Ascendente	<b>Descendente mas autonomizado</b>	Descendente mas autonomizado
Forma de descentralização	Horizontal e vertical	<b>Vertical e limitada</b>	Vertical e limitado
Ambiente	De complexo e estável a complexo e dinâmico	<b>Dinâmico e complexo e com mercados diversificados</b>	Estável, com mercados diversificados
Pressão	Profissionalismo	<b>Profissionalismo balcanizado</b>	Balcanização
Elementos de organização	Funcional e por mercado	<b>Funcional e por mercado</b>	Mercado

Adaptado de Mintzberg (1979, 1992)

Tendo então presente os aspectos que delimitam os hospitais enquanto burocracias profissionais, o objectivo é perceber as consequências que as medidas associadas à empresarialização hospitalar trazem sobre esta configuração, sobretudo por haver indícios

<sup>132</sup> Para uma discussão mais aprofundada sobre estas dimensões, remete-se para o trabalho de Mintzberg (1979, 1992).

quanto à introdução de características típicas daquilo que Mintzberg (1979, 1992) definiu por estruturas divisionalizadas. Como se pode observar no mesmo quadro, as diferenças entre as estruturas divisionalizadas (coluna à direita) e as burocracias profissionais (coluna à esquerda) são bastante evidentes. Para o autor, as estruturas divisionalizadas são estruturas características do sector privado no âmbito das sociedades industriais. Traduzem grupos funcionais autónomos entre si criados na linha hierárquica da organização, em que o fluxo decisional ocorre de cima para baixo, ou seja, em que o topo estratégico delega a esses níveis intermédios as responsabilidades necessárias para uma gestão relativamente individualizada de cada uma dessas partes (daí ser um fluxo decisional descendente e limitado). Na medida em que as estruturas divisionalizadas surgem da necessidade das burocracias mecânicas adaptarem-se a outros contextos e mercados, através de uma orientação da actividade para indicadores de natureza económica – standardização dos resultados –, esta delegação de competências está em relação directa com os resultados alcançados por cada uma das divisões criadas. Isto é, há um elevado grau de planeamento e controlo no sentido de garantir que a balcanização não desestruture o funcionamento global da organização.

O seu aspecto distintivo em relação aos restantes tipos de configurações organizacionais definidos por Mintzberg – estrutura simples, burocracia mecanizada e adhocracia –, é que o interior da organização apresenta uma sobreposição de pequenas estruturas organizacionais, contendo, cada uma delas, o respectivo topo estratégico, a sua linha hierárquica, um núcleo operacional, uma tecnoestrutura e um apoio logístico. O mercado constitui o principal factor para a constituição de cada uma destas unidades. Na medida em que cada unidade intermédia assume a responsabilidade de gestão sobre a sua própria actividade e sobre as respostas dadas ao mercado – balcanização –, o mecanismo de controlo que garante o funcionamento conjunto da organização suporta-se no responsável intermédio, sendo esse o ponto central deste tipo de organizações.

Posto isto, e analisados os principais traços distintivos entre estes dois tipos de estruturas organizacionais, em que sentido o hospital sob a NGP pode ser considerado como uma outra estrutura organizacional, que compatibiliza elementos tomados por não compatíveis por Mintzberg?<sup>133</sup>

---

<sup>133</sup> É inequívoca a distância entre estas duas formas de organizações na reflexão de Mintzberg decorrente das suas pressões dominantes. Se por um lado, as estruturas divisionalizadas necessitam

De facto, mais do que representar um ou outro tipo de estruturas organizacionais, os hospitais, neste quadro de alterações jurídicas, contêm elementos que não fazem deles formas puras de burocracias profissionais, tal como no passado, não perdendo, contudo, os seus traços únicos de profissionalismo.<sup>134</sup>

Como se viu anteriormente, o objectivo com a descentralização de competências para o nível organizacional acaba por ter uma validade limitada, não estando em causa um efectivo aumento da autonomia na tomada de decisão dos CA. Constrangimentos financeiros, associados à presença política no espaço organizacional exige a criação de instrumentos económicos e de gestão suficientemente rigorosos para atingir a tão ansiada previsibilidade entre os objectivos políticos e os resultados organizacionais. É, deste modo, que se interpreta a contratualização da actividade hospitalar, ou em rigor, a dupla contratação da actividade hospitalar, pois esta ocorre, tanto entre a tutela e cada hospital, como entre cada hospital e os seus serviços médicos. Ora, este equilíbrio financeiro e de desempenho apenas pode ser assegurado pelo reforço de processos tipicamente burocráticos (e.g. a existência dos próprios contratos onde se prevê a actividade futura em função de experiências passadas, a avaliação de desempenho, a informatização da actividade clínica, a existência de auditorias, etc.), o que confirma a hipótese colocada por Mintzberg (1992) de que a forma divisionalizada depende de um elevado controlo

---

de um acentuado poder administrativo sobre o núcleo operacional, garantindo um eficiente desempenho de cada unidade, a quem são delegadas responsabilidades, a burocracia profissional, por outro, retém o seu poder de baixo para cima, não sendo possível garantir um controlo administrativo tão acentuado, dada a existência de uma pressão para o profissionalismo: “*What makes a structure divisionalized is managerial or unit autonomy, not Professional autonomy*” (p. 220). O argumento de que esta combinação – burocracia profissional divisionalizada – é a única não prevista pelo autor decorre da sua total ausência na esquematização que o autor apresenta para demonstrar as complexas relações entre os cinco tipos-ideais: burocracia simples, burocracia profissional simples, estrutura simplificada, adhocracia empreendedora, burocracia profissional/adhocracia, adhocracia divisionalizada, forma divisionalizada pela socialização, forma divisionalizada personalizada (Vd. Mintzberg, 1992: 286 – 7).

<sup>134</sup> De facto, as alterações que estão em causa nos hospitais são algo distintas daquilo que Mintzberg (1992) apresenta como exemplo de transformação de uma burocracia profissional por uma estrutura divisional: as universidades alemãs do início do século XX, que conferiram um elevado poder aos gestores de departamento. Por outro lado, é importante não fazer uma leitura redutora desta proposta. Como o próprio autor chama a atenção, estas cinco configurações são os tipos-ideais de forças existentes nas organizações modernas, não negando a sua múltipla existência em organizações do mesmo sector de actividade, ou mesmo dentro de uma organização.

burocrático de forma a garantir uma gestão rigorosa de todas as unidades autónomas internas à organização.

A aposta central do modelo de empresarialização dos hospitais seguido em Portugal tem então sido a criação de níveis intermédios de gestão no interior das organizações (os departamentos médicos ou os centros de responsabilidade integrada), responsabilizados pela sua gestão física, patrimonial e de recursos humanos. Dado que esses níveis contratualizam a sua actividade, segundo a mesma base da contratualização entre o hospital e a tutela, são necessárias a cada uma dessas unidades estruturas internas diferenciadas cujas características e lógicas de funcionamento são restritas a esse espaço de profissionais e de doentes. Se por um lado, é possível argumentar a existência de uma tendencial diferenciação interna entre os prestadores do SNS, por outro lado, uma diferenciação em moldes muito semelhantes pode ser encontrada nos hospitais alvo de novos modelos de gestão. Aliás, os riscos de diferenciação no interior dos hospitais acabam por ser mais significativos, dada a descentralização de competências do CA para cada um desses níveis (gestor-médico) ser muito mais efectiva e não de forma tão condicionada como a relação contratual entre a esfera governamental e os CA (tutela-gestor).

É aqui que entram as características do profissionalismo típico das burocracias profissionais. Dado que são profissionais (médicos) os responsáveis pela gestão destas micro-estruturas internas ao hospital, o controlo decisional acaba por correr maiores riscos em não sair do núcleo operacional. Se antes destas alterações os directores de serviço tinham uma autonomia relativamente restrita de gestão física, patrimonial e de recursos humanos dos seus serviços, agora, os médicos responsáveis por estas unidades vêm reforçado o seu poder profissional.

Esta questão volta a trazer para debate o argumento de que o sector público, sob o processo de empresarialização, apresenta dinâmicas distintas em relação àquilo que foi a sua construção no quadro do desenvolvimento das sociedades industriais. Um dos exemplos que mais facilmente comprova esta afirmação decorre do facto de Mintzberg considerar a estrutura divisionalizada como uma forma de organização típica do sector privado, argumentado que o traço potenciador das divisões seria impensável de assistir numa lógica verdadeiramente uniformizada de sector público:

If a superior is to have complete confidence in His subordinates, he must have some measures of control over who His subordinates are. He must have a degree of freedom in

their selection, their discipline, and if necessary their transfer or dismissal. The federal civil service system, however, places restrictions on such freedom (Worthy, 1959: 113, op. cit., Mintzberg, 1992: 251).

Actualmente, com um mercado de trabalho relativamente desregulado e em que os saberes profissionais constituem a base da mercadorização dos profissionais, um superior hierárquico (director de serviço ou responsável por centro de responsabilidade integrado) tem uma liberdade efectiva na escolha dos profissionais que pretende contratar para a sua unidade. Não está em causa apenas a contratação de médicos, mas também elementos pertencentes ao apoio logístico, em que no caso específico dos serviços hospitalares se baseiam em funções administrativas e de secretariado.<sup>135</sup> Veja-se o seguinte excerto de um director de serviço que pretende transformar o seu serviço num centro de responsabilidade integrado, portanto numa forma divisionalizada:

O CRI representa uma autonomia financeira e administrativa que, para nós, seria o ideal, não é? Porque nós tínhamos de contratualizar com o hospital determinadas metas, facturávamos para o hospital o que nós fizéssemos e depois no fim pagaríamos os nossos ordenados. No fim dos lucros que dêssemos ao hospital uma parte era-nos distribuída para investimentos e para as pessoas. (...) Agora, com esse dinheiro posso contratar anestesistas próprios, posso contratar especialidades que me fazem falta, posso contratar as pessoas que complementem o meu grupo multidisciplinar que ainda me fazem falta. (...) Eu com o dinheiro dos transplantes consigo pagar um psiquiatra, um psicólogo, secretárias clínicas. (Cirurgião, AA133)

Das ideias presentes, três conclusões são possíveis de retirar. Em primeiro lugar, a escolha dos profissionais necessários a essas estruturas ocorre em áreas de elevada diferenciação médica, sendo preponderante que o perfil profissional corresponda ao projecto científico pensado pelo médico responsável por essa estrutura autónoma e divisionalizada. Esta questão coloca novamente o problema da capacidade orçamental dos hospitais, e neste caso destas unidades intermédias terem uma dotação orçamental suficiente que lhes permita concorrer no mercado pelos recursos humanos mais adequados. Em segundo lugar, é inequívoco que o profissionalismo médico fica reforçado com a

---

<sup>135</sup> Eis um outro exemplo de como estas dinâmicas hospitalares compatibilizam o único arranjo organizacional não considerado por Mintzberg (burocracia profissional e estrutura divisionalizada). Se por um lado, são criadas as tais unidades intermédias a quem são delegadas responsabilidades de gestão, como a estrutura divisionalizada pressupõe, por outro lado, tal como é típico entre as burocracias profissionais, a tecnoestrutura destes espaços (funções de organização dos métodos de trabalho, planeamento e controlo e de formação) é praticamente inexistente, dado que essas são áreas sob o controlo da jurisdição profissional.

inclusão de competências de gestão física, patrimonial e de recursos humanos nos seus projectos de profissionais. Em terceiro lugar, os pressupostos, dinâmicas e resultados destas unidades intermédias não são generalizáveis. Deste ponto de vista, e confluindo com os argumentos de Mintzberg (1979, 1992), o sucesso já verificado destas estruturas noutros hospitais do país e em exemplos paradigmáticos no estrangeiro não depende do modelo, mas da forma como são concretizados em função de factores relacionados com a liderança médica, com a estrutura de financiamento dessa actividade médica (os já designados GDH) e com as características do próprio mercado (grau de concorrência pela captação dos recursos humanos pretendidos e a existência de outros prestadores públicos ou privados na mesma área de actividade).

Sistematizando então os argumentos que suportam a ideia que os hospitais apresentam uma configuração típica entre elementos da burocracia profissional e da estrutura divisionalizada, importa considerar os seguintes aspectos condensados no quadro 3.5. (coluna do meio):<sup>136</sup>

- Tal como teoricamente Mintzberg prevê, as estruturas divisionalizadas são a resposta encontrada por burocracias antigas e de considerável dimensão para responder à necessidade de adaptação promovidas pelo mercado. Como se viu no sector hospitalar, a pressão do mercado faz-se sentir sobretudo pela captação de recursos humanos e por um desenvolvimento científico e tecnológico exigente na tentativa de afirmação de uma área de conhecimento médico diferenciado;
- Formas divisionalizadas não se cingem ao sector privado. Aliás, a sua implementação nos hospitais públicos, mais do que impulsionada pelo mercado, decorre de um interesse governamental perante um contexto financeiro e orçamental tendencialmente restritivo. Importa, por isso, não esquecer que os hospitais públicos são fortemente permeáveis à tutela política, tanto pela centralidade que ocupam no sistema de saúde português, como pelo peso do seu financiamento nas contas públicas;

---

<sup>136</sup> Isto não significa que todos os hospitais assumam este tipo de configuração. Estes são princípios genéricos cuja concretização pode assumir contornos amplos e variáveis. Por outro lado, e dado que este tipo específico de configuração organizacional decorre de medidas directamente associadas à NGP, é necessário compreender que os seus resultados, além de se irem revelando a diferentes ritmos, podem não ser generalizados a todos os prestadores devido a imposições governamentais.

- Consequentemente, a articulação entre a burocracia profissional e a estrutura divisionalizada, que nas suas formas puras são suportadas por pressões mutuamente exclusivas – ora para o profissionalismo ora para a balcanização –, tem sido a solução para responder à exigência de previsibilidade e de controlo da autoridade profissional, o que, em todo o caso, é garantido por intermédio de um reforço dessa mesma autoridade;<sup>137</sup>
- Deste ponto de vista, os hospitais públicos, associam à sua função de prestadores públicos de cuidados de saúde, a função típica das estruturas divisionalizadas: a orientação para a sustentabilidade económica da sua actividade pela standardização pelos resultados. Aliás, este argumento constitui mais uma prova de aproximação da actividade pública àquilo que outrora foi exclusivo do sector privado.<sup>138</sup>

Comprovado que, por motivos de ordem política e financeira, o hospital empresarializado tende a assumir uma configuração única que faz dele uma burocracia profissional divisionalizada, importa perceber a partir do caso empírico em estudo as forças que suportam e reforçam estas estruturas internas às organizações hospitalares.

O entendimento quanto a esta questão exige que se discuta o argumento de Mintzberg (1992), segundo o qual as formas divisionalizadas são “*estruturas à beira do abismo*” (p. 252). Por diversas vezes, já se fez referência que quando o autor abordou esta configuração organizacional, fê-lo com base em pressupostos não verificados nos dias de hoje. Porventura, o mais significativo, e que também já se deu conta, foi uma actividade pública tendencialmente mais próxima daquilo que ao longo do século XX foi próprio do sector privado. Neste sentido, sabendo que os hospitais públicos vêm na divisão das suas estruturas intermédias parte da solução para a sua adaptação às restrições verificadas no financiamento da sua actividade, será necessário uma atenção mais pormenorizada ao modo como as formas divisionalizadas não têm que tender simplesmente para o abismo, sobretudo por se tratar de organizações públicas. Mesmo assim, não é o facto de uma organização pertencer ao sector Estado que a sua continuidade e imutabilidade estão

---

<sup>137</sup> Assunto em discussão no ponto 8.3.

<sup>138</sup> Não será por acaso que Mintzberg considerou as formas divisionalizadas como estruturas típicas do sector privado. É mais um dos exemplos que demonstra que a actividade pública de hoje revela dinâmicas recentes que outrora eram próprias do sector privado.

garantidas. Volta a estar em causa particularismos dos hospitais que fazem deles estruturas realmente únicas. A aposta na divisão e autonomização das estruturas intermédias, no hospital em estudo (mas como dinâmica geral do sector), tem sido a forma encontrada para garantir a continuidade organizacional. Trata-se do desfecho oposto ao considerado por Mintzberg, segundo o qual estas organizações “puras” caminham para uma desintegração decorrente de um gradual descontrolo da cúpula estratégica em relação às suas partes constituintes tendencialmente mais balcanizadas. É aqui que entra o profissionalismo como elemento explicativo para que as estruturas divisionalizadas estejam a ser altamente funcionais para a actividade hospitalar moderna. Se por um lado, é inequívoca uma maior regularidade de conflito entre cada unidade nos hospitais onde existem estruturas desta natureza, por outro, quanto mais reforçada estiver pelo menos uma dessas unidades, mais condições a organização hospitalar tem para continuar a existir. Além disso, é típico das burocracias profissionais a existência de formas autonomizadas de poder entre os profissionais, daí o não controlo externo e muitas vezes interno à actuação médica.

Esta situação é explicada por um contexto que importa não esquecer, em que a racionalização da actividade estatal dita que a decisão de continuidade ou não de um serviço público esteja sobretudo dependente de critérios de natureza quantitativa.<sup>139</sup> Indicadores como os resultados financeiros, a produtividade anual ou a abrangência de mercado são aspectos preponderantes para a garantia de continuidade desse serviço dotado de uma estrutura divisionalizada. Ora, no caso da actividade médica, as formas divisionalizadas são implementadas a unidades (geralmente serviços) que, pela diferenciação da actividade aí prestada, mas também pelas formas de financiamento (já se chamou a atenção para os GDH), exigem um “*renascimento do profissionalismo*” como forma de prosseguir uma gestão mais adaptada a todo o tipo de exigências sistémicas analisadas anteriormente.<sup>140</sup>

Retomando a questão previamente levantada, estão em causa forças que produzem e reforçam divisões internas à organização, o que se traduz na conflitualidade inerente a este funcionamento. Envolve formas de profissionalismo balcanizado, contrárias à base do profissionalismo que suportou o processo de profissionalização da profissão médica. A

---

<sup>139</sup> De forma a evitar uma interpretação demasiado restritiva desta afirmação, o leitor deve perceber que o peso da quantificação não anula outros argumentos na legitimação da decisão política sobre a actividade estatal. No entanto, é inequívoco que hoje em dia qualquer decisão a estes níveis não ignora a ponderação de critérios de natureza quantitativa.

<sup>140</sup> Expressão que remete para o título da obra de Freidson (1994).



prova desta diferenciação interna da medicina, com importantes consequências quer sobre os projectos profissionais, quer sobre a posição detida pela profissão nos hospitais e ainda sobre a própria construção social da sua imagem, fica patente nos dois excertos que abaixo se transcrevem de um director de serviço, ao legitimar a necessidade de uma vocação do hospital para a unidade divisionalizada que pretende instituir no hospital sob a forma de um Centro de Responsabilidade Integrado:

O hospital tem valências que não fazem qualquer sentido. Faz-me falta outras que fazem sentido para o centro [de responsabilidade] e as especialidades que há são especialidades que foram herdadas de há 100 anos. (...) Eu preciso de uma gestão que compreenda que o hospital isolado [o seu interesse é a integração do hospital num grupo hospitalar] só serve interesses de paróquia, interesses mesquinhos (...) os serviços como estão organizados em Portugal não estão adaptados à realidade...são quintas, há uma quinta de cirurgia, uma quinta de medicina, uma quinta de urologia...

Depois do hospital ter saído [de um conjunto de hospitais historicamente próximos] (...) ficámos orgulhosamente sós, ora orgulhosamente sós vamos ser um hospital distrital. Se nós caminhar para ganhar dimensão e para podermos...temos que deixar de ter umas coisas para poder ter outras (Cirurgião, AA13)

As palavras do entrevistado convergem com o argumento referido anteriormente de que sem uma área de diferenciação médica o hospital perde na concorrência directa com outros hospitais públicos pelo financiamento estatal. O interesse desta ideia reside na prova de que a diferenciação interna ao SNS está a transformar um sector outrora relativamente uniformizado num sector díspar. De facto, neste caso, o problema não se coloca em termos da concorrência impulsionada com o sector privado, dado a área da transplantação estar actualmente monopolizada no sector público.

Esta evidência volta a reforçar a hipótese que tem vindo a ser colocada ao longo desta discussão, segundo a qual os processos característicos do sector público convergem com processos outrora característicos do sector privado. Do ponto de vista da gestão hospitalar, esta diferenciação médica, mais do que prejudicial aos projectos profissionais dos gestores, tende a ser entendida como uma mais-valia. A justificação está na forma de financiamento dessas actividades que, como se viu num excerto anterior, permitem transferências suplementares pagas pelo SNS, tanto aos profissionais como ao próprio hospital. Além disso, o reconhecimento da diferenciação do hospital no conjunto dos prestadores públicos é algo valorizado pelos gestores, daí a maior protecção a essas áreas de actuação:

Se quiser, em termos médicos é um hospital muito diferenciado, isto é, com um nível de complexidade muito elevado (...), diria que, está provado nos nossos números, que é uma

grande capacidade de atracção de doentes fora da área de [...], isto é, é um hospital central mas que tem uma grande apetência para atrair doentes de fora da chamada área de influência directa (...). Portanto, é um hospital que tem qualidades de funcionamento elevadas e qualidades técnicas muito boas. (...) Na área cirúrgica temos áreas de grande qualidade técnica e outras menos: temos uma cirurgia hepato-bilio-pancreática forte e poderosa e com prestígio nacional e internacional (...). A transplantação ganhou camas e ganhou conforto (...) em prejuízo de outro serviço que foi prejudicado. (...) Portanto, como vê as decisões não foram todas no mesmo sentido em termos de dar a uns tudo igual, não!!! (Gestor, membro do CA – AG2)

Obviamente que o peso dos transplantes tem muito impacto, e porquê? Porque contribui muitíssimo para o índice de *case mix* do hospital o que depois se vai reflectir em termos da valorização económica da produção (Gestor, membro do CA – AG1)

Estes excertos demonstram que, apesar dos hospitais públicos deterem funções muito específicas relacionadas com o assegurar de um interesse comum, o raciocínio na sua gestão é assumida em torno de critérios de competitividade, quer pela eficiência dos recursos, mas também – ou principalmente –, pela diferenciação dos cuidados aí prestados.

Posto isto, e sabendo da co-existência de diferentes configurações organizacionais no interior do hospital, impulsionadas pelo modo de financiamento da actividade médica, torna-se inequívoco que esse processo é também responsável pelo acentuar da hierarquização e concorrência entre as diferentes especialidades médicas. Em linha com o que Mintzberg (1992) afirma ser a existência de múltiplas forças nas organizações, o profissionalismo divisionalizado aparece como a possibilidade de reforço da autoridade médica no quadro de uma actividade hospitalar pensada sob imperativos financeiros, não sendo, contudo, uniformemente detido pelas várias especialidades médicas. Convocando, então, a tipologia proposta por Chauvenet (1973) os processos associados à NGP vêm dar visibilidade a demarcações estabelecidas pela autora há quase 4 décadas, dado que mais do que nunca a medicina interna e a cirurgia posicionam-se em lugares simétricos na capacidade de reforço de autoridade e de controlo dos seus espaços de autonomia.

Contudo, desta afirmação não se pode concluir que o profissionalismo médico dos especialistas de medicina interna esteja ameaçado pela gestão hospitalar. Na realidade, os pressupostos que permitem à medicina a sua posição dominante nas estruturas hospitalares não são afectados. A discricionariedade do saber médico não é posta em causa, nem tão pouco se verificou um aumento do controlo managerialista na estruturação do trabalho assistencial, ou qualquer interferência da gestão nas relações assimétricas de poder entre a medicina e os restantes saberes profissionais em presença.

Ainda assim, sabendo que os imperativos financeiros são determinantes na organização da actividade hospitalar moderna, torna-se fundamental para o reforço do profissionalismo médico a posse de *expertises* diferenciados e uma organização da actividade assistencial compatível com a natureza quantitativa dos critérios de gestão hospitalar. Daí advém o interesse governamental de aposta e incentivo aos domínios médicos e uma conseqüente melhoria do financiamento dessas actividades. Além disso, deve ser equacionado o maior interesse de investimento por parte do sector privado, tanto ao nível da investigação, como ao nível da comercialização de instrumentos e suportes à acção terapêutica nesses domínios.

Ora, a base do saber, da prestação e da posição da medicina interna no hospital não se coaduna com uma lógica de pensamento voltada para a rentabilização, rotação e autonomização de financiamento.<sup>141</sup> Como Chauvenet (1972) refere, os serviços de medicina interna assumem um estatuto eminentemente de retaguarda dos serviços médicos mais especializados, acabando por servir como porta de entrada para as doenças indiferenciadas. Situação que se vê agravada pelo crescente envelhecimento da população, fazendo destes serviços verdadeiros depositários de pessoas em idade avançada. São os chamados “casos sociais” que resultam do esquecimento de familiares, a par da incapacidade institucional do Estado para enquadrar essas pessoas fora destes serviços, pelo menos com a rapidez exigida pela eficiência da gestão:

Entra-se e o cheiro é diferente. Cheira a corpo, mas um cheiro a corpo diferente. Não é um cheiro sujo, apenas um cheiro a corpo, como se corpos e corpos estivessem amontoados. Não estão. Tirando a constante presença de algumas macas com idosos que ocupam espaços de passagem à espera que outros se vão, o espaço comporta os corpos existentes. Mas há um cheiro...e que cheiro! Não sei ao que cheira, cheira simplesmente a corpo. No entanto, pior que o cheiro são os gemidos. Uns rompem de forma aleatória, mas a repetitividade de outros transporta-me para um contexto asilar. Incomoda-me o som e incomoda-me ver os profissionais já indiferentes. Indiferença que traduz um ritmo de trabalho que não permite paragens constantes para atender sempre que os gemidos emergem e que me dá a certeza que aquele não é o local para estas pessoas. São velhos os que gemem. São caras que vão ficando ao longo das minhas visitas. Quando estou incomodado com o cheiro e com o som subo. Vou até à enfermaria de cirurgia. Não há cheiros e som ambiente vem de colunas instaladas ao longo dos corredores. Aqui a música é outra. (in notas do diário de campo)

De facto, a natureza rotinizada da prática assistencial que a medicina interna é chamada a fazer acaba por deixá-la refém de uma posição difícil de concorrer com outros

---

<sup>141</sup> Argumentos que convergem com as conclusões apresentadas por Costa (2005), segundo o qual a gravidade das doenças e o risco médico são dos principais factores que influenciam a justificação do consumo de recursos hospitalares.

serviços mais necessários à moderna gestão hospitalar, como se viu, para dimensões centrais como a captação de financiamento para o hospital e o reconhecimento científico da qualidade da prestação de cuidados de saúde diferenciados:

O dinheiro que entra no hospital...entra mais dinheiro através da cirurgia do que dos actos médicos, a medicina só serve para gastar dinheiro. É evidente que eles depois quando estão em apuros chamam-nos a nós (...). Enquanto trabalhei com doentes transplantados nós é que ficávamos com os doentes transplantados hepáticos nas primeiras horas, e nunca...as equipas recebiam incentivos e nós, as pessoas que trabalhavam na UCI [Unidade de Cuidados Intensivos], pelo menos era assim, não tínhamos incentivos nenhuns. (Internista, AB2)

Tanto por via da natureza indiferenciada da grande maioria da actividade assistencial da medicina interna, como pela invisibilidade da sua posição (em relação às restantes especialidades médicas, à gestão hospitalar e mesmo à esfera política), acaba por haver implicações no envolvimento destes profissionais com o seu trabalho e na sua motivação para o desenvolvimento de outros domínios além da prática assistencial quotidiana, como é o da investigação científica. Motor de financiamento, de reconhecimento inter-pares e de projecção do serviço para a renovação geracional do pessoal médico, um serviço sem investigação clínica não está preparado para lidar com as exigências colocadas não só pela NGP, mas por uma concepção científica da medicina centrada na produção científica nacional e internacional.<sup>142</sup>

A parte mais difícil nos serviços de medicina é a motivação do pessoal médico. Ou vai buscar motivação ao prazer de ser útil e exercer a sua profissão ou então se cai numa rotina acaba [por não ter] motivação para que faça um bocadinho mais ou que se esforce. (Internista, AB8)

Se por um lado é verdade que as formas de profissionalismo divisionalizado são determinantes para o reforço do poder médico nas organizações hospitalares, por outro lado, importa considerar que a emergência e consolidação de uma área médica divisionalizada dificilmente permite a existência de outras em seu redor. Dito de outro modo, a divisionalização das organizações hospitalares implica uma concentração de recursos e de outras valências médicas em sentido tal, que dificulta a compatibilização e co-existência destas estruturas na mesma organização.<sup>143</sup> Além disso, torna-se difícil garantir uma gestão hospitalar em que na sua estrutura co-existam formas de

---

<sup>142</sup> Aliás, este impulso para a publicação e disseminação científica não é específico à área médica, sendo uma determinante relativamente transversal entre os domínios científicos.

<sup>143</sup> Recorde-se o excerto apresentado na página 203 do entrevistado AA13.

profissionalismo médico não necessariamente convergentes, por estarem circunscritos aos seus interesses técnico-científicos. A única possibilidade de compatibilizar várias estruturas médicas verdadeiramente divisionalizadas decorre das respectivas áreas de actuação não exigirem os mesmos recursos periféricos, ou da existência de estruturas de apoio a essas actividades em número suficiente para a sua co-existência. Como se percebe, quanto maior a dimensão da organização hospitalar mais facilitada é a sua muti-diferenciação:

Ainda por cima é uma figura de peso dentro do hospital [director de serviço de cirurgia]. Acaba por haver um choque de autoridade ou alguma perda de autoridade do CA, e depois, lá está, voltamos ao exemplo dentro do próprio hospital porque depois é sempre para ele, é sempre com ele, é sempre para a área dele, o que causa alguns frisson (...) (Gestor, membro do CA – AG1)

No caso do hospital em análise foi notória a concorrência pela consolidação de duas áreas médicas divisionalizadas no mesmo serviço de cirurgia: a transplantação e cirurgia hepato-bilio-pancreática e a cirurgia de obesidade. Para a emergência de qualquer área médica divisionalizada é necessária a conjugação de um conjunto de factores de natureza política e científica. Em termos científicos, a área médica, além de altamente diferenciada, tem que possuir uma técnica rentável e minimamente segura do ponto de vista da sua actuação, abrangendo um conjunto alargado de patologias:

Percebi no começo dos anos 80 que ia ser inevitável que um serviço moderno de hepatologia que tratasse as doenças do fígado ir ter que oferecer no futuro o transplante. E em 1983 apareceu a ciclosporina de aplicação clínica. Foi uma nova era do transplante. (...) Aquilo era uma área que ia ter desenvolvimento e que o aparecimento da Hepatite C, a verdadeira epidemia, que o cancro do fígado ia aumentar e que as cirroses hepáticas iam ter com certeza no futuro que ser transplantadas como já eram esporadicamente na Europa (Cirurgião, AA13)

Os factores políticos de suporte ao desenvolvimento de actividades altamente diferenciadas dizem respeito às políticas governamentais para a saúde e, consequentemente, ao preço definido para cada procedimento em função das prioridades definidas:<sup>144</sup>

Se isto levar uma volta e se algum dia... não é? Se deixar de haver o regime de incentivos ao transplante eu estou arrumado, não é? Tenho 61 anos, não tenho 40 ou 35. Portanto, ou me

---

<sup>144</sup> É o caso concreto do Programa para o Desenvolvimento da Transplantação, regulado em 1996 e o Programa Nacional de luta contra a Obesidade, ainda em elaboração (Cf. Direcção-Geral da Saúde, 2004).

deixam andar para a frente com isto ou provavelmente tenho que voltar à privada. (Cirurgião, AA13)

A área da obesidade é uma área que interessa a várias entidades que funcione no melhor sentido possível. (...) neste momento é muito mais interessante ainda, vai ser financiada de maneira diferente daquela que era. Portanto, há um financiamento próprio para a cirurgia da obesidade (Cirurgião, AA2)

A presença destas duas áreas cirúrgicas no mesmo serviço comprova o argumento referido anteriormente sobre a incompatibilização de estruturas organizacionais divisionalizadas em áreas médicas próximas. Neste caso, a proximidade respeita um mesmo serviço médico em que se demarcam duas posições antagónicas. Este antagonismo ultrapassa a especialização da actividade médica (aquilo que os médicos habitualmente designam por “vocação do serviço”), envolvendo todo um conjunto de conflitos pessoais e profissionais iniciados com a entrada do actual director de serviço.

Relembrando um dos pressupostos teóricos que suporta esta investigação, está em causa o papel activo dos agentes sociais na configuração dos espaços das possibilidades. No caso concreto de concorrência pela especialização do serviço nestas duas áreas é notório esse papel permitido pelo lugar de direcção de serviço:

Nós estamos muito condicionados pela posição da direcção do serviço. (...) A área da cirurgia geral, neste momento, está prejudicada porque não se consegue progredir em área nenhuma porque há sempre uma oposição do director. (...) Esta área é do interesse do hospital, [há] outros serviços interessados, e o próprio ministério tem interesse que essa patologia [obesidade] se trate. Agora, estamos um bocado limitados (...) (Cirurgião, AA2)

No entanto, também por intermédio do interesse ministerial, o hospital não tem interesse em deixar cair a especialização em torno da cirurgia de obesidade. A solução encontrada passa assim pela compatibilização daquilo que é aparentemente incompatível, desagregando ambos os domínios de actuação em dois serviços médicos distintos e autónomos entre si no que respeita à definição dos objectivos técnicos e científicos. Esta situação prova a existência de forças desiguais no interior da profissão médica, deixando uma sub-área de especialização médica notoriamente dependente da acção externa da intervenção managerial na autonomização de dois serviços cirúrgicos. Comprova-se assim a hipótese de impossibilidade de co-existência de formas divisionalizadas em áreas científicas, técnicas e de recursos semelhantes, sobretudo por intermédio do poder e interesse exercidos pelos seus responsáveis, os directores de serviço.

Faz-se aqui um à parte sobre os conflitos que habitualmente envolvem a sucessão das direcções de serviço. Estas situações relativamente habituais nestes contextos encontram explicação na evolução histórica dos hospitais e a sua íntima relação com o processo de profissionalização da medicina. O âmbito das competências médicas ultrapassa, por si só, a poderosa natureza discricionária dos seus saberes, abrangendo a definição de toda a gestão assistencial, científica e técnica do serviço.

Contrariamente aos restantes órgãos de gestão dos hospitais, a direcção de serviço mantém como característica a natureza vitalícia do desempenho dessas funções. Representa o lugar de maior destaque na organização hospitalar, pois além do poder na estrutura interna da profissão permite o exercício de poder em relação à gestão hospitalar. Aliás, é decorrente destes processos que a vinculação profissional e afectiva dos médicos passa muito mais pelos serviços do que pelo hospital, o que explica muita da dificuldade na produção discursiva dos médicos em relação a questões relativas à gestão hospitalar. Na realidade, foi recorrente a ideia de que a gestão e os gestores hospitalares constituem um mundo afastado do seu quotidiano profissional, o qual entendem ser delimitado pelo respectivo director de serviço:

Em termos da gestão de, depois de...(pausa)... não sei muito bem como é que está a funcionar...neste momento não faço ideia do que é que vai acontecer, do que é que nos tem acontecido, e quero ficar um bocadinho longe disso (risos) (Internista, AB4).

Mas retomando a discussão sobre a não co-existência de estruturas divisionalizadas em áreas de proximidade, a ideia central baseia-se numa concepção médica tendencialmente mais especializada e, por isso, mais dependente da canalização de um maior número de recursos em torno da sua actividade. De facto, a quantificação não representa somente a lógica de actuação do campo científico da gestão, sendo o principal suporte para o reconhecimento da qualidade médica nos tempos actuais. Novamente a medicina interna e a cirurgia apresentam clivagens significativas nas respectivas abordagens. Enquanto a primeira traduz uma concepção mais antiga da medicina, centrada numa vertente generalizada do corpo e das patologias, em que a procura do diagnóstico ocorre ao longo do corpo do doente, o caso da cirurgia, e em particular da vertente hepato-bilio-pancreática impulsionada pelo actual director, é paradigmática de uma hiper-especialização em torno de um grupo restrito de órgãos, em que o corpo humano é espalhado nas suas diferentes funções constituintes.

Depois do cumprimento rigoroso dos procedimentos de desinfectação acompanho o cirurgião na entrada na sala do bloco. Somos os últimos e tudo está preparado. Fico de frente para o corpo tapado enquanto a operação tem início. A acção do cirurgião está duplamente circunscrita: circunscrita a uma parte do abdómen e circunscrita a um orifício por onde este actua. É um corpo-objecto que ali está. Estranho não sentir nervosismo na primeira vez que assisto a uma operação. Este corpo está desprovido de tudo o que me faz lembrar uma pessoa. É um objecto que está a ser manipulado. Dou a volta à marquesa em direcção à parte de trás do lençol. Subitamente deixa de ser um mero corpo! O nervosismo que procurava invade-me. Estou perante alguém e não algo. Vejo uma cara, vejo a pessoa. Não é mais um corpo-objecto, mas um corpo-sujeito. (...) Nos dias que se seguem, o meu primeiro objectivo quando chego à enfermaria é procurar a cara pertencente ao corpo. Foi o doente que mais acompanhei na enfermaria enquanto lá estive. Às vezes ele perguntava-me “está tudo bem dr.?” Percebia então que tinha ficado tempo demais a olhar um corpo que tinha deixado de ser um objecto (in notas do diário de campo)

Sinónimo de qualidade e competência, de experiência e de melhores resultados, a quantificação permitida pela especialização dos saberes médicos não pode simplesmente ser encontrada na natureza da actividade da medicina interna. A mais-valia que os internistas vezes sem conta associaram à abrangência dos seus saberes representa, na verdade, o principal motivo de não adequação à quantificação tão ansiada pelos gestores e por outras especialidades médicas:

O que eu mais gosto é efectivamente o contacto com o doente (...) portanto, é o diagnóstico, gosto de fazer investigação de diagnóstico. De fazer um bocadinho como o Sherlock Holmes da medicina, procurar os pormenores para ver se me ajuda no diagnóstico. Ver o doente como um todo e depois ver as pequenas partes. É, no fundo, um jogo, um quebra-cabeças. É um jogo em que nós vamos encaixar as peças (Internista, AB2)

De facto, além de todos os condicionalismos externos à prática médica e que afectam os indicadores quantitativos da medicina interna – os chamados casos sociais –, é a natureza dos seus procedimentos e a forma como se constrói o diagnóstico médico por um princípio de exclusão de partes e de tentativa e erro que não se coadunam com o modo como se espera que a actividade médica hoje em dia seja praticada. Uma vez mais, volta a ganhar evidência que a tónica está colocada nos resultados (quantitativos) ignorando os processos necessários para esse fim. Contudo, a expectativa continua a ser que os resultados dos serviços de medicina interna do hospital (não apenas o serviço observado) representam problemas de ineficiência de gestão que necessitam de ser corrigidos.

Em todo o caso, nenhuma destas situações em análise, tanto o lugar da medicina interna perante a cirurgia, como o lugar das duas sub-áreas cirúrgicas especializadas, tem por base um ataque ao profissionalismo médico. O que se equaciona são possibilidades



diferenciadas do seu reforço nas áreas médicas dotadas de estruturas divisionalizadas no interior dos hospitais. Quanto maior for o interesse externo com determinada área médica, mais autonomia é conferida aos intervenientes que estruturam esses espaços de acção.

### **8.3. MANAGERIALISMO E PROFISSIONALISMO: FORÇAS EM SENTIDO CONTRÁRIO?**

No seguimento da discussão até agora apresentada, analisam-se as consequências da NGP para o profissionalismo médico. Como se sabe, o surgimento da NGP tende a ser associado a um ataque ao poder profissional, traduzindo-se em processos de maior vigilância e controlo social às profissões em contextos de valorização de dinâmicas oriundas do mercado privado, como a eficiência, a responsabilização e um necessário poder de escolha por parte dos consumidores (vd. Hood, 1991, 1995).

No entanto, se por um lado, a ideia de que os Estados reforçaram o poder profissional ao longo do século XX, com especial incidência no pós 2ª guerra mundial reúne consensos (e.g. Newman, 1998), por outro, o debate científico não é consentâneo em relação às consequências da responsabilização e quantificação do desempenho dos profissionais verificado nos últimos anos. As posições variam entre a ideia de um enfraquecimento da confiança nas profissões (e.g. Evetts, 2006a) e a ideia que novas formas de poder profissional emergem (e.g. Kuhlmann, 2006) neste contexto de inegável diferença em relação ao que Turner (2006) designara por “era dourada da medicina”.

Falar no poder colegial ou corporativo das profissões tem por base a relação de confiança criada entre o Estado e estas formas de organização de indivíduos em sociedade. O problema associado à confiança nas profissões, segundo Calnan and Rowe (2008), decorre de abusos e de uma falta de controlo, que são tanto mais possíveis quanto mais elevados forem os níveis de incerteza e de risco – pelos procedimentos estarem directamente dependentes das competências de quem os concretiza –, como também quanto maior for a dependência leiga face a formas assimétricas de conhecimento profissional. Ora, estas são precisamente as dimensões que suportaram a confiança médica até às mudanças introduzidas pela NGP, ancorada, sobretudo, na reputação e altruísmo destes profissionais. Foi o chamado contexto da medicina paternalista (*Ibid.*, *Id.*: 72).

Interessa, por isso, interpretar até que ponto a defesa da NGP tem por base uma quebra de confiança profissional, para perceber a relação mantida com o poder profissional

da medicina. Já se teve a oportunidade de defender a ideia que, mais do que um atentado à confiança no sistema pericial por parte do sistema leigo, a NGP traduz uma situação de potencial redefinição de papéis e competências entre saberes profissionais, neste caso medicina e gestão (vd. ponto 7.1.2.). De facto, a presença de gestores nos hospitais, o reforço das competências de gestão dos CA ou o financiamento pela actividade efectivamente realizada deixam transparecer uma confiança nos critérios quantitativos da racionalidade científica da gestão. Foi nesse sentido que se afirmou que à gestão é conferida não apenas uma neutralidade, como também uma superioridade na gestão hospitalar moderna. Se a confiança profissional na medicina reside na discricionariedade dos saberes, por seu lado, a confiança profissional na gestão reside no rigor instrumental e objectivo da quantificação. A NGP representa, assim, a confiança do estado na gestão, deixando entregue à sua racionalidade e instrumentos o modo de pensar a prestação pública de cuidados. A crença reside na ideia de conseguir uma gestão objectiva, unívoca e linear.

Importa perceber o modo como o profissionalismo médico se relaciona com tal crença na racionalidade gestionária. Sendo inequívoca a função do profissionalismo para a redução de gastos, de conflitos e o aumento de eficiência na tomada de decisão (Saks, 1995; Calnan e Rowe, 2008), é relativamente ténue a fronteira que a separa dos prejuízos decorrentes de um controlo profissional fechado dentro da própria profissão. Considerando que as consequências do actual contexto de mudanças na estrutura, acção e cultura do profissionalismo médico estão em aberto (Kuhlmann, 2008), não é de esperar encontrar evidências que apontem de forma inequívoca para a ideia que o poder gerencial implique um esvaziamento do poder médico. Mais, em convergência com outras conclusões de Kuhlmann (2006), a regulação externa ao profissionalismo médico pode transitar para o interior da profissão, acabando por conduzir ao seu reforço.

Onde se pretende chegar é à existência de processos que reconfiguram o profissionalismo médico. Sem dúvida que a confiança leiga e do Estado na profissão é suportada por processos distintos em relação ao anterior modelo tribalista (Cf. Hunter, 1994), dado que à profissão médica é exigida a demonstração da sua utilidade e capacidade de auto-gestão num contexto financeiro restritivo. Importa reiterar que o reforço do profissionalismo médico não é, nem poderia ser, considerado uniforme. Equaciona-se, assim, um conjunto de determinantes responsáveis por níveis variáveis de controlo interno

que as várias especialidades médicas podem mobilizar, sobretudo decorrente da insubstituibilidade socialmente construída em torno do seu saber.

Voltando a trazer para debate as dinâmicas empíricas da transplantação hepática e da medicina interna, existem diferenças estruturais inequívocas naquilo que são os projectos profissionais dos respectivos directores de serviço. Aliás, essas diferenças são de tal modo significativas que permitem traçar dois tipos de serviços médicos em relação ao que constitui a moderna gestão hospitalar – vd. quadro 3.6..

Quadro 3.6. – Traços característicos de dois serviços médicos paradigmáticos

	<b>Medicina interna</b>	<b>Cirurgia</b> (com elevada especialização técnica e científica)
<b>Normatividades e espaços de acção</b>		
Grau de normatividade da direcção de serviço	Reduzido	Elevado
Grau proximidade com a gestão hospitalar	Reduzido	Elevado
Grau de liberdade individual	Elevado	Reduzido
<b>Natureza do trabalho</b>		
Grau de rotatividade dos doentes	Tendencialmente reduzida	Tendencialmente elevada
Grau de diferenciação tecnológica	Reduzida	Elevada
Grau de impacte sobre funcionamento hospital	Elevado pelo lado dos custos	Elevado pelo lado das receitas
Grau de imprescindibilidade na diferenciação do hospital	Reduzido	Elevado
	<b>Serviço médico de base conservadora</b>	<b>Serviço médico de base empresarial</b>

A partir de dois conjuntos de dimensões – normatividades e espaços de acção e natureza do trabalho – identifica-se aquilo que se entende por um serviço médico de base conservadora por comparação a um serviço médico de base empresarial.<sup>145</sup> São notórias as diferenças empíricas praticamente em todos os indicadores considerados, pelo que estes

<sup>145</sup> De salientar que a escolha pela designação conservadora para a definição do primeiro serviço não tem por base qualquer tipo de conotação ideológica ou pejorativa, servindo apenas para melhor classificar os processos aí ocorridos.

serviços acabam por coincidir de forma quase linear com as delimitações analíticas do modelo.<sup>146</sup>

No caso do serviço médico de base conservadora tende a haver uma reduzida normatividade exercida pela direcção de serviço. Vigora uma estrutura hierárquica tradicional, em que apesar do poder formal permitido pelo exercício do lugar, o controlo da actividade profissional dos médicos tende a ser praticamente inexistente. Prevalece uma organização do trabalho através das chamadas “tiras”, em que cada chefe de serviço (lugar de topo na carreira profissional de medicina) tem um conjunto de camas que gere de forma autónoma em relação aos seus pares e em relação à direcção de serviço. Obviamente que a responsabilidade formal do desempenho do serviço é do director, mas isso não se traduz numa constrição das autonomias profissionais dos “chefes”.<sup>147</sup> Parte significativa desta situação fica a dever-se à base da relação entre os médicos e o director de serviço, suportada não num reconhecimento técnico-científico das suas competências, mas sobretudo numa lógica de progressão formal de carreira:

Tinha saído um concurso de promoção, o director antigo saiu e parecia-me lógico que fosse eu por ser mais velho e mais classificado em medicina interna. (...) Projecto de gestão? É um projecto de continuidade como é normal (...) é difícil fazer uma gestão a médio, longo prazo. É uma gestão diária (Internista, AB8).

Jamais trairia o meu director porque independentemente daquilo que penso é uma pessoa por quem eu tenho não é que defender, porque não defendo nenhuma instituição (...). Tenho um respeito institucional, respeito-o independentemente daquilo que penso. Eu estou aqui nesta hierarquia, aceitei as regras do jogo, tomei posse e obedeço às normas. (...) Agora dizer que respeito a instituição ou os cargos...ou seja, respeito os cargos mas não respeito as pessoas que lá estão, por si, [mas] pelo cargo. (Internista, AB3).

[O] meu director de serviço é uma pessoa que está ausente apesar de termos contacto semanal na visita que ele tenta agora ... mas é há relativamente pouco tempo que ele faz a visita. (...) Medidas de gestão que tenham sido passadas nós não temos muito conhecimento.

---

<sup>146</sup> A escolha destas duas dimensões respeitou os processos dominantes responsáveis pela estruturação do trabalho e dos comportamentos dos profissionais. Esta delimitação não significa que todos os serviços de medicina interna e todos os serviços de especialidades cirúrgicas apresentem esta configuração, dado que se tem por referência dinâmicas do caso empírico em observação. Ainda assim seria com alguma surpresa encontrar um serviço de medicina interna capaz de ser categorizado como um típico serviço médico empresarializado. Por outro lado, e dado que nem todos os serviços de cirurgia geral têm na sua jurisdição unidades de transplantação podem existir diferenças significativas em relação às particularidades do serviço de cirurgia em análise.

<sup>147</sup> “Chefe” é uma expressão que os especialistas habitualmente empregam para se referir aos respectivos chefes de tira (in notas do diário de campo).

[Será] através do director de serviço. (...) Eu e o meu chefe [de tira] temos uma relação mais próxima no dia-a-dia. (Internista, AB4).

Como se pode observar, o acesso ao lugar de direcção de serviço continua a respeitar uma reprodução de regras internas à profissão, apesar de estar formalmente instituído que essa escolha por parte do CA não exige como critério o lugar na carreira profissional. O objectivo dessa mudança é precisamente contrariar a dinâmica que acaba por ser identificada, em que os cargos de chefia intermédia, pela importância que representam para a condução de uma gestão activa e responsabilizadora dos profissionais, devem ser atribuídos aos profissionais considerados mais competentes para essa função. Neste caso em particular, percebe-se pelo primeiro excerto que além do desempenho do cargo ter sido atribuído segundo critérios tipicamente associados à reprodução de dinâmicas tradicionais da profissão médica, o projecto de gestão definido reforça o fechamento da medicina aos objectivos prosseguidos pela gestão hospitalar.

De facto, a normatividade da gestão tende a sentir-se de forma muito ténue, a não ser nos casos de regras organizacionais legalmente suportadas ao nível da administração pública e dos regulamentos internos à profissão (e.g. número de médicos por equipa, direito a férias, folgas e formações, escalas e bancos, etc.). Tudo o que diga respeito a medidas circunscritas ao hospital, decorrentes da acção directa da parte do CA, não tende a ter grande implicação na organização diária de um serviço estruturado, sobretudo por um poder profissional fechado sobre si mesmo, próximo àquilo que Hunter (1994) refere por tribalismo. À excepção do director de serviço – como se viu nos excertos anteriores pouco interventivo numa gestão por “tiras” internas ao serviço –, são os médicos responsáveis por cada “tira” os principais elementos estruturadores destes contextos de trabalho. A sua influência faz-se sentir sobre os especialistas mais novos, sobre os internos e sobre os alunos que se associam a cada “tira” em função da matéria leccionada em contexto universitário pelo médico responsável.<sup>148</sup>

Nós estamos habituados a trabalhar de uma determinada forma, e aliás é isso que eu tenho notado mesmo quando fui para [um hospital empresarializado]. Os serviços funcionam...quer dizer, as coisas são muito feitas daquela maneira. Nós temos muita autonomia nessa perspectiva, somos muito autónomos. A direcção [de serviço] interfere

---

<sup>148</sup> Como foi referido anteriormente, não obstante o hospital em análise pertencer à categoria “hospital geral” por não conter nenhuma estrutura universitária, todos os médicos especialistas do serviço estão ligados ao ensino superior da medicina por intermédio de protocolos estabelecidos com uma Universidade portuguesa.

pouco, o CA interfere muito pouco naquilo que nós achamos que deve ser feito. Não estamos muito dependentes nem de mãos muito atadas em relação a isso e, portanto, a impressão que fica sempre é que se deixasse de haver director e deixasse de haver CA as coisas funcionavam na mesma (Internista, AB6)

Com efeito, a capacidade de decisão protegida nos espaços internos à profissão e uma consequente inacessibilidade do controlo externo fazem com que estes contextos de trabalho permitam espaços alargados para a acção individual dos médicos. Como o trabalho é feito, quando e por quem, acabam por constituir domínios de difícil avaliação por estarem directamente dependentes de quem os efectua:

A minha autonomia profissional é receber o doente, fazer a minha listagem para os observar, pedir as hipóteses de diagnóstico, pedir os exames que eu bem entendo, fazer a terapêutica que eu bem entendo (...) eu, neste momento acho que tenho autonomia (Internista, AB2)

A mim? A mim ninguém me controla. Só duas pessoas me podem controlar, são os meus superiores hierárquicos, o director de serviço e a directora clínica (Cirurgião, AA4)

Esta ideia irá constituir a base de discussão que se apresenta no capítulo seguinte. Aí será analisado como os espaços permitidos à acção individual são responsáveis por diferentes mecanismos de estruturação desses contextos de trabalho, dando visibilidade às formas individuais de objectivação dos comportamentos. Ou seja, na ausência de um controlo normativo a maior possibilidade de desvio dos comportamentos leva à necessidade de captar o sentido que os médicos conferem às suas acções e os motivos que estão na sua base.

Olhando agora para estas dinâmicas no serviço médico empresarializado, as diferenças são inequívocas. Em primeiro lugar, a estrutura de autoridade profissional apresenta uma configuração macrocéfala por parte da direcção do serviço. As “tiras” dão lugar a um serviço uniformemente controlado e vigiado, em que os médicos mais antigos perdem parte significativa da sua autonomia individual para uma gestão centralizada. Ao contrário do serviço de base conservadora, um típico director deste serviço, embora continue a ser nomeado pelo CA entre os médicos no topo de carreira, respeita de um reconhecimento e valorização técnico-científica que vão para além do cargo em si mesmo:

O hospital a mim nunca me deu nada, para além das instalações e ter dado condições na vertente da instalação e de equipamento. Nunca foi responsável pela minha formação em nada específico, pelo menos que me lembre. Eu devo, ou, é assim, as pessoas humanas que aqui trabalham...devo muito a muitas pessoas, mas ao hospital em si...O que mais aprecio [no director de serviço] acho que já enalteci as qualidades dele como pessoa, como homem,

---

como homem de ciência, como médico, como pessoa com capacidade para lutar, para levar este projecto do princípio até ao fim (Cirurgião, AA6).

Além de um reconhecimento que legitima a autoridade do director perante os médicos, a sua influência na configuração destes contextos expande-se ainda pela possibilidade de selecção dos profissionais que a desregulação do mercado de trabalho veio permitir:

Num hospital de gestão pública como aquele para onde eu fui, para já não pude escolher as pessoas, as pessoas já lá estavam. Ainda tentei que algumas saíssem e infelizmente para mim ninguém saiu, portanto, tive que me adaptar às pessoas que estavam. (...) No futuro têm que perceber que os directores de serviço têm que poder escolher os seus colaboradores: concursos, critérios de perfil...o que quiser de critérios, não é? Mas têm que poder escolher os seus colaboradores e eu tive que herdar. E os constrangimentos que eu tive no [hospital] foi que [os médicos] já estavam lá (Cirurgião, AA13).

Na realidade, a personalização da equipa médica em função dos interesses e escolhas por parte da direcção do serviço tende a ser muito mais evidente num serviço desta natureza. Se num típico serviço de base conservadora a transição da fase de internato para a especialidade é habitual que ocorra no serviço que formou o médico, no caso de um serviço de base empresarial esta relação pode não ser linear.<sup>149</sup> No período em que o trabalho de campo teve lugar, alguns internos após a realização do exame de inscrição na ordem não tiveram condições para ficar no serviço por opção do director.

A relação de autoridade que o director de um serviço empresarializado mantém com os médicos depende em muito da natureza da relação contratual. No caso de ser um médico do quadro, a sua saída é condicionada pelos instrumentos legalmente em vigor para os funcionários públicos, enquanto a continuidade de um médico contratado depende directamente do interesse do profissional responsável pela sua contratação. Por consequência, os espaços de acção individual nestes contextos são bem mais restritivos em relação aos serviços de base conservadora, sobretudo por intermédio de um poder profissional e não de um maior reforço das competências dos gestores.

Já anteriormente foi analisado em que sentido o facto de haver uma relação mais próxima entre as esferas profissional e gestonária não põe em causa o profissionalismo

---

<sup>149</sup> Em conversas informais mantidas com alguns médicos foi atribuída uma carga valorativa negativa o facto de um interno não querer continuar no serviço como médico especialista. Aliás, é perceptível que parte da segurança no emprego médico também se deve a esta transição estável, que apenas pode ser abalada por acção da direcção de serviço.

médico. Reforça-se agora este argumento, considerando que este tende a ser aumentado graças a um acréscimo das competências de gestão por parte do director de serviço. Nestes casos, e como se comprova no excerto abaixo apresentado de um gestor hospitalar, a gestão serve sobretudo para dar apoio a áreas médicas de elevada rentabilidade em função do modo como as políticas governamentais definem o financiamento da saúde. Na realidade, embora à primeira vista este contexto pudesse revelar uma maior pressão e controlo sobre a actividade médica, o que se verifica é um aumento do profissionalismo médico por intermédio da incorporação de responsabilidades, outrora pertencentes a outras jurisdições profissionais. Simplesmente, a base do poder médico permanece inalterada: <sup>150</sup>

A administração encontrou o modelo de incentivos [à actividade de transplantação] e não mexeu. Portanto, não quisemos nem afrontar nem nos meter no conhecimento aprofundado dos critérios de distribuição de incentivos. É um processo que vem dos médicos. Temos um conhecimento geral sobre os critérios de distribuição dos incentivos, não temos um conhecimento específico nem temos, eu diria, a ambição nem a preocupação de estar a criar critérios diferentes (Gestor, membro do CA – AG2)

Posto isto, traçando um olhar sobre os indicadores da natureza do trabalho, torna-se inequívoco o motivo para uma relação profissão-gestão tão próxima no serviço médico de base empresarial. Uma elevada rotatividade dos doentes, com procedimentos médicos dotados de uma elevada diferenciação tecnológica, imprescindível para a imagem científica e política do hospital, além de constituir uma parte importante do seu financiamento, contrasta com uma menor rotatividade de doentes, procedimentos menos tecnológicos e elevados custos típicos de serviços médicos de base conservadora.

Em rigor, mais do que estar em causa o binómio da natureza das doenças – crónica/aguda – é a natureza dos procedimentos médicos que justifica estas diferentes formas de medicina. A tecnologia e o *expertise* envolvidos em procedimentos cirúrgicos, sobretudo de transplantação, tendem a assumir-se como mais preponderantes do que a base

---

<sup>150</sup> Revejam-se as citações das páginas 199 e 203 respeitantes à criação de um Centro de Responsabilidade Integrado (CRI) para a área da transplantação.



medicamentosa da actividade médica assistencial típica de um serviço de medicina interna:<sup>151</sup>

nós não precisamos de muito, só precisamos dos nossos conhecimentos, dos nossos instrumentos, que não vão muito mais além daqui do [que há neste serviço] e da medicação (AB4, Internista)

Por outro lado, e retomando uma ideia referida anteriormente, a preponderância assumida por estas actividades cirúrgicas de base tecnológica e com uma rotatividade compatível com a quantificação gestonária não traduz uma quebra de profissionalismo médico em serviços de base conservadora. Do material empírico recolhido foi notória a existência de alguns processos gestonários pontuais que dão conta de alguns constrangimentos à acção médica, mas com implicações circunscritas, não generalizáveis e em casos muito pontuais. As situações mais evidentes relacionaram-se com a não-aceitação de algumas prescrições médicas para o tratamento de doenças específicas com base em argumentos suportados pela evidência médica.<sup>152</sup> Foram situações esporádicas relativamente às habituais decisões médicas e, cumulativamente, em doentes não pertencentes à área de actuação do hospital. Reforçando então um argumento apresentado anteriormente, o processo de descentralização da gestão hospitalar, a par de pressões políticas sobre os seus gastos financeiros, abre a possibilidade de, em situações médicas não urgentes (entenda-se situações em que não existem riscos imediatos para a vida humana), haver a recusa de administração de terapêuticas, por enquanto circunscrito a doentes da área de outro hospital.

---

<sup>151</sup> É importante salientar cautelas quanto à ideia habitualmente existente que toma a natureza da doença como o principal elemento diferenciador da actividade médica da actividade cirúrgica, sobretudo por referência à imagem dos serviços de internamento de medicina interna preenchidos com problemas típicos da população idosa. Na realidade, tanto em cirurgia como em medicina são encontradas doenças crónicas e agudas. Aliás, parte significativa da decisão de transplantação ocorre em doentes hepáticos crónicos (caso da cirrose ou da paramiloidose, vulgarmente conhecida por “doença dos pezinhos”) e parte significativa do internamento em medicina ocorre por problemas agudos, como os respiratórios (pneumonias, infecções respiratórias, etc.) (in notas do diário de campo).

<sup>152</sup> Importa convocar o modelo de medicina baseada na evidência como um suporte fundamental no raciocínio médico actual e que este exemplo dá conta. Segundo Raposo (2009: 758), a medicina baseada na evidência apresenta uma reconfiguração, ou mesmo um novo perfil científico, marcado por uma tendência para centrar a medicina no colectivo e na quantificação estatística, perdendo o papel da intuição e da experiência prática na decisão clínica.

Ainda que residual, esta evidência deixa a descoberto dinâmicas que necessitam de investigações científicas especificamente dedicadas a este assunto. A gestão autonomizada de cada prestador, no quadro da empresarialização do sector público, aponta para uma maior desconexão entre os prestadores do SNS. Perante dotações sub-orçamentadas, os gestores hospitalares não têm interesse em utilizar recursos do hospital com utentes da responsabilidade de outros hospitais. Disse-se anteriormente que no contexto das actuais mudanças na saúde os “doentes” têm vindo cada vez mais a tornar-se “consumidores” (Cf. Lister, 2001), o que ganha uma clara evidência à luz dos processos descritos.

Retomando a análise dos contextos médicos, a conclusão que se retira é que mesmo em serviços médicos onde a falta de um *expertise* estratégico poderia levar a pensar que os médicos estariam mais expostos à pressão gestionária, tornou-se evidente que estas mudanças deixam relativamente intocável a base do poder médico: o monopólio do seu saber. O excerto que abaixo se transcreve é particularmente ilustrativo do modo como os médicos de medicina interna se podem posicionar relativamente a uma maior pressão para um controlo e alteração das suas práticas profissionais:

O facto de precisamente serem pessoas que não são médicas tira-lhes um pouco a perspectiva real (...) e isso empobrece-os. Por muito que tenham apoios de um director clínico médico, de um director de enfermagem...obviamente esses apoios são muito importantes, mas não chegam. (...) Na prática se [medidas de gestão mais intensas] alterar[am] a minha maneira de trabalhar? Não alter[aram]. Porque o médico apesar de tudo é uma pessoa que tem muita força, e mesmo aqueles que nos querem pressionar directamente e que nos ameaçam entre aspas têm medo das consequências: um médico pode dizer ‘aquele doente morreu porque a administração conduziu a uma situação em que aquele doente morreu’. Isto é infernal e pode levar a uma situação em tribunal. Portanto, os médicos têm muita força. Têm muito poder e às vezes esquecem-se disso. E, portanto, mais uma razão para eu dizer que no meu dia-a-dia profissional não tenho medo de nada nem de ninguém, nem de ser pressionado nem daqui, nem dacolí, nem dacolá. (Internista, AB1)

Posto isto, é com relativa clarividência que transplantação e medicina interna constituem duas formas distintas de pensar o profissionalismo médico. Um pelo papel assistencial em áreas de crescente importância nas sociedades ocidentais modernas e envelhecidas, o outro pela inovação do conhecimento e da tecnologia. São dois processos com implicações diversas nas possibilidades de reforço do poder médico, sem que qualquer uma delas possa conduzir à ideia de um maior controlo externo, ainda que sejam processos externos que permitam a expansão do seu poder (e.g. modo de financiamento da actividade médica e as áreas em que as políticas governamentais incidem). Em última análise, a insubstituibilidade dos saberes médicos permanece intocável, bem como a

tradicional concepção altruísta e de respeito pelo interesse geral que caracterizou a base do seu poder. Aliás, o exemplo referido de que os gestores podem não autorizar a administração de terapêuticas deixa em aberto novas formas de envolvimento entre a medicina e os doentes, na medida em que a acção dos gestores pode dar visibilidade a uma orientação não coincidente com as necessidades percebidas pelos doentes.

De facto, as dinâmicas identificadas comprovam a ideia de Boyce (2008), que traça uma relação directa entre o reforço do poder profissional e a demonstração da mais-valia que a posse de um determinado saber representa para a organização. Ora, embora por motivos distintos, tanto a transplantação como a medicina interna têm em sua posse os argumentos que permitem a manutenção de formas de regulação interna: por um lado, qualquer hospital com serviço de urgência necessita de um bom serviço de medicina interna, por outro, viu-se em que medida é vantajoso para a gestão ter um serviço como o de transplantação. Mais, o caso da transplantação é paradigmático do modo como o profissionalismo não só não sai beliscado, como tem condições para ser reforçado por intermédio da incorporação de outras áreas nas suas jurisdições profissionais, como é o caso de competências associadas à gestão hospitalar.

Em relação aos conflitos inter-profissionais é possível identificar diferentes motivos para a divergência entre os projectos profissionais da medicina e da gestão. Prendem-se, sobretudo, com a especificidade dos processos característicos dos contextos médicos de base conservadora e de base empresarial. No primeiro caso, os conflitos ficam a dever-se maioritariamente a uma estrutura de autoridade médica de tipo tradicional, em que a direcção de serviço não exerce um controlo efectivo sobre o quotidiano dos serviços. Acresce o facto da medicina interna basear a sua actividade em procedimentos não compatíveis com o grau de rotatividade e de eficiência esperada pelos indicadores de gestão. A demora média de internamento é, talvez, o exemplo mais claro do afastamento entre a medicina e a gestão hospitalar sobre a concepção da prestação de cuidados de saúde. Para uns, há tempos impossíveis de anular, sob pena de se afectar a qualidade da prática clínica e a segurança dos doentes. Para outros, representa uma gestão ineficiente e despreocupada sem uma consciência dos custos que isso envolve para o hospital. No segundo caso, a interacção medicina/gestão tende a ser mais recorrente devido ao financiamento envolvido na prestação dos cuidados, mas também uma actividade médica cuja natureza se articula de forma mais necessária com os indicadores de gestão. Importa reiterar que estes contextos acabam por envolver uma relação de soma positiva: se os

médicos estão envolvidos com uma actividade não rotinizada, cientificamente motivante e bem remunerada, a gestão hospitalar apresenta um importante cartão-de-visita, fundamental para a captação de financiamento para o hospital e para a legitimação da sua existência na rede de cuidados de saúde.

Dado que estes contextos médicos são benéficos, tanto para médicos como para gestores, regras administrativas mais intensas são geralmente consideradas pelos próprios médicos como normais e mesmo necessárias como forma de manter a excelência da actividade realizada. Em todo o caso, a aceitação de mecanismos administrativos e managerialistas de controlo da actividade médica é primeiramente aceite e exercida pela direcção de serviço, atenta a critérios que possam suportar de um modo sustentável a sua actividade. Nesta perspectiva, as situações de conflito com o CA ocorrem por situações contingenciais, não necessariamente repetidas, cujos resultados são essencialmente processos em aberto.

O que se conclui sobre a relação entre o managerialismo e o profissionalismo é que apesar de forças potencialmente contrárias – uma por respeitar o reforço do poder administrativo burocrático e outra por respeitar o reforço do poder profissional carismático –, as dinâmicas empíricas acabaram por não evidenciar tensões visíveis e significativas. Obviamente que a extrapolação desta afirmação é pouco prudente por respeitar processos de um único contexto hospitalar. Em todo o caso, parece manifesta a ideia que o managerialismo não tem necessariamente que ser exercido como força contrária ao profissionalismo, nem tão pouco o profissionalismo médico anula a inclusão de outros saberes técnico-científicos que gravitam em seu redor. Aliás, foi evidente a consciência dos gestores deste hospital quanto à necessidade de não oposição directa ao poder médico. A responsabilização dos profissionais pela actividade contratualizada anualmente seria, porventura, o mecanismo formalmente estabelecido mais apto para constringer a discricionariedade profissional por parte da gestão. Contudo, se por um lado, o não cumprimento dos indicadores não tem tido consequências sobre os profissionais, a própria definição dos indicadores quantitativos tem por base um histórico da actividade médica já realizada, pelo que se sabe de antemão as condições para a sua exequibilidade. Como por várias vezes foi afirmado, o managerialismo acaba mais por estar numa posição de apoio e legitimação da actividade médica, do que propriamente numa posição concorrente com o poder profissional. O profissionalismo, por seu lado, não vê o managerialismo necessariamente como força opositora, sendo manifesta a necessidade que os médicos

apontam à existência de gestores tendo em vista a legitimação dos seus projectos científicos. O Centro de Responsabilidade Integrado foi apresentado como o exemplo mais explícito disso.

Ainda assim, há que apontar para uma não inteira correspondência entre a produção discursiva dos gestores e a sua prática. Se por um lado, os discursos habitualmente dão conta da necessidade de constrição das liberdades profissionais, por outro, os processos efectivamente concretizados revelam uma dependência dos saberes médicos. Deste ponto de vista, o conflito inter-profissional entre médicos e gestores tende a ser tanto mais evidente quanto maior for a discrepância entre os modos de objectivação individual da profissão e os processos estruturais em presença. Esta discussão será aprofundada no capítulo seguinte como uma situação dialéctica entre as expectativas dos profissionais e as experiências de interacção, isto é, um desfasamento entre o esperado e o vivido.



## 9. DOS CONSTRANGIMENTOS ÀS POSSIBILIDADES DA ACÇÃO

### 9.1. CAPTANDO O SENTIDO DO VIVIDO NA ESTRUTURAÇÃO DOS ESPAÇOS DE ACÇÃO

É o momento de retomar um dos objectivos centrais deste trabalho: perceber a base e os processos que constituem a acção individual, bem como o papel dos comportamentos na configuração dos contextos de trabalho. As implicações decorrentes desta preocupação é dar visibilidade a elementos habitualmente invisíveis na análise das relações profissionais, partindo do pressuposto que quanto maior a discricionariedade dos saberes detidos, maior a relevância teórica e empírica sobre esta necessidade de captar o sentido do vivido.

Em termos teóricos, a relevância prende-se com a não suficiência da explicação dos comportamentos apenas por intermédio de causas sociais ou dos lugares ocupados pelos sujeitos, devendo-se incluir na matriz conceptual as motivações que estão por detrás de variações e desvios do curso da acção. Consequentemente, os contextos de interacção passam a afigurar-se numa dupla vertente, não só estabelecendo os limites das possibilidades, mas sendo também por eles influenciados. Os indivíduos assumem, por isso, um estatuto que ultrapassa a mera recepção e activação automática de influências sociais, considerando também o modo como eles se relacionam com essas influências. Como afirmado anteriormente, a consciência e a capacidade cognitiva dos indivíduos para se situarem a si e aos outros nos contextos de interacção, além das possibilidades de desvio no curso da acção não devem ser mitigados (Cf. Turner, 1988). A sua inclusão na compreensão dos processos de natureza social não contradiz os mais elementares pressupostos do raciocínio sociológico, podendo, isso sim, contribuir para outras formas de compreensão da relação entre estrutura e acção.

Em termos empíricos, o ganho reside em dar relevância a processos até então pouco evidentes nas organizações hospitalares. Argumentou-se anteriormente que à gestão, enquanto conhecimento científico, é atribuída uma superioridade na procura de definir a melhor e única forma de gestão dos hospitais. Isto ilustra a preponderância que a quantificação representa para a necessidade de previsibilidade em sociedades amplamente marcadas pela incerteza e pelo risco (Gabe, 2004). Ora, aquilo que se discute neste ponto é a impossibilidade de anular diferentes formas de acção desenvolvidas por parte dos indivíduos, sob um pretensado quadro normativo restritivo. Põe-se em evidência um conjunto diversificado de motivos que suportam o curso dos comportamentos dos profissionais, como também dos gestores, contrariando a leitura dominante centrada na estrita

interpretação quantitativa das organizações hospitalares. Acentuar o controlo managerialista visa precisamente responder a estes anseios, os quais não são mais do que mecanismos para o controlo dos desvios de todos os factores, incluindo o comportamento humano, mas numa base conceptual que parte de uma leitura parcial, unívoca e, por isso, irreal da complexidade inerente à inteligibilidade humana.

Argumenta-se que sem um conhecimento como aquele que é aqui operacionalizado, o qual visa descortinar os processos que fervilham dentro dos serviços médicos, as certezas quanto aos mecanismos preponderantes nas organizações hospitalares têm uma validade limitada. A questão é, por isso, muito mais rica e obscura do que uma leitura quantitativa pode fornecer. Duas notas são de reter: em primeiro lugar, a reflexão e intervenção sobre os hospitais não é compatível com modelos extrapoláveis, pois a efectividade das medidas tendem a ser tanto mais eficazes e menos perversas quanto mais profundo for o conhecimento concreto sobre os processos determinantes em cada espaço de acção; em segundo lugar, as conclusões que se apresentam respondem apenas à realidade empírica em observação, ficando em aberto a necessidade futura de incluir outros espaços hospitalares no desenvolvimento e enriquecimento desta reflexão teórica.

Posto isto, tendo por base os diferentes vectores orientadores dos interesses (cf. figura 2.3.), procurou-se perceber o seu papel na estruturação e configuração dos dois serviços médicos em análise.

Quadro 3.7. – Impactes dos interesses da acção na estruturação dos contextos de interacção

	Serviço médico de base conservadora	Serviço médico de base empresarial
<b>Muito comum e alto impacto</b> na estruturação do serviço	Orientação pela tradição Orientação pelos fins	Orientação pelos fins
<b>Pouco comum e alto impacto</b> na estruturação do serviço	Orientação pelos valores	Orientação pelos afectos
<b>Pouco comum e pouco impacto</b> na estruturação do serviço	Orientação pelos afectos	Orientação pela tradição Orientação pelos valores



Como se observa, os processos estruturadores dos serviços médicos foram divididos em três níveis de acordo com: (I) a maior ou menor representatividade entre os médicos e, (II) a maior ou menor importância na configuração dos contextos médicos. Importa não esquecer que na base da distinção entre estes dois serviços estão condicionantes estruturais como a natureza do trabalho desempenhado e as formas de financiamento das especialidades médicas (assuntos discutidos nos pontos 8.1. e 8.3., respectivamente).

No caso do serviço médico de base conservadora, a orientação pela tradição e a orientação pelos fins tendem a ser os mecanismos de acção mais comuns entre os médicos e com implicações mais significativas na vida quotidiana desse espaço. Igualmente importante na estruturação deste espaço, embora menos disseminado entre os profissionais, situou-se a orientação pelos valores. Dimensão ética centrada, principalmente, no respeito pelo serviço público e pelo SNS, como também pelo compromisso com os doentes. Com poucos impactes na estruturação do serviço surgiu a orientação pelos afectos, aqui referenciando a relação pessoal e emocional entre os médicos e o director de serviço.

Olhando agora para o serviço médico de base empresarial, são bem visíveis as diferenças relativamente ao contexto anterior. Aqui, os processos mais estruturadores e mais comuns entre os médicos continuam a centrar-se na orientação pelos fins, o que, como se irá discutir não coincide com a motivação dos fins característicos no serviço de base conservadora. Em relação ao serviço anterior, a orientação pelos afectos assume uma preponderância na estruturação deste espaço, ao influenciar a posição dos médicos neste contexto. Simplesmente, as oportunidades não são distribuídas uniformemente entre os médicos, dado que uma ligação pessoal e emocional com o director de serviço conduz a uma relação de confiança determinante para a posição detida no interior do serviço. Com poucas consequências sobre a estruturação deste espaço e restrito a alguns médicos situou-se a orientação tanto pelos valores, como pela tradição. Veja-se de um modo mais aprofundado os processos característicos destes contextos.<sup>153</sup>

---

<sup>153</sup> Anteriormente foi já afirmado que a desagregação da orientação da acção por estes quatro vectores respeita apenas uma forma de conceptualização dos comportamentos humanos. Não visa uma simplificação excessiva dos mecanismos da acção, nem tão pouco indica formas puras na sua orientação. Reitera-se agora que a esquematização apresentada não pode ser lida como se em cada um dos contextos médicos em análise só se tivessem verificado aquelas orientações da acção, sob pena de se remeter a complexidade humana a uma ordem simplificada. Estas conclusões devem ser

### **9.1.1. O caso de um serviço médico de base conservadora**

Relembrando o que foi discutido em torno do quadro 3.6., um dos traços característicos do serviço médico de base conservadora é uma relativa ausência do exercício da autoridade profissional exercido pela figura do director de serviço. Por conseguinte, encontram-se espaços relativamente alargados e autónomos de acção entre os médicos, com impactes acrescidos na organização do serviço, por haver pouca diferenciação entre a maioria dos médicos na carreira profissional. Como se viu, há uma coordenação e gestão relativamente individualizadas das respectivas “tiras”:

[Ao questionar um médico sobre a existência de regras no serviço e os constrangimentos para o seu cumprimento]: Não sei que regras... horas de entrada? Horas de saída? Número de doentes? Não temos nenhuma regra. Ninguém nos diz uma lista de regras que tenhamos que cumprir... temos que cumprir o nosso trabalho (...) (AB4, Internista)

A prova mais evidente da natureza deste serviço – e que o define segundo uma base conservadora – encontra-se, desde logo, pelo papel estrutural da orientação da acção pela tradição em conjugação com a orientação pelos fins individuais dos profissionais. A tradição não se refere apenas à organização do trabalho médico por “tiras”, ou a uma autoridade profissional pouco interventiva. Refere-se também aos discursos, tanto do director de serviço como dos médicos, ao nível da construção do profissionalismo médico, do lugar da medicina no hospital e da interferência de outros saberes como o caso da gestão, que ainda bebem muito dos discursos típicos da “Era Dourada” da medicina situada até meados dos anos 70 (cf. Turner, 2006).

No sentido de perceber os efeitos da orientação pela tradição na estruturação do serviço, importa olhar sobre o modo como o director de serviço constrói a imagem do lugar detido e as funções inerentes. Como se viu, quando questionado sobre o motivo por ocupar o cargo, a sua resposta evidenciou uma lógica de progressão na carreira, não compatível com as exigências apresentadas pela moderna gestão hospitalar (vd. conjunto de citações a internistas p. 214). Percebe-se que a aceitação do cargo não decorre de um qualquer interesse em implementar projectos de gestão, servindo, sobretudo, para legitimar o reconhecimento e o status pela experiência profissional detida. Por diversas vezes os entrevistados referiram que o acesso a este lugar constitui a esperada progressão profissional quando se atinge um estadio avançado no conhecimento e experiência. A

---

interpretadas com cautela, sobretudo em exercícios de extrapolação.

normalidade é o lugar não visar um controlo activo e participativo dos membros do serviço, dada a estrutura de poder autonomizada de cada “tira”. Se por um lado, um projecto de gestão da parte do director é praticamente inexistente, por outro, os médicos constroem uma relação formal e distante com essa figura. Foi notório entre os médicos entrevistados que a direcção do serviço respeita a autoridade técnica e científica formal desse espaço, mas sem que isso se traduza numa sujeição passiva às suas regras. A fronteira entre o director enquanto par dotado de poder formal ou enquanto líder é ténue, frágil e pouco consolidada entre os médicos do serviço, o que é responsável por esvaziar um efectivo reconhecimento do director enquanto autoridade técnica e científica. O excerto seguinte é particularmente elucidativo da importância atribuída a um espaço de actuação profissional individual, segundo interesses que não respeitam necessariamente a visão de conjunto do serviço e uma intervenção por parte da autoridade do director:

eu sempre tive a noção de que aquilo que eu poderia fazer dependia da estrutura onde eu estava inserida. (...) Entretanto, quando estagiei no serviço de cirurgia percebi que a estrutura não dava para mim. Quando vi pessoas com 50 anos a pedinchar para <ah, senhor director, deixe-me lá fazer isto, deixe-me operar isto> e eu disse <não, não me vou meter aqui assim (...), ao menos vou para o sítio onde tenha o mínimo de independência, onde possa trabalhar de uma forma mais independente>. (...) A minha autonomia profissional, no fundo, é eu não ter a interferência de terceiros nos meus actos médicos, pronto. Não médicos e médicos, falo de todos. O termo de responsabilidade é meu, não gosto de interferências... não me importo de discutir, mas ordens directas não gosto. (AB3, Internista)

Porventura, a melhor forma de perceber a autonomia detida pelos médicos deste serviço, entre si e entre a direcção, foi o facto de quase após um ano e meio de observações não ter sido possível estabelecer qualquer contacto verbal com um médico em particular. Simplesmente não houve a rotinização de contactos necessária que permitisse desenvolver a confiança de parte a parte para uma interacção mais próxima. Se no caso da grande maioria dos médicos era possível aferir a sua localização – entre a enfermaria, a urgência, as consultas ou estar noutra serviço para ver um doente –, até porque facilmente se percebem as rotinas semanais, neste caso foi impossível perceber os circuitos de movimentação desse médico. Simplesmente não se falava sobre ele e raramente era visto no serviço. Chegava tarde e saía cedo, sem qualquer controlo por parte dos pares ou da própria direcção do serviço.

Contudo, e em rigor, este serviço não pode ser interpretado como um espaço desestruturado. Os processos ocorridos dão conta de uma complexidade associada à dualidade entre esta significativa autonomia na acção dos médicos e o respeito e

convergência em torno de regras e relações de lealdade internas à profissão. De facto, os fins individuais são compatíveis com situações de verdadeiros consensos para fora do serviço, sendo aí que se comprova a presença de uma forte orientação pela tradição. A pertinência deste facto é que este respeito tende a ser reproduzido de forma não reflexiva. Isto é, no discurso dos médicos foi notória a dificuldade em racionalizar o motivo por se agir em conformidade com os interesses do director, sabendo que o reconhecimento atribuído decorre muito mais do respeito pelo lugar do que pelas suas competências técnicas, científicas e de liderança. “Respeito o lugar e não a pessoa” foi uma expressão usada por diversos entrevistados e que ilustra uma motivação da acção inquestionável e, geralmente, sem que seja acompanhada por uma consciência reflexiva disso. Em causa estão princípios de ordem cultural/moral/ideológica tão intrínsecos à socialização profissional que não se sabe explicar o porquê. Sempre foi assim e é normal que assim seja.

Em tempos, este serviço foi alvo de uma separação que deu origem a um serviço autónomo de infecciologia. Até então, os internistas deste hospital tinham uma forte componente nessa sub-especialização, quer pela vocação histórica do hospital, quer pela própria orientação científica do director de serviço. Nessa cisão, os internistas tiveram que escolher em que serviço se iriam posicionar. Todos os entrevistados, sem excepção, ficaram com o mesmo director, mesmo à custa de abandonarem a área de infecciologia, tida pela grande maioria como uma área de especial interesse científico e pessoal. Esta situação ilustra o peso notório do respeito pela autoridade formal, mesmo em detrimento de interesses individuais divergentes. A relevância desta ideia prende-se com o facto de ser analisado que no serviço médico de base empresarial há um peso significativo quanto aos interesses individuais. Age-se em conformidade com a direcção do serviço, não apenas por um respeito pela sua figura, mas por haver interesse em fazê-lo:

é assim, se fosse por minha vontade única e exclusiva eu teria deixado a consulta de hepatites e ficaria com a de infecto, por gosto. (...) mas não havia a possibilidade do ponto de vista da organização dos serviços para que isso acontecesse. Tem a ver com a lealdade que nós devemos aos nossos directores. Pelo menos é assim que me revejo, devo lealdade ao meu director e tinha que deixar uma consulta que não era do meu director. Pronto! (AB2, Internista)

Embora não seja objecto deste trabalho aprofundar as relações da medicina com outras áreas profissionais além da gestão hospitalar, abre-se um pequeno parêntese apenas para notar que esta orientação de tipo tradicional também se faz sentir na defesa da

dominância profissional em relação às ocupações de saúde, em proximidade àquilo que foi a evolução histórica dos diversos saberes profissionais em contexto hospitalar (vd. Freidson, 1970, 1985, 1986, ou, para o caso nacional, Lopes, 2001a, relativamente à enfermagem e Lopes, 2006, relativamente às tecnologias da saúde):

eu não gosto deste sistema de gestão hospitalar, acho que isto não tem o menor cabimento. O poder tripartido dentro de um serviço...quer dizer, ninguém dirige este serviço. Existe uma direcção de enfermagem que dirige as auxiliares, uma direcção dos administrativos e um director de serviço que dirige os médicos. Como o director de serviço não tem poder sobre a chefe de enfermagem, não dirige o serviço...nem sobre os chefes administrativos, [que] depois lá em cima [CA] é que dirigem. Portanto, aqui não há director. (...) O que me parece é que há outras profissões que estão a pretender ocupar os lugares de médicos (...) sem quererem a responsabilidade correspondente.” (AB3, Internista).

Em suma, os principais processos que tendem a estruturar este contexto médico de base conservadora ilustram aquilo que se entende como uma medicina hospitalar de carácter tradicional. Encontram-se fronteiras muito bem delimitadas com o exterior, em relação ao qual se assume uma forte pertença identitária e de lealdade. É descartada qualquer possibilidade de dizer mal do serviço ou do director a elementos externos ao serviço, médicos ou não médicos. Internamente, ilustrativo da forma típica como a medicina construiu historicamente a sua posição no hospital, nota-se a ausência de controlo profissional associada a uma actuação autónoma e individualizada dos médicos por intermédio dos respectivos fins.

A forma de contra-poder mais eficaz aos efeitos potencialmente negativos desta atomização dos interesses e motivações para o desempenho conjunto e articulado da actividade médica não passa necessariamente pelo reforço de um controlo de tipo administrativo e burocrático, mas sobretudo pela orientação da acção pelos valores. É o motivo pelo qual alguns médicos dão mais do que é esperado na ausência de regras formais que os constringam nesse sentido. Aliás, como se verá, o aumento do controlo managerialista, além de não ter os resultados esperados, leva a efeitos perversos e não esperados no comportamento dos médicos. Se por um lado, os médicos que já apresentavam comportamentos desviantes continuam a encontrar estratégias para prosseguir os seus fins, por outro, os médicos que orientam os seus comportamentos pela dedicação aos doentes são fortemente contestatários em relação a qualquer medida proveniente do CA que vise esse controlo.

A questão é que não é possível assegurar que todos os médicos pautem as suas decisões com base no interesse do hospital (como representante do SNS) ou com base no compromisso com os doentes. Obviamente que a ideologia médica está centrada na ética, responsabilidade e sabedoria transmitida pelo juramento de Hipócrates, o que, apesar de tudo, não anula um relativo grau de arbitrariedade e de individualização no respeito desses preceitos. Tal não significa que a grande maioria dos médicos estejam desprovidos destes valores, o que aliás, é muito fácil de revelar nos discursos produzidos, sobretudo na presença de um elemento não médico e estranho ao serviço. Por isso, foi anteriormente acautelado que dar relevância a um ou outro tipo de orientação da acção não anula a coexistência simultânea de motivações dos comportamentos.

Importa não esquecer que a pertinência sociológica conferida à orientação das acções está centrada nas suas implicações sobre os processos de estruturação dos contextos de trabalho, neste sentido, a orientação pelos afectos revelou pouca relevância na estruturação do serviço. É na relação estabelecida com o director de serviço que mais importância se dá a este tipo de orientação, por poder envolver recursos de poder desiguais entre os médicos. Obviamente que foram identificadas relações de natureza emocional entre o director e alguns médicos entrevistados, mas sem que isso se traduzisse em efeitos sobre as oportunidades distribuídas. De facto, os médicos tendem a estar associados de forma relativamente homogénea nas várias oportunidades que ultrapassam o trabalho habitual do serviço. Envolvimento e incentivo para a participação em encontros científicos ou acesso à leccionação são dois exemplos da não necessidade desses recursos de natureza emocional e afectiva, dado que nessas actividades estão envolvidos médicos assumidamente críticos do director.

Relembrando que o objectivo desta análise prende-se com a necessidade de conhecer os processos característicos e estruturadores dos contextos de acção e, assim, legitimar um quadro conceptual centrado no sistema de acção individual, percebeu-se os motivos fundamentais que podem conduzir a um conflito entre profissionalismo e managerialismo. A dominância da tradição neste espaço tende a proteger a autonomia individual na decisão das práticas e procedimentos clínicos, como também na gestão da respectiva “tira”. Nenhum médico quer saber o que é feito pelas restantes “tiras”, do mesmo modo que não é aceite qualquer tipo de interferência, quer de pares, quer da direcção do serviço, quer ainda da gestão hospitalar. Além disso, a tradição encontra-se também na construção de uma forte pertença identitária em relação a elementos externos

ao serviço, demonstrando uma coesão que efectivamente não existe. A resistência à mudança tende a ser acentuada, principalmente a que visa alterar este modo de funcionamento. Pelo lado dos fins, o conflito com os gestores também pode ser possível por motivos semelhantes. Aliás, as liberdades individuais que dão importância aos fins de cada médico decorrem desta relação com estruturas de poder médico enraizadas e passíveis de serem reproduzidas sem consciência. Pelo lado dos afectos, o conflito com a gestão não parece assumir um peso tão preponderante como as orientações anteriores. Neste caso, os motivos de conflito justificam-se-iam com a proximidade emocional e afectiva em relação ao director. Os valores, sobretudo os de compromisso com os doentes, afiguram-se como motivos muito fortes mas pouco disseminados na construção que os médicos fazem de si, e que acabam por justificar os motivos mais importantes de confronto com o poder managerial, chegando a subverter as suas regras:

[Ao questionar o entrevistado sobre o facto de trabalhar mais um sábado por mês sem receber qualquer remuneração acrescida por isso responde]: foi um compromisso (...) tenho interesse em seguir os doentes e houve alturas que tinha mais do que um sábado por mês e fazia-o na mesma. Os doentes estarem dois dias sem serem avaliados acho que não é o mais correcto.

Deixei de pôr o dedo [controlo biométrico implementado no hospital para todos os profissionais à excepção dos médicos que o rejeitaram]. Em termos de horários posso-lhe dizer que chego muito cedo e que saio sempre depois da minha hora. Acaba por ser um compromisso que tenho todos os dias. Até poderia chegar tarde, mas tenho que chegar, ver os doentes, tenho que fazer a minha actividade. Os doentes têm que estar estáveis e quando estão estáveis, que eu sinto que estão bem é que posso ir...acho que os médicos e os enfermeiros estarem a picar um ponto... (AB4, Internista)

O desrespeito e boicote ao controlo biométrico não é caso único na capacidade de subversão de regras definidas externamente à profissão médica e que entram em conflito com a concepção dos papéis profissionais, mas é, porventura, o mais simbólico e que melhor sintetiza a relação entre profissionalismo e managerialismo. De facto, apesar de todo o conjunto de alterações introduzidas na realidade hospitalar, é incontornável a reprodução do aspecto fundamental na construção da medicina: a dimensão ética da acção para o doente. Por representar a base legitimadora da autonomia médica, a questão torna-se muito sensível para a gestão hospitalar, dado impossibilitar um conhecimento externo sobre as verdadeiras motivações porque os médicos se pautam. Haverá casos em que esta orientação ética é real e o envolvimento do profissional em prol do doente o leve a fazer mais do que se espera, mas, por certo, haverá casos em que esta ligação será meramente discursiva e uma estratégia de concretizar outros fins que não esse.

### 9.1.2. O caso de um serviço médico de base empresarial

Analisando agora os ideais tipo da orientação das acções responsáveis pela estruturação do serviço médico de base empresarial, algumas configurações são manifestamente distintas. Como se observou no quadro 3.7., a orientação da acção dos médicos pelos seus fins volta a apresentar-se como a base mais importante para os processos aqui característicos. Contudo, neste caso, os fins não coincidem linearmente com aqueles identificados no serviço médico de base conservadora que, como se viu, podem prejudicar as necessidades do serviço e dos próprios doentes.

Decorrente dos fins do próprio director do serviço, orientados para um projecto científico e técnico de relevo internacional, os médicos tendem a revelar uma consciência reflexiva em estarem associados a este projecto e, por isso, sujeitarem-se às regras organizacionais aqui definidas. Este serviço apresenta perspectivas remuneratórias, técnicas e científicas de tal modo interessantes, que acabam por pesar na decisão de sair para outros contextos:

Convidaram-me para fazer cirurgia geral noutros sítios, em que eventualmente até poderia fazer isto [transplantes] mas a um nível muito menos frequente, de uma forma mais esporádica, [e] portanto, acho eu que com menos qualidade. Teria provavelmente um bocadinho mais de autonomia. (...) eu tenho um projecto aqui, tal como o director, eu gostava de ver o nosso centro...eu não estou a dizer especificamente este centro neste sítio físico específico, mas esta ideia, isto é uma ideia... É um projecto que também faz parte do meu projecto de vida. (AA14, Cirurgião)

A importância em estar neste serviço e ter acesso a oportunidades de interesse científico e de remuneração podem constituir duas das principais justificações na escolha das áreas de especialização médica. Os médicos evidenciaram uma nítida consciência quanto à necessidade de agir em conformidade com os objectivos do director, sob pena de um não acesso às cirurgias que naquele momento se afiguravam como mais vantajosas. A questão pode ser equacionada simplesmente da seguinte forma: há interesse em estar associado àquele serviço e àquele director, jogando de acordo com as suas regras e com os seus objectivos científicos, mesmo que em detrimento das preferências científicas individuais dos médicos. Mais adiante esta opção será analisada em maior profundidade, mas considerando que também no serviço de base conservadora se identificou o papel estrutural dos objectivos do director de serviço para a construção dos interesses científicos dos médicos, torna-se evidente o lugar fundamental destas chefias de nível intermédio para



a definição dos processos em cada serviço e, mais importante, para a configuração da acção dos próprios médicos e da condução dos seus projectos científicos e profissionais.

No entanto, como se viu, apesar de uma estrutura de autoridade centralizada no director, este serviço apresenta uma relação de concorrência entre duas áreas científicas – uma respeitante à área de especialização do director de serviço e outra respeitante aos interesses de um conjunto de médicos que não se revêem nesse projecto. Neste segundo caso, são médicos que se opõem à autoridade exercida pelo actual director e ao seu projecto de gestão, pelo que o conflito interno no serviço acaba por se afigurar como uma característica inerente do seu funcionamento. Quanto a isto, o que interessa dar visibilidade é a presença de dois interesses em tensão. Se nos exemplos anteriores foi referida a presença de uma consciência reflexiva da parte dos médicos em agir em conformidade com os interesses do director, demonstra-se agora a consciência reflexiva em agir em discordância com esses interesses:

Eu nos últimos três anos não tenho produzido absolutamente nada, não estou interessado em produzir absolutamente nada enquanto este serviço e este ambiente continuar assim como está. Produzi muita coisa até há quatro, cinco anos, muitos trabalhos publicados, muitos trabalhos apresentados em congressos, em reuniões clínicas. (...) neste momento, da maneira como o serviço está, esta mistura com hepato-biliar e cirurgia geral, não é um terreno propício para este tipo de coisas. (...) Não há condições anímicas, condições de força e de vontade para fazer um trabalho destes, não é? (Cirurgião, AA4)

[sobre o facto de estar numa situação precária no serviço, cuja continuidade depende da aprovação do director de serviço:] perguntei-lhe como é que era a minha situação e a situação das outras pessoas que estão na minha situação e ele disse, entre aspas, que se eu me portasse bem, não fizesse abaixo-assinados e se não pusesse obstáculos à forma como ele está a pensar, a orientar o serviço, que daria o aval para que se mantivesse aqui a minha vaga. (...) Mas eu prefiro, mesmo que tenha que sair daqui, dizer aquilo que acho. Em vez de alinhar só à espera do tal dividendo. Não, eu prefiro continuar a abrir a boca e ficar aqui porque sou preciso do ponto de vista profissional. Eu quero que me dêem valor é do ponto de vista profissional, não quero que me dêem valor porque eu digo que sim a tudo aquilo que os meus superiores hierárquicos dizem, mesmo quando não têm razão, não é? (Cirurgião, AA5)

No ponto 8.2. foi dado um especial destaque quanto à possibilidade de co-existência de duas áreas divisionalizadas próximas. Concluiu-se serem incompatíveis, sobretudo por concorrerem pelos mesmos meios e recursos. Consequentemente, a área que tende a superiorizar-se é a que concentra o poder da autoridade formal do director, reforçada quer pelos recursos de poder por ele detidos, quer pela importância política

atribuída ao desenvolvimento da sua área de especialização científica<sup>154</sup>, deixando a outra dependente de uma intervenção externa à profissão através da autonomização destas áreas em dois serviços distintos. Este constitui, porventura, o único exemplo visto de dependência da medicina em relação ao poder managerial. Contudo, o que interessa salientar é que, tal como se argumentou no debate teórico, os constrangimentos estruturais à acção não traduzem, por si só, uma erradicação da individualidade. Neste caso é patente a avaliação reflexiva – e nesse sentido estratégica – dos benefícios e prejuízos de agir, ou não, em conformidade com o comportamento esperado. A visibilidade dada à opção consciente e reflexiva que estes médicos manifestam em agir de acordo com as regras deixa, no entanto, em aberto a possibilidade de ruptura e de uma situação de conflito por estar em presença um desfasamento entre as expectativas e as experiências vividas. Este facto não decorre apenas da alteração das condições estruturais da acção, mas principalmente das avaliações cognitivas que os indivíduos fazem da situação existente. Ou seja, agir em conformidade ou entrar em situação de conflito com o director de serviço depende de uma ponderação dos constrangimentos e das possibilidades com essas opções. Trata-se de uma ponderação dos recursos de poder detidos e passíveis de serem mobilizados, da consequente posição do indivíduo no contexto de trabalho onde se insere e dos seus interesses profissionais futuros. Afinal, o modo como se percebe enquanto jogador:

Houve aqui várias fases, depende de quando você tem poder ou não. Eu já tive muito poder aqui no hospital. (...). Os mais novos, os outros médicos olham para mim como uma pessoa que sabe, enfim, que sabe muito e que lhes ensina. Eu, isso tenho a sensação que eles percebem. Mas tenho a impressão que alguns olharão para mim como uma pessoa que se calhar cristalizou agora um bocado no tempo...eu tenho essa sensação. É evidente que se isto mudasse e se o serviço de cirurgia se separasse do outro, isto mudava um bocado, porque eu neste momento, o que me interessava não é eu progredir, quer dizer, eu não vou aprender mais coisas daqui para a frente do que já aprendi. (AA4, Cirurgião)

Um serviço médico como este, marcado por fortes imposições dos interesses médicos, permite um reduzido espaço para as regras de gestão provenientes do CA. Argumentou-se que o contacto entre profissionalismo e managerialismo tende a ser mais intenso e em sentido convergente do que no serviço médico de base conservadora, sem que isso traduza um reforço do managerialismo nem tão pouco uma quebra do poder profissional. A direcção do serviço assume um papel preponderante naquilo que é o

---

<sup>154</sup> Recordando que envolve os procedimentos mais caros pagos pelo SNS (cf. GDH).

comportamento dos médicos, filtrando as regras organizacionais definidas pelos gestores. A gestão constitui, na verdade, um universo distante e pouco percebido por parte dos médicos na sua actuação. Um contexto marcado por um forte poder profissional, a que se associa um corpo de saberes especializados vital para o reconhecimento do hospital, reforça as condições de fuga e de alguma impunidade no não cumprimento das regras organizacionais definidas acima do serviço e para o hospital. Novamente, está em causa uma avaliação cognitiva dos constrangimentos e possibilidades associados ao lugar detido. Um profissional que percebe ser imprescindível pelas suas competências tem condições para agir de acordo com os seus fins:

[É um cumpridor de regras?] Não! Acho que sou um péssimo cumpridor das regras gerais do hospital. Por exemplo, quando tínhamos aquele sistema de pôr o dedo à entrada e não sei o quê, nunca cumpri isso. Acho que não somos operários para aceitar esse tipo de tratamento. (...) Acho que em Portugal, o nosso centro na nossa especialidade é um sítio onde...acho que nunca houve em Portugal nenhum centro com a qualidade que nós tentamos dar às coisas. Não estou a dizer que conseguimos, mas, por exemplo, sei lá...eu o ano passado publiquei cinco artigos em revistas internacionais como co-autor ou autor. Nenhum serviço faz isto nem nunca nenhum serviço fez. Temos estagiários de fora de outros países, contribuimos para o estabelecimento de um programa de transplante hepático noutra país. Nunca tivemos em Portugal um serviço de cirurgia geral onde fosse possível fazer isto. (AA14, Cirurgião)

Além da orientação pelos fins, e ao contrário do que se verificou no serviço de base conservadora, a orientação pelos afectos revela um peso igualmente importante na configuração destes processos de trabalho, embora seja específico a um conjunto mais restrito de médicos. A sua relevância é tanto mais evidente quanto maior for o poder detido pelo director de serviço e o tipo de gestão centralizada como aquela que é exercida neste serviço. Isto significa que as oportunidades não são iguais para todos os médicos, principalmente no acesso aos transplantes. Embora a competência e a qualidade técnico-científica dos profissionais seja determinante para o seu sucesso e progressão no serviço, as relações de natureza emocional e extra-profissional que, entretanto, se aprofundam com o director aparecem de forma relativamente constante entre o grupo de médicos pertencentes a um círculo mais próximo. São situações que geralmente surgem após uma convivência profissional, muitas vezes desde a fase do internato médico. Na realidade, sem desconsiderar outros processos da socialização profissional aqui não analisados, será visto no ponto 9.2. como a ligação entre internos e os respectivos tutores assume uma configuração preponderante na socialização profissional, ao ponto de influenciar as

escolhas profissionais. Um médico especialista que fez o internato com este director afirma:

(...) se me oferecessem um lugar igual noutra centro com condições para isto eu teria um problema de lealdade em relação ao meu director, de quem sou muito amigo e tive sempre envolvido neste projecto desde cedo e, portanto, teria alguma dificuldade em dar esse salto. Não sei o que é que eu faria se fosse confrontado com isso no futuro, mas acho que ia ter algum problema de consciência com isso (AA14, Cirurgião)

De facto, é fundamental a confiança e lealdade entre os profissionais para a organização do serviço e distribuição do trabalho, o que, por conseguinte, afecta o lugar ocupado pelos médicos. Esta situação marcante nas relações profissionais ganha a sua expressão máxima no excerto que abaixo se transcreve, em que o anterior director deste serviço cessou funções de forma a permitir que o actual director assumisse as suas funções:

Eu comecei a minha formação cirúrgica e o [director] apareceu talvez no meu segundo ano. Ele caiu numa equipa onde nunca tinha trabalhado e, portanto, para ele era uma situação nova e eu estava lá...e eu identifiquei-me muito mais com ele e comecei a trabalhar com ele, mais do que com os outros. Portanto, fomos cimentando essa relação mútua...cirurgião ajudante, ajudei-o muito. (...) Fomos [para outro hospital] abrir o serviço de cirurgia, ele e eu, os dois. Estive lá dois anos e depois eu vim-me embora. Digamos que aí há talvez uma ruptura mas eu vim-me embora sabendo que o projecto para onde eu vinha era o projecto dele. Portanto, digamos que saí momentaneamente de ao pé dele nessa altura, mas sabia que o projecto era dele, era para o projecto dele que eu vinha. De tal maneira que depois veio a verificar-se que ele depois veio mais tarde para aqui outra vez. (AA11, Cirurgião).

Se no caso do serviço médico de base conservadora foi argumentado que o poder do director de serviço assenta principalmente no reconhecimento do lugar como sinónimo de uma posição de carreira, neste serviço, o poder do director ultrapassa essa dimensão incidindo sobre a autoridade técnica e científica inerente ao *expertise* detido. O director é reconhecido como o profissional mais competente na sua área de especialização técnico-científica, o que permite esbater muito do conflito que pode surgir. Além disso, é este suporte alargado de poder que legitima formas de lealdades e cumplicidades de carácter emocional com os médicos, ultrapassando a mera dimensão tradicional do poder associado à posição. É notória a diferença na produção discursiva entre os médicos deste serviço, havendo uma clara consciência reflexiva quanto aos motivos das suas acções. O interesse do médico em proteger a sua posição no serviço e as relações emocionais com o director tendem a justificar uma aceitação das regras definidas. Por outro lado, o interesse em defender uma área científica não coincidente com os objectivos do director tende a ser o principal argumento para justificar uma não-aceitação das regras.

O lugar onde se colocou a tradição e os valores não significa uma ausência destas orientações na acção dos médicos, mas implicações reduzidas na estruturação deste serviço. Aliás, é um dado significativo que a natureza da actividade médica desenvolvida está muito mais orientada para a dimensão de investigação científica do que propriamente para a orientação assistencial de cura. É assim que se justifica uma organização dos cuidados que tende a responder principalmente às necessidades colocadas por técnicas e procedimentos cirúrgicos de ponta e à motivação em fazê-lo:

Há uma diferença imediata entre os dois serviços. Na medicina interna o doente é de um único médico, com tudo o que de bom e de mau isso possa significar. Em condições normais, o médico que acompanha o doente na consulta é o médico responsável pelo seu internamento, do mesmo modo que o médico que recebe o doente na urgência tende a incluí-lo na sua tira. Na cirurgia não há uma afectação linear dos doentes aos respectivos cirurgiões, a não ser no caso dos doentes transplantados. Nos restantes casos, o cirurgião da consulta ou que está de banco pode não ser quem opera e depois quem acompanha o doente no internamento e que dá nota de alta. (in notas do diário de campo)

Nesta organização do trabalho médico, onde a gestão dos profissionais para as tarefas existentes é diária, há uma nítida hierarquia dos interesses e preferências. Entre o conjunto de tarefas possíveis no dia-a-dia deste serviço contam-se: as operações, programadas e inesperadas, a consulta externa, a urgência, a unidade de cirurgia de ambulatório, a visita médica diária na enfermaria do serviço e os designados “entrados”.<sup>155</sup> Como se percebe, a tarefa que mais interesse suscita aos cirurgiões, onde são alocados em primeiro lugar e que pode motivar a alteração dos restantes postos de trabalho são os transplantes. De facto, um contexto de falta de profissionais para o volume de trabalho existente tende a criar situações de desorganização de todas as valências para responder a essa exigência. Depois de afectos os recursos humanos ao transplante, segue-se a afectação às cirurgias programadas, às consultas, à unidade de cirurgia de ambulatório. No fim desta hierarquização está a visita médica diária à enfermaria. É o contexto de trabalho que menos motiva os cirurgiões, afastados do palco que lhes confere a sua identidade própria entre as especialidades médicas. O correcto funcionamento desta cadeia está totalmente dependente da qualidade dos fluxos de informação, havendo, também por isso, um menor espaço para as autonomias individuais. Erros e omissões no trabalho, bem como a falta de envolvimento dos profissionais surgem de forma mais evidente perante o escrutínio interpares.

---

<sup>155</sup> “Entrados” designa a realização do historial clínico dos doentes entrados no serviço.

Mas a questão fundamental é que a resposta à complexidade dos procedimentos técnicos, a necessidade de aprofundamento do conhecimento que estas cirurgias altamente diferenciadas envolvem e a falta de tempo perante o volume de trabalho, tem significado uma orientação menos vocacionada para um acompanhamento médico próximo do doente. Obviamente que o valor ético de protecção da vida humana está sempre latente na actividade médica, contudo, existem outras preocupações como as que foram referidas que condicionam os comportamentos e opções dos médicos em torno da sua motivação e desafios profissionais. Estar associado a um saber detido por poucos, ter a noção de poder de salvar vidas e em casos que de outro modo estariam considerados perdidos são enunciados como o principal interesse na transplantação:

Quando nós somos jovens, estas situações de transplante e tudo deixa-nos...é algo de fabuloso, é algo de misterioso, é algo que a gente vê quase como dar vida, dar esperança. (...) não esquecer que a vertente da cirurgia hepato-bilio-pancreática tem muito uma vertente de tumor. Muito da vertente são casos perdidos, não digo que os casos estariam abandonados, mas seriam casos rotuláveis como não tratáveis que iriam falecer... quando a gente opera uma hérnia a um indivíduo é um bocado diferente, não é? (AA6, Cirurgia)

Uma forte evidência quanto ao peso da orientação para os interesses científicos em relação à orientação pelos valores, tanto pelo SNS como pelos doentes, encontra expressão numa ideia anteriormente vinculada por AA14 (p. 234) ao afirmar: *“eu gostava de ver o nosso centro...eu não estou a dizer especificamente este centro neste sítio físico específico, mas esta ideia, isto é uma ideia...”*. Outro exemplo significativo disso é dado conta no excerto que abaixo se transcreve. Neste caso, o médico evidencia uma prática clínica menos centrada no procedimento cirúrgico, dando importância a todas as etapas que envolvem a relação médico/doente, pelo que evidencia um modo distinto de exercício da sua actividade profissional e menos disseminado entre os médicos deste serviço:

[o que é que o transplante não lhe dá?] É só técnica cirúrgica. Quem faz o diagnóstico antes são outros, quem toma conta dos doentes depois são outros. Não há um todo. [comigo], todos os doentes que entram é-lhes explicado que tipo de cirurgia vão fazer, têm conhecimento das instalações, têm conhecimento de quais são as preparações pré-operatórias para a cirurgia, quais são os cuidados no pós-operatório, tudo isso é explicado. (...) neste momento acho que estamos a ter uma expectativa demasiado de fábrica (...) (AA9, Cirurgia)

Posto isto, tornam-se agora mais evidentes os motivos que estão por detrás do conflito entre profissionalismo e managerialismo neste contexto médico. Se no caso do serviço médico de base conservadora, o profissionalismo médico está fundamentalmente ancorado na tradição e nos fins dos médicos enquanto sinónimo de autonomia individual,

neste caso, o profissionalismo está enraizado em torno dos fins do director de serviço e da grande maioria dos médicos enquanto sinónimo de projecto profissional. Associado a uma autoridade profissional centralizada e interventiva no quotidiano deste serviço, encontrou-se igualmente um papel importante das relações de carácter pessoal entre alguns médicos e o director. Como se percebe, a mais directa consequência disto é uma ligação mais intensa entre os profissionais, o que constitui um forte desafio à autoridade proveniente do CA. Formas concorrenciais de poder internas a este serviço, embora evidentes, acabaram por se mostrar dependentes de uma intervenção managerialista que autonomize estas duas áreas científicas em dois serviços médicos distintos. Neste sentido, e dado que a orientação dos comportamentos, quer por valores, quer pela tradição, foram especificamente encontrados nesse grupo específico de cirurgiões, não é de estranhar o peso pouco expressivo que revelam na estruturação do serviço.

A conclusão fundamental a que se chega é que as relações inter e intra profissionais encontram suporte em processos e mecanismos não necessariamente iguais entre os vários contextos de acção, configurando, de uma forma indelével, a orientação dos comportamentos individuais e o resultado das intervenções organizacionais. Verificou-se em que medida os médicos são tanto um produto do seu contexto como, ao mesmo tempo, são responsáveis pela sua produção.

## **9.2. A REFLEXIVIDADE COMO PRODUTO E PRODUTOR DA REALIDADE SOCIAL**

Numa fase mais introdutória e teórica deste trabalho, a reflexividade e, conseqüentemente, a consciência foram apresentadas como dependentes dos contextos sociais de interacção não ignorando, ao mesmo tempo, essa como uma capacidade activa dos indivíduos para se reconhecerem, reconhecerem os outros e reconhecerem os seus interesses na alteração do curso dos comportamentos. Ora, é precisamente esta componente dual da reflexividade humana – enquanto produto e produtor da realidade social – que se analisa neste ponto, sobretudo tendo em consideração as dinâmicas empíricas em análise neste trabalho.

Os dois contextos médicos considerados revelaram a presença de diferentes processos de acção responsáveis pela estruturação desses espaços. Sabe-se agora quais as motivações mais importantes para o funcionamento de um serviço médico de base

conservadora, por um lado, e de base empresarial, por outro. O que isto traduz é que os interesses individuais não são necessariamente comuns, partilhados e arbitrários, estando dependentes de contextos específicos de acção. De facto, é seguro afirmar que diferentes contextos criam diferentes possibilidades de comportamentos, não havendo outro modo para justificar essa regularidade senão por intermédio da definição estrutural dos limites para a acção individual. Daí que a grande maioria dos médicos no primeiro serviço apresentasse uma orientação dos seus comportamentos predominantemente centrada pela tradição e pelas respectivas autonomias individuais, enquanto para a maioria dos médicos do segundo serviço a regularidade foi uma orientação consciente quanto ao fim de fazer parte do projecto científico do director de serviço.

Após a discussão desenvolvida no ponto 8, poucas dúvidas restam sobre o papel e autonomia dos directores de serviço para a configuração dos respectivos serviços médicos. Neste caso, como então justificar as enormes diferenças entre cada serviço médico no mesmo hospital, já para não falar em hospitais distintos? Esta constitui a prova mais evidente que a acção dos indivíduos não deve ser considerada como um mero reflexo de condições sociais objectivas, pois desse modo seria de esperar que todos os serviços médicos da mesma especialidade apresentassem, invariavelmente, as mesmas características. Na verdade, a relação entre estrutura e acção assume uma natureza bem mais complexa, dado que as duas se relacionam de forma recíproca e variável.

Tal afirmação não pode, contudo, ignorar que os constrangimentos sociais objectivos são anteriores e externos à acção. Neste sentido, a maior ou menor abertura e a maior ou menor variabilidade da relação entre estrutura e acção não ignora as posições sociais ocupadas e a natureza dos recursos detidos. A questão é que o lugar ocupado e os recursos detidos não representam apenas propriedades estruturais, tendo que se equacionar o interesse individual em mobilizá-los. O caso vivido na medicina interna ilustra particularmente este argumento. As condições estruturais que a balizam – quer o financiamento da sua actividade ser pouco significativo por comparação a outras especialidades, quer a natureza dos cuidados prestados basear-se numa actividade assistencial pouco diferenciada e com reduzidos níveis de dependência tecnológica – constituem forças suficientes para pressupor que a realidade desta especialidade médica é relativamente invariável entre os diferentes contextos hospitalares. No entanto, as dinâmicas vividas, apresentam uma natureza bem mais complexa, pelo que equacionar apenas as semelhanças entre os contextos médicos decorrente dos seus constrangimentos



externos ignora especificidades de processos inerentes aos seus intervenientes. É neste sentido que se afirma que a correcta compreensão dos contextos hospitalares não pode deixar de perceber o modo como os jogadores jogam o seu jogo:

Eu continuo a achar que as coisas são complicadas porque as pessoas são complicadas. As coisas às vezes são complicadas mas na maioria das vezes as pessoas é que complicam aquilo que é fácil. Portanto, podem chamar a isso de EPE, SA, função pública, podem pôr as siglas que quiserem. Se as pessoas que cá estão são todas complicadas, não interessa o que é que isto é, vai ser sempre difícil. [em relação a outro hospital onde trabalhou] tenho a noção que lá era tudo mais fácil. Eu conheço as pessoas que estão lá e que fazem ensaios clínicos, as coisas são mais fáceis, é mais prático, não é tão complicado. (AB6, Internista)

Neste excerto torna-se claro, pela experiência do médico, que no outro serviço onde trabalhou a realidade vivida é diferente, não devido à posição da especialidade, mas de acordo como as regras são mobilizadas. Não deixa de ser um serviço de medicina interna, não deixa de ser uma actividade assistencial pouco diferenciada ao nível do uso de tecnologia, não deixa de representar o repositório de doentes de outras especialidades. Portanto, além da existência de condições estruturais para a acção torna-se necessário salientar os motivos, ora para a reprodução, ora para a mudança de comportamentos.

Na realidade, a relação entre a capacidade de acção e os constrangimentos estruturais não pode ser fornecida sob uma única matriz conceptual, até porque anularia a possibilidade de alteração dos comportamentos. Mudar ou agir em conformidade depende de um conjunto de factores que, como se viu, vão desde as possibilidades estruturalmente dadas até aos interesses individualmente percebidos, não ignorando os próprios contextos de interacção e os interlocutores com quem se interage.

Além do exemplo fornecido pela medicina interna, a prova que a acção individual dos profissionais acaba por estar intrinsecamente dependente dos seus intervenientes ao ponto de configurar as condições estruturais dos outros profissionais, é também identificável para a gestão hospitalar.<sup>156</sup> Por um lado, deu-se conta de todo um conjunto de constrangimentos internos e externos específicos a cada organização para justificar a existência de condicionalismos efectivos ao modo como o mesmo gestor nem sempre consegue os mesmos resultados com o mesmo projecto e estratégias. Por outro lado, é

---

<sup>156</sup> Embora o reduzido número de gestores presentes no estudo de caso impossibilite qualquer desenvolvimento analítico sobre a acção dos gestores hospitalares, optou-se por não deixar de mencioná-los como forma de provar que a liberdade de acção nos contextos hospitalares não é uma condição exclusiva da discricionariedade médica.

inequívoco o poder formalmente detido e, portanto, a capacidade estrutural para desenvolver o projecto que se pretende e que se considera necessário:

Eu acho que os poderes [legalmente atribuídos ao CA] são manifestamente suficientes para o que podemos fazer e para o que estamos a fazer. O problema está muitas vezes em saber se os poderes são exercidos, quer em termos de extensão de poderes quer em termos de bom senso, e aqui não sei (...) (AG2, Gestor, Membro do CA)

É decorrente desta relação entre constrangimentos sobre a acção e a sua capacidade de intervenção sobre esses constrangimentos que se discute a reflexividade. Perceber o que é feito e por que motivo é feito, neste caso concreto na realidade hospitalar, exige equacionar todo um conjunto de questões relativas ao modo como os indivíduos constroem o seu profissionalismo e, conseqüentemente, o desempenho do seu papel profissional.

Estando o olhar centrado sobre os gestores, a compreensão dos seus comportamentos deve ter presente mudanças significativas nas responsabilidades atribuídas. Como se viu, é-lhes atribuída a responsabilidade de gestão do hospital em domínios outrora circunscritos à actividade médica. Compra de material cirúrgico, escolha de medicamentos ou organização das equipas médicas são alguns exemplos das competências alargadas à gestão. No entanto, a presença quotidiana nestes espaços de interacção começou a revelar processos variáveis no modo como a gestão hospitalar é desempenhada. O que fazer e como o fazer constituem possibilidades relativamente abrangentes, não havendo um modelo que garanta uma actividade que se espera previsível. Por conseguinte, começou a ganhar expressão um conflito e criticismo dos médicos mais em relação a uns gestores do que a outros, do mesmo modo que nos discursos dos gestores algumas nuances apontavam para a hipótese de estar em presença diferentes formas de conceber a gestão e o seu papel na organização hospitalar. Os dois excertos que abaixo se apresentam são reveladores disso:

[até que ponto é que para o seu projecto de gestão é importante o controlo da actividade médica?] Eu acho que é decisivo. A actividade médica é o coração do hospital, é ela que determina tudo no hospital, quanto gasta, quanto consome, quantas refeições produz. Tudo isso depende da actividade clínica e da decisão médica. (...) o controlo sobre o médico executante de tarefas operacionais concretas passa muito pelo controlo e pela capacidade de influência da gestão junto dos seus directores e dos seus responsáveis intermédios, criando e inculcando uma cultura diferente junto dos directores e dos responsáveis intermédios (Gestor, Membro do CA, AG2)

Há sempre uma hierarquização decorrente dos lugares. Um presidente pode ser gestor como ser médico, mas um presidente que seja gestor tem que ter alguma visão ampla de toda actividade clínica e tentar aqui uma relação de parceria e um trabalho de equipa. Eu acho que arranjar aqui uma forma hierarquizada de funcionamento e dizer <os médicos têm que estar

acima ou os gestores têm que estar acima...>, as coisas não funcionam assim. O que tem que existir é de facto no perfil de um presidente do hospital é uma grande gestão de bom senso, bom senso. (Gestor, Membro do CA, AG3)

Estão em presença modos não inteiramente coincidentes na forma como estes dois gestores se posicionam relativamente à autoridade médica. O primeiro evidencia uma preocupação e mesmo necessidade de controlo sobre a actividade dos médicos, por intermédio de uma gestão legitimada hierarquicamente e dotada de poder formal para gerir o hospital. Gerir acaba por se assumir enquanto sinónimo de um controlo de tipo administrativo-burocrático, onde se espera um cumprimento uniforme das regras definidas. Não surpreende, por isso, que durante o período de observação este gestor tenha estado envolvido em alguns conflitos profissionais com a medicina. Parte do desempenho profissional passa pela tentativa de um efectivo constrangimento das autonomias profissionais, tendo em conta a preocupação do respeito pelos desígnios do hospital. Paralelamente, manifesta uma nítida consciência quanto ao poder diferenciadamente detido entre várias especialidades médicas e a necessidade de manter intocáveis certos espaços de autonomia médica. Ou seja, a sua intervenção sobre o funcionamento hospitalar não tem por base um reconhecimento homogéneo sobre as várias actividades médicas, dado que equaciona de uma forma completamente individualizada critérios de diferenciação definidos por si. Além disso, a sua intervenção sobre a autonomia médica tende a acontecer apenas em situações que se apresentem como contrárias em relação ao modo como projecta a sua concepção da gestão hospitalar. Foi por isso que anteriormente se comprovou o reforço do profissionalismo médico no serviço de cirurgia. Apesar dos espaços de autonomia verificados nesse serviço serem motivos de conflito potencial com os objectivos do CA e do próprio hospital, a opção é deixar intocáveis alguns desses espaços de autonomia. Dada a orientação manifestada por este gestor percebe-se que o motivo fundamental disso é o facto de o serviço responder aos critérios de produtividade pretendidos:

repare, o serviço tem crescido, tem mostrado mais serviço, tem feito mais transplantes, tem uma produção cirúrgica aumentada, portanto, nós temos facilitado tudo o que o serviço precisa para produzir e para se expandir e ele tem respondido. Podia ser melhor? Podia ser mais económico? Com certeza que podia. O modelo de incentivos podia ser mais transparente e ser diferente, mas isso não tem sido objecto das nossas preocupações (Gestor, Membro do CA, AG2)

Pelo relato de experiências anteriores, percebe-se que caso a orientação do serviço fosse contrária aos interesses e projectos deste gestor haveria condições para fortes

conflitos entre medicina e gestão, com os primeiros a reivindicarem os seus espaços de acção e o segundo a tentar constrangê-los. De facto, houve situações em que o entendimento do gestor sobre o seu papel profissional e sobre a sua posição o fizeram entrar num conflito declarado com chefias médicas, ao ponto de as dominar:

e eu disse <tem que fazer isto. É uma obrigação que eu lhe incumbi. O Sr. não pode dizer que não. O CA está a dizer para o Sr. fazer, é uma obrigação. Faz parte dos seus deveres de funcionário do hospital. O Sr. tem que fazer> (Gestor, Membro do CA, AG2)

Mesmo no hospital onde anteriormente desempenhou as mesmas funções:

o director clínico da altura, a forma de ser dele muito desconfiado e sobretudo muito paralisado incapaz de fazer coisas, nós fomos aguentando aquilo mas a situação tornou-se insustentável e houve um dia em que eu lhe disse <ou o Sr. se demite ou eu proponho a sua demissão, porque o Sr. não dá andamento às coisas, tem medo de tomar decisões, é contra as decisões de gestão>, e o Sr. lá saiu (Gestor, Membro do CA, AG2)

Por outro lado, o excerto apresentado em relação ao segundo gestor respeita uma coerência com a prática observada ao longo da pesquisa, sendo notório o modo como este entendimento da gestão e de medicina orientava a sua prática profissional quotidiana. Não houve registo de nenhuma situação em que os médicos se tenham referido a este gestor no sentido da existência de conflitos profissionais. Neste caso, a gestão é percebida no sentido de apoio à decisão médica sem entrar numa lógica de concorrência pelo poder no hospital. As diferenças relativamente ao entendimento do primeiro gestor são, por isso, visíveis. Enquanto nesse caso o entendimento da medicina é que, como qualquer outra actividade no hospital, responde à autoridade da gestão, por seu lado, o segundo gestor acaba por evidenciar um entendimento da gestão não em sentido concorrente, e por isso conflituoso com o profissionalismo médico, mas mais num sentido de apoio à decisão médica. Quando questionado sobre a sua percepção da aceitação dos seus projectos por parte dos médicos e se isso tinha causado algum tipo de conflito, a sua resposta é esclarecedora:

Não, não. Podia aqui haver alguns constrangimentos nesse sentido, mas não tive nenhuma barreira até à data. Nenhuma. (Gestor, Membro do CA, AG3)

Em sua opinião, este resultado está associado ao exercício das funções de gestão hospitalar mais em sentido de cooperação relativamente aos pedidos dos médicos, os quais, segundo ele, o vêem como um auxílio à concretização dos seus interesses profissionais.

Aliás, esta percepção é tida pelo gestor com grande valor e importância para a qualidade do trabalho desenvolvido.

Sem que estas evidências empíricas sejam suficientes para chegar a qualquer definição analítica capaz de mapear a prática da gestão hospitalar, torna-se visível o argumento teórico que a construção reflexiva da acção desempenha um papel activo na configuração das relações inter-profissionais. Além disso e, porventura, mais importante fica provada a ideia que as regras organizacionais, enquanto propriedades estruturais, dependem directamente dos indivíduos por elas responsáveis. O desempenho da gestão hospitalar deve, por isso, ser analisado nesta vertente mais complexa, variável e contingente, do que transparece na objectividade dos seus instrumentos quantitativos.

É sob um prisma semelhante que se olha para a prática médica. Na realidade, o papel da arbitrariedade e da experiência individual na interpretação hipotético-dedutiva própria da metodologia científica da medicina não é um dado novo na reflexão (e.g. Antunes, 2003; Schraiber, 2008). Aqui não se pretende desenvolver uma discussão nessa linha de argumentação. No entanto, a ideia de que a produção e aplicação da objectividade científica estão inerentes a processos individuais legitima o papel da reflexividade enquanto mecanismo organizador e orientador das práticas.

Tal como foi argumentado já neste ponto, uma das provas mais evidentes do papel da acção na configuração das estruturas é encontrada na forma como os directores de serviço configuram de um modo único cada serviço médico. Houve a oportunidade de pôr em evidência a motivação dos directores, quer do serviço médico de base conservadora, quer do serviço médico de base empresarial, para a concretização dos respectivos projectos profissionais. O primeiro, fortemente influenciado por uma orientação quanto à tradição, reproduz de forma, ora consciente ora não consciente, lógicas de autonomia médica como de resistência às mudanças prosseguidas por uma moderna gestão hospitalar co-existent com um forte sentido de lealdade para o exterior. O segundo, por seu lado, apresenta uma forte influência por uma orientação quanto aos fins, principalmente quanto à concretização de um projecto científico de relevância política e científica, quer nacional, quer internacional (Cf. pto.8.2. e 8.3.).

Sabendo da existência destes dois espaços de acção marcados por processos tão distintos, o aspecto que se pretende pôr em destaque é a sua influência na produção das orientações da acção dos médicos aí socializados. Como se percebe, esta discussão

representa a primeira parte da componente dual da reflexividade, tomando-a enquanto produto social. A relevância deste argumento é que é na direcção dos serviços que se pode encontrar os mecanismos mais importantes na compreensão de como os médicos agem, sendo aí que deve ser procurada a explicação de parte da construção do profissionalismo médico – em que a outra parte decorrerá de outras fontes de socialização – e das relações intra e inter profissionais.

Um dos processos mais evidentes do papel da socialização profissional nas práticas e representações dos médicos encontrou-se na relação concorrencial e, por vezes, conflituosa entre as duas sub-áreas de especialização do serviço de cirurgia: cirurgia hepato-bilio-pancreática e cirurgia de obesidade. Representam dois projectos científicos completamente distintos, até pelo ponto de vista do modelo de organização das equipas médicas, liderados por dois médicos no topo da hierarquia profissional e que acabam por constringer os médicos a optar por uma dessas áreas. De facto, torna-se evidente o papel estruturador das fases iniciais de socialização no serviço, na medida em que tende a haver uma regularidade na escolha pela área científica do respectivo tutor ou da “tira” onde os médicos foram incluídos enquanto jovens internos. Embora, actualmente, esse modelo de organização do trabalho tenha sido substituído por uma chefia de serviço centralizada no director, o peso desta socialização continua a fazer-se sentir, além de vigorar entre os médicos uma consciência das consequências de optar por uma ou outra área em termos das condições para a continuidade no serviço. De facto, ao longo da pesquisa tornou-se evidente que a continuidade dos médicos neste serviço estava muito dependente do interesse em trabalhar na transplantação ou cirurgia hepato-bilio-pancreática. A saída de internos do serviço por não estarem envolvidos nessa área, ou a tentativa de mobilização dos seus interesses logo nos períodos iniciais de entrada no serviço, são dois exemplos flagrantes da influência dos objectivos do director nas opções profissionais dos médicos.

Identificada genericamente esta articulação entre o papel da socialização e a presença de interesses conscientes e reflexivos, importa olhar de uma forma mais atenta para as respectivas consequências na estruturação das práticas e representações dos médicos. Na realidade, torna-se inequívoca a explicação da socialização na orientação das preferências individuais, quer não conscientes quer conscientes. É, fundamentalmente, por este motivo que os médicos socializados entre os que defendem a cirurgia de obesidade reproduzem os seus interesses, o mesmo acontecendo para os médicos socializados dentro do projecto da cirurgia hepato-bilio-pancreática. Ambos apresentam os mesmos

argumentos de defesa das respectivas áreas em detrimento das restantes: “*é a mais desafiante e que mais me motiva*”; “*é a que exige um contacto mais próximo e partilhado com os doentes*”; “*é a que permite salvar vidas*”. Daqui constituem-se então grupos relativamente homogêneos nos seus projectos e interesses e que, em certo sentido, actuam como verdadeiros núcleos de poder pela defesa e manutenção das respectivas áreas científicas.

Em convergência com a teorização de Bourdieu (2001, 2002) o poder das aprendizagens na estruturação da realidade social faz-se sentir pela forma enraizada com que penetra e constrói os indivíduos, mas também pela representatividade das situações em que isto acontece. No caso dos médicos em estudo, a grande maioria entra no serviço por intermédio de relações profissionais noutros contextos com médicos pertencentes ao serviço. De facto, foram relativamente poucos os cirurgiões que entraram no serviço de forma anónima e equidistante em relação às áreas científicas em presença. Obviamente, que a mais linear consequência disso é uma normal partilha e reprodução de interesses e projectos profissionais em relação aos profissionais que servem de ponte para a entrada nestes espaços, evidenciando o peso da socialização profissional nas escolhas profissionais e nos modos de actuação no interior do serviço.

Contudo, a compreensão das trajectórias sociais necessita que se retroceda a momentos prévios na socialização dos médicos. Este trabalho é claramente insuficiente para responder à totalidade dos desafios que se colocam na procura de conhecer em toda a sua complexidade os vectores preponderantes da socialização social destes profissionais, até porque não foi esse o objectivo traçado. Ainda assim, alguns indícios ganham relevância e podem apontar pistas interessantes de investigação. Um dos aspectos preponderantes diz respeito aos motivos pela escolha da profissão. O conjunto de motivos presentes entre os entrevistados deixa perceber a variedade de factores por detrás dessa opção, estando em evidência factores mais explícitos e previsíveis, como a influência de familiares directos, como outros de natureza mais alargada e complexa. O lugar ocupado pela medicina na sociedade e o prestígio socialmente detido pelos médicos, a valorização ética, moral e religiosa de ajuda e apoio, a valorização pelo controlo e poder sobre os outros e perspectivas de segurança remuneratória foram alguns dos motivos mais presentes nos discursos dos entrevistados. Obviamente que qualquer extrapolação destes resultados é imprudente, mas comprovam aquilo que Jeammet (et al, 1996) analisaram como a complexidade dos processos em presença nesta escolha. Em todo o caso, torna-se

inequívoco o papel que a socialização directa exercida pelos pais ou por familiares directos foi determinante para a maioria dos médicos entrevistados:

[Porque motivo veio para esta especialidade?] Oh, isso é quase genético. Porque as coisas foram acontecendo, mas acho que estavam predestinadas. O meu pai é cirurgião (...) e por isso foi uma coisa na qual cresci. Depois quando era adolescente achava graça para aprender a comportar-me num bloco e a respeitar as regras da sepsia e isso tudo...comecei a ir aos transplantes – nessa altura ainda só se faziam os transplantes [hepáticos] experimentais em animais (...). Depois também ia aos transplantes pancreáticos quando estava na faculdade e depois começaram os transplantes renais em humanos. (...) quando acabei o curso comecei a ajudar e depois vim para cirurgia e comecei a fazer. (...) portanto, foi muito cedo. Não me consigo imaginar a fazer outra coisa (AA7, Cirurgião)

Por outro lado, importa desmistificar um peso excessivo que uma análise centrada da socialização familiar pode significar na escolha de se ser médico. Não foi assim tão fortuita a influência de dimensões mais amplas de socialização presas a referenciais éticos e morais sobre o papel da medicina na cura e ajuda. De facto, os médicos, sem a presença de outros médicos em fases iniciais de socialização directa, evocaram uma construção ética e moral da profissão como justificativo da sua escolha. O valor social da vida e o lugar exclusivo que a medicina ocupa na sua salvaguarda acaba por implicar outros benefícios alargados que podem ser de natureza social, económica ou política:

Quando entrei na faculdade não sabia o que queria ser e a medicina permitiu-me adiar um bocadinho essa decisão, porque, apesar de tudo, o curso de medicina ainda abre muitas portas (quer dizer), ser dizer: ser médico permite muitas coisas. (...) Não vamos ser hipócritas, também tem a ver com um certa segurança profissional. (...) Mas acho que tenho jeito para as pessoas e falar com elas (...) pareceu-me a melhor maneira de conciliar as duas coisas, percebes? (AA1, Cirurgião)

Sem que se ponha em causa os constrangimentos sociais na definição das opções e escolhas individuais, é necessário equacionar ainda um outro conjunto de influências igualmente explicativas de certas tomadas de decisão importantes no curso da vida. Isto significa que os incontornáveis padrões e regularidades sociais não devem consubstanciar uma ideia quase mecanicista da influência dos factores sociais na compreensão da decisão individual de agir. Dito isto, não obstante o papel da socialização, quer directa quer por referenciais macrossociais mais amplos, situações como acontecimentos marcantes na vida assumem uma dimensão de tal modo importante que acabam por se superiorizar no sentido dado ao vivido. Percebe-se que em causa não estão processos sociais, mas o modo como os processos sociais são sujeitos a uma inteligibilidade individual que lhes confere um



significado e uma determinada valorização impossível de reproduzir para outras pessoas e contextos de interacção.

Nesta linha de argumentação, convoca-se o raciocínio de Hopcke (1997) sobre o conceito de sincronicidade – ou coincidência significativa.<sup>157</sup> A ideia por detrás do conceito é “*a ocorrência de dois acontecimentos significativos mas não relacionados de forma causal*” (p. 39) que, pela sua natureza improvável e marcante, envolve processos emocionais e cognitivos e, conseqüentemente, um momento de reflexão e de consciência individual. São situações momentâneas, raras e inesquecíveis. Trata-se de situações específicas em que os indivíduos atribuem um entendimento à sua vida quotidiana, revelando um papel decisivo para uma aprendizagem do *ego* sobre si mesmo, independentemente da natureza dessas explicações (tanto podem ser racionais, como místicas ou religiosas). Portanto, a utilidade do conceito é apresentada em termos da interpretação sobre a dimensão subjectiva na significação aos acontecimentos objectivos.

Situações traumáticas, no sentido da sua excepcionalidade e dos seus impactes sobre o curso expectável da vida, podem configurar-se como importantes vectores de estruturação de práticas e representações que fogem às explicações menos sensíveis aos processos intra-sociais. Em baixo dá-se conta de um excerto que exemplifica o modo com atribuições simbólicas a acontecimentos acabam por funcionar – mesmo que em conjugação com outros processos como os atrás descritos – como os motivos preponderantes que a escolha da profissão e da especialidade médica. Uma vez mais, a premissa teórica em causa é não apenas as influências sociais, mas o modo como estas são filtradas, objectivadas e imbuídas de sentido por parte dos indivíduos.

[como pensou em ser cirurgião pela primeira vez?] desde pequenino, acho eu. Porque estive dois anos internado num hospital com um problema de saúde complicado e nessa altura disse: <ok! Quero ser médico>. Ser cirurgião era a única coisa que eu podia escolher (...), essencialmente era poder fazer com que as pessoas não passassem por muita coisa que eu passei e que pudesse abreviar esse sofrimento. (...) A cirurgia tinha esse caminho. (AA12, Cirurgião)

---

<sup>157</sup> O psicoterapeuta e psicanalista oriundo da escola psicológica de C. G. Jung dá conta que o objectivo desse autor foi trazer acontecimentos considerados irracionais, ocultos e misteriosos para um domínio de racionalidade científica. A relativa marginalidade do pensamento Jungiano na psicologia cognitiva – europeia e americana – é justificada por Hopcke pela estrutura de raciocínio causa-efeito dominante nas sociedades da revolução industrial influenciadas pelo Iluminismo, dificilmente permeáveis à noção de incerteza e de contingencialidade nas trajectórias e opções de vida. A referência que se faz ao conceito não anula, contudo, uma interpretação crítica sobre as suas limitações quando analisado sob premissas de carácter sociológico.

É deste modo que se articula a reprodução da realidade social de forma contingente e variável decorrente da inteligibilidade humana. Não é possível antever quais as realidades objectivas mais dependentes destes processos de objectivação individual, dada essa propriedade ser intrínseca à existência individual. A sociologia apresenta as condições teóricas necessárias para as entender e filtrar, necessitando, contudo, de um posicionamento epistemológico atento à dupla interligação entre realidade objectiva e existência individual.

Relembrando que o objectivo deste ponto está centrado na discussão das acções individuais como produto e produtor da realidade social e após se ter comprovado as implicações da primeira parte desta relação, estão criadas as condições para explorar o modo como a reflexividade pode fugir às aprendizagens sociais, evidenciando o papel activo do indivíduo não só como um produto social, mas também como produtor dessa realidade.

As situações empíricas observadas que comprovam este argumento tanto dizem respeito à opção dos médicos abraçarem a área científica dominante no serviço, mesmo não se reconhecendo nesse projecto, como abdicar da área científica em que foram socializados para tentarem apostar naquela que consideram trazer maiores benefícios presentes e futuros. Num caso ou no outro, em causa está uma consciência reflexiva sobre as condições destes médicos continuarem a trabalhar no serviço, mas também a consciência das áreas de maior desenvolvimento científico e de melhor remuneração. Como se viu, a transplantação constitui também uma área de relevância política.

[Ao questionar um cirurgião sobre a área de especialização em que ele se revia, dada a divisão interna entre quem faz cirurgia geral e cirurgia hepática e biliar a sua resposta foi:] Em qual das duas é que me encaixo? Bem, eu estou forçosamente mais ligado à cirurgia hepato-biliar. Tenho feito muito pouca cirurgia geral, apesar de gostar e pensar em mim como um cirurgião geral. Eu vejo-me como um cirurgião geral. (...) Eu sempre gostei de ter uma visão mais geral das coisas e gosto de pensar em mim como um cirurgião geral (...) e tenho pena, quer dizer, se tivesse que escolher hoje, para trabalhar naquele serviço, se eu tivesse que escolher entre estar no grupo da hepato-biliar ou no grupo da geral, continuaria a estar na hepato-biliar. (AA1, Cirurgião)

O que esta ideia permite equacionar é uma não linearidade na coerência dos comportamentos. Além de poderem estar dependentes de contingências, como é o caso de acontecimentos que despertam um significado nos indivíduos, existe a possibilidade de avaliações constantes entre aquilo que se tem e o que se espera ter.

---

Neste sentido, pode-se assumir a acção numa componente estratégica além da mera reprodução de influências passadas. Esta estratégia não é apenas um produto de aprendizagens, dado que pode opor-se a processos determinantes na socialização dos indivíduos e dos seus níveis de referenciação mais importantes. Comportamentos tanto reproduzem como podem alterar processos enraizados, principalmente porque os contextos de interacção e os recursos detidos pelos indivíduos também assumem uma natureza mutável. Foi com esta base que na reflexão teórica sobre a estrutura cognitiva da acção se afirmou que a alteração das práticas rotinizadas e os interesses são dois mecanismos explicativos para considerar os desvios da acção como não contradições nem indeterminações.

Dizer que não há uma linearidade na coerência dos comportamentos não significa que não exista uma estrutura responsável por essa ordenação. Pelo contrário, afirma-se que os comportamentos são tendencialmente coerentes sempre que respeitem motivos, conscientes ou não.<sup>158</sup> A questão é que os motivos nos quais os comportamentos se suportam são diversos e podem co-existir no interior de cada indivíduo, sendo fundamentalmente aí que se baseia a existência das aparentes contradições e indefinições do curso das acções.

A coerência pode referir-se à reprodução expectável de aprendizagens e influências sociais, assim como é coerente o comportamento que responde a interesses diversificados que se podem afastar dessas expectativas. Os interesses são variáveis em função de factores contextuais e de objectivos futuros, ultrapassando o campo das possibilidades permitido pelas trajectórias passadas. Uma terceira forma de coerência diz então respeito a acontecimentos marcados por uma forte carga simbólica e que orientam a partir daí importantes decisões futuras. Não residem nos acontecimentos propriamente ditos, mas na forma como são interpretados individualmente, ou seja, por intermédio da atribuição de significado.

No caso do cirurgião referido anteriormente, percebe-se que a sua interpretação da actividade cirúrgica decorre de outros contextos de socialização educacionais e profissional, mas também de objectivos profissionais e pessoais que o afastam de

---

<sup>158</sup> Obviamente esta afirmação não se refere a comportamentos reactivos ou impulsivos. Em todo o caso, é possível pressupor que algumas influências sociais cristalizadas podem constituir parte destes comportamentos. São de tal modo profundas na existência individual que definem a essência do indivíduo.

prosseguir o projecto de transplantação de forma tão dedicada e esclarecida como alguns dos seus pares:

Já entrei na escada, não sei se quero subir até ao cimo dela, estás a perceber? O facto de nós gostarmos de correr não quer dizer que nós depois queremos ser todos Carl Lewis, não é?...gosto de correr. (...) (AA1, Cirurgião)

Esta é uma das formas mais evidentes de mostrar a complexidade inerente ao comportamento humano. No caso ilustrado, fica patente um não interesse consciente em entrar de forma mais aprofundada nos projectos científicos dominantes do serviço, embora se tenha visto na página anterior que este entrevistado manifesta uma consciência explícita quanto aos seus objectivos, quanto ao modo como entende a sua posição no serviço e em relação às regras do jogo que precisa de aceitar para continuar a trabalhar com este director. Como Boudon (2003) atenta, os interesses apresentam uma natureza diversa, o que neste caso se traduz no interesse em não querer fazer mais, mesmo sabendo que daí poderão advir algumas consequências negativas para o percurso deste entrevistado no interior do serviço. Conversas informais deram visibilidade a outros interesses extra-profissionais altamente valorizadas pelo entrevistado e que justificam alguma resistência para aceitar o tempo e a dedicação que a actividade de transplantação envolve, além da actividade médica habitual do serviço. A consciência, a reflexividade e a estratégia constituem dimensões cognitivas presas ao foro individual que permitem compreender a co-existência de diversos quadros orientadores dos comportamentos e que conduzem a uma capacidade activa do indivíduo para produzir alguns dos seus caminhos de vida.

Certamente outros campos científicos que não o sociológico trariam outros vectores explicativos sobre a diversidade do curso dos comportamentos e a sua aparente contradição. Neste trabalho, pelos menos estas três dimensões explicativas da acção foram identificadas como essenciais para a compreensão dos contextos de trabalho, a sua configuração e dinâmicas: (I) os efeitos nítidos dos processos de socialização pessoal e profissional; (II) um sentido diversificado dos interesses presentes e futuros não decorrentes apenas das trajectórias passadas mas de uma avaliação reflexiva, e neste sentido crítica, daquilo que os indivíduos esperam vir a concretizar, e que resulta de uma avaliação entre expectativas e experiências; (III) a atribuição de significados a situações percebidas como dignas de valor e, por isso, entendidas como determinantes nas opções tomadas e no sentido dos comportamentos. Estas dimensões permitem perceber a base alargada onde se suportam as opções da acção, segundo numa matriz que articula

influências passadas, contextos presentes de interacção e expectativas futuras. Retomando, então, uma das ideias fundamentais debatida inicialmente, percebe-se os elementos teóricos por detrás da ideia que nem os médicos se opõem aos gestores apenas por serem médicos nem o contrário. A base dessa explicação deve residir na construção das objectividades individuais, segundo um leque de motivações produzido por aquele conjunto de influências.

### **9.3. PARA UMA COMPREENSÃO GERAL DA RELAÇÃO ENTRE MEDICINA E GESTÃO: PERFIS REVELADORES**

Este último ponto de reflexão visa fornecer elementos que permitam sistematizar alguns dos processos atrás descritos. Porque o nível analítico está centrado no plano individual, é imprescindível um conhecimento mais aprofundado sobre os intervenientes em presença. Concretizando um dos pressupostos teóricos defendidos neste trabalho, as conclusões apresentadas aplicam-se apenas aos contextos empíricos observados, não sendo possível extrapolar as suas dinâmicas para outras realidades hospitalares. Afinal, o sistema de acção é específico (Cf. Crozier e Friedberg, 1977), o que implica que qualquer análise desta natureza não prescinde de um conhecimento aprofundado sobre os mecanismos próprios desse contexto de interacção e dos indivíduos que o constituem.

Aquilo que se pretende pôr em evidência são alguns perfis paradigmáticos de médicos que revelem de um modo explícito a complexidade inerente aos comportamentos e, deste modo, fornecer ao leitor um contacto mais próximo com os processos individuais responsáveis pela abordagem desenvolvida. Um dos pontos-chave do trabalho foi a identificação de diferentes orientações dos comportamentos seguindo a lógica weberiana (1983). Num sentido próximo ao que Lahire (2002) discute, apresentam-se alguns retratos sociológicos que permitem vislumbrar formas, ora mais conscientes e reflexivas, ora menos conscientes e não reflexivas de justificar o curso da acção por intermédio de cada um dos quatro tipos-ideais de orientação dos interesses atrás considerados: tradição, valores, fins e afectos.<sup>159</sup> Cada um destes tipos de orientação dos interesses é responsável por processos de estruturação dos comportamentos muito enraizados, comprovando, não só

---

<sup>159</sup> Para uma compreensão dos elementos conceptuais que suportam esta discussão vd. ponto 6.1.

a coerência de que se falava há pouco, mas também a diversidade de motivos que configuram os contextos de interacção e, por conseguinte, os resultados das próprias interacções.

De facto, os exemplos procuram dar conta da complexidade inerente à acção individual, perante condicionalismos estruturais – ora conscientes ora não conscientes – e a capacidade de atribuição de sentido. A questão por detrás desta discussão é que a mobilização de uma dada disposição interna pode representar mais do que uma mera inculcação externa. Ou seja, certas influências podem nem sempre despertar o mesmo grau de consciência e de valorização simbólica nos indivíduos, sendo esse um domínio intrínseco à sua inteligibilidade. Por isso, a razão para se procurar o sentido da acção tem por base o reconhecimento quanto ao papel activo que a consciência individual pode ter no desempenho dos papéis profissionais.

Reconvoca-se um aspecto fundamental nesta discussão, nomeadamente o facto de este trabalho poder centrar-se apenas nos níveis de intencionalidade discursiva e instrumental.<sup>160</sup> Qualquer interacção verbal propositadamente orientada pressupõe um grau elementar de intencionalidade, em que o indivíduo elabora esquemas mentais sobre o que dizer. Isso depende das avaliações que elabora sobre o contexto em que se encontra e sobre o interlocutor em presença. O momento de entrevista, mas também o desempenho quotidiano dos papéis profissionais, envolve um nível de actuação artificial que vai além da mera reprodução de influências inculcadas, tendo que se equacionar o efeito decorrente da avaliação que as pessoas fazem sobre os aspectos que se trazem para a interacção e aqueles que mantêm no domínio do privado (Goffman, 1993; Turner, 2001). Mais do que um obstáculo à produção de conhecimento científico, reconhece-se a existência intrínseca destas filtragens no apuramento do sentido que os indivíduos atribuem às suas acções. No fundo, trabalhar a reflexividade é explorar o modo como os indivíduos entendem para si e transmitem para os outros essa elaboração cognitiva.

Neste sentido, e de acordo com a esquematização apresentada no quadro 2.1. a visibilidade que agora se dá aos quatro sentidos orientadores da acção é por via da vertente reflexiva. Aquilo que se procura demonstrar são os efeitos produzidos na reflexividade, ora pela reprodução automática (no caso da tradição e, em parte, dos valores), ora pela mudança ou reprodução reflexiva (no caso dos fins e afectos), no modo como os médicos

---

<sup>160</sup> Cf. apresentado na figura 2.2. como os níveis (B) e (C).

constroem a sua posição no serviço, como se relacionam com as suas chefias e com a gestão hospitalar e como projectam a sua actividade profissional. O resultado é um quadro multifacetado sobre a forma como a profissão médica é exercida em função dos sentidos individualmente atribuídos à acção.

### 9.3.1. “Não tenho medo de nada nem de ninguém”: a reprodução da tradição

Internista, 58 anos, assistente hospitalar graduado em medicina interna e com actividades de docência a convite do director. Completa a sua formação clínica em hospitais pertencentes ao grupo dos Hospitais Cívicos de Lisboa e a partir do momento em que neste hospital é aberto o serviço de urgência transfere-se para aqui em actividade exclusiva.

Apresenta uma concepção da medicina sob uma perspectiva ampla, em que a prática clínica não deve ser espartilhada em áreas sub-especializadas. Pelo que se viu relativamente ao projecto científico do serviço de cirurgia, orientada para especialização crescente de áreas de conhecimento, salienta a importância da medicina interna como a única especialidade onde há uma interpretação completa de várias patologias, por intermédio de um conhecimento geral e profundo do indivíduo doente.

A sua actividade quotidiana centra-se no trabalho assistencial em enfermaria e na consulta. Considera que o seu objectivo é tratar os doentes e não tem qualquer outro objectivo que pretenda concretizar. Tem a sua área de interesse relacionada com a hipertensão, mas sente que o hospital tem estado pouco atento a isso. Gradualmente tem vindo a ser afastado de cargos de responsabilidade em sub-áreas dentro da medicina interna: *“impedir, ninguém impede, mas ajudar, ninguém ajuda.”*

A escolha do serviço responde de forma clara a uma reprodução de influências e de modos de estruturação do campo médico, sem que seja claro haver uma consciência do entrevistado quanto a essas opções. Quando questionado sobre a escolha por trabalhar no serviço responde que *“obviamente era um hospital onde eu já estava habituado a trabalhar, gostasse ou não gostasse, a questão aí não se põe, não é?”*. Portanto, independentemente dos seus objectivos e motivações, a entrada no serviço constituía – e ainda continua a constituir na maioria dos casos – um dos mais importantes elementos de estruturação das escolhas e práticas profissionais entre os médicos.

A escolha por medicina interna acabou por se afigurar como uma alternativa perante a falta de convite para continuar no serviço de cirurgia onde tinha feito parte do seu internato: *“a cirurgia ficou-me um bocadinho atravessada, sobretudo porque depois de eu já ter feito o exame, depois de ter entrado para medicina interna, um dos cirurgiões mais antigos com quem eu trabalhava disse <então você foi para quê? Foi para medicina interna? Então mas você não ficou connosco porquê?> E eu estive para lhe responder <porque vocês não me convidaram>”*. Considera, por isso, que as relações de autoridade internas à medicina são diferentes relativamente ao modo como foi socializado: *“realmente havia uma organização muito rígida, quase militar dentro dos hospitais e o novato que entrava era a formiga lá do grupo (...) estava condicionada [e] continuava por ali fora, e se não quisesse ter problemas tinha é que estar dentro das normas (...)”*. Essa relação de poder foi determinante para o modo como estruturou o

seu percurso profissional.

Assume uma posição crítica em relação ao director de serviço. Além de serem contemporâneos, acabaram por ter percursos distintos no serviço, com áreas de especialização distintas. Portanto, a lógica segmentada e autonomizada decorrente da organização das equipas médicas por “tiras” tem como efeito um acentuado afastamento entre os profissionais, tanto no modo de exercício da medicina, como nos interesses e projectos profissionais. Nesta estrutura, a autoridade das direcções de serviço tende a não ser reconhecida por médicos de outras “tiras”: *“os tempos mudaram (...) mas há algumas marcas que vêm do passado. Sem que exista um qualquer tipo de mau relacionamento há uma distância que vem do passado. Eu penso que ele desconfia um pouco de mim, ainda não tem uma confiança total na minha pessoa, precisamente porque eu era do outro grupo.”*

Denota que se sente prejudicado pelos cargos serem ocupados por motivos que ultrapassam o mérito profissional. Apesar das suas competências, considera que dificilmente irá vir a ocupar outro cargo devido à sua posição tendencialmente crítica relativamente às alterações políticas na saúde e ao lugar que tem sido dado aos gestores hospitalares na gestão da organização.

De facto, na sua concepção da medicina e do seu papel no hospital é notória a importância atribuída à sua prática autónoma sem a interferência de elementos não médicos nesse processo. Centrado exclusivamente na relação médico/doente, descarta qualquer pressão exercida sobre si, quer pelos seus pares, quer por gestores. A sua posição sobre o lugar da medicina no hospital é muito marcada por aquilo que foi a sua evolução histórica. Neste sentido, não reconhece qualquer lugar à gestão hospitalar, considerando que as suas competências são perfeitamente exequíveis pelo saber médico: *“não há dúvida que as pessoas certas para fazer funcionar os hospitais de uma forma eficiente e com muito menos custos são os médicos e disso não tenho dúvida nenhuma.”* Considerando que hoje em dia a gestão se constitui como um corpo de saberes especializados, a ideia que a medicina detém os saberes desempenhados pelos gestores traduz uma visão restrita e, nesse sentido, tradicional do papel da gestão hospitalar. Esta é uma leitura crítica sobre os papéis profissionais da medicina e da gestão e, por isso, potencialmente conflituosa.

É na relação exemplificada por este médico e por este gestor que se encontram as típicas situações de conflito entre medicina e gestão. Há como que uma sobreposição entre estas duas concepções de profissionalismo em áreas e competências. Também como é típico neste tipo de orientação da acção, perante eventuais pressões exercidas sobre a actividade assistencial, o médico mobiliza o monopólio dos saberes médicos como forma de legitimar a sua posição dominante na função do hospital: *“o médico, apesar de tudo, é uma pessoa que tem muita força, e mesmo aqueles que nos querem pressionar directamente e que nos ameaçam, entre aspas, têm medo das consequências, porque um médico pode dizer <aquele doente morreu porque a administração conduziu a uma situação em que aquele doente morreu>...isto é infernal, é infernal (...). Não tenho medo de nada nem de ninguém, nem de ser pressionado nem daqui nem dacolá.”*



### 9.3.2. “Levei sempre muito a peito o facto de fazer bem”: o peso dos valores

Internista, 54 anos, assistente hospitalar em medicina interna e com actividades de docência a convite do director. Pai médico, mas é sobretudo a educação religiosa que o entrevistado aponta como o principal motivo para a escolha da profissão: *“educaram-me na religião católica e sempre levei muito a peito o facto de fazer bem às outras pessoas (...) achei que a medicina era uma maneira de ajudar os outros”*. Esta concepção da medicina, estritamente ligada ao acto de curar e ajudar, revela-se crítica de uma prática clínica menos focalizada no doente. Por exemplo, afirma que um médico preocupado com a vertente científica da sua actividade dificilmente pode manter o mesmo tipo de ligação aos doentes e ao objectivo fundamental de ajudar os outros: *“pronto, é outra maneira de estar na medicina.”*

Fica no serviço após ter feito parte da sua formação médica. Sub-especializa-se em infecciologia onde se sentiu verdadeiramente realizado. Refere que parte significativa dessa realização decorria do facto de sentir a concretização do motivo que o levou a ir para medicina.

Muda para medicina interna para acompanhar a equipa e o seu director de serviço quando o serviço de infecciologia se autonomiza do de medicina interna. Fica com o director por um claro respeito pela autoridade por si exercida, o que denota um respeito por valores de lealdade entre as posições hierárquicas internas à medicina, que acabou por se transformar numa ligação emocional. No entanto, a reprodução desta forma de relacionamento muito comum na profissão teve implicações negativas sobre a actividade específica deste médico. Habitado e realizado com o trabalho desenvolvido com doentes vítimas de doenças infecciosas, o trabalho assistencial típico de um serviço de medicina, na resposta a uma população tendencialmente envelhecida, foi responsável por uma posição fatalista relativamente aos seus projectos futuros: *“são doentes muito...não sei explicar...são doentes jovens, portanto uma pessoa consegue ter uma relação...é diferente, é uma relação mais pessoal. Houve doente que eu acho que consegui, por exemplo os doentes toxicodependentes, falar com eles, conseguia percebê-los e conseguia ajudá-los...precisavam mais de mim, no fundo do que estes doentes precisam. Não é que os velhotes não precisem de nós, mas é diferente, é diferente. Simplesmente, não se sente realizada com a sua actividade quotidiana profissional, naquilo que projectou como sendo a actividade médica: “[de algum modo isso desmotiva-o?] Hum, hum”*.

Este sentimento acaba por ser agravado também devido à estrutura de organização do serviço por “tiras”. Mais do que se preocupar com a sua autonomia profissional, desmotiva-o o facto de não encontrar projectos comuns no serviço ou uma orientação que os médicos pudessem partilhar na concretização de uma prática médica centrada no doente: *“Porque é que não faço uma tentativa para mudar aquilo que se poderia mudar? Não sei bem responder a isso...quer dizer, no fundo eu sei bem responder a isso: porque acho que já não vale a pena. Eu já me sinto no fim da linha, acho que não vale a pena. (...) não temos um objectivo comum, um serviço, percebe? Cada um, pronto, entra aqui, faz o seu trabalhito e vai-se embora.”* Neste contexto, a sua motivação profissional acaba por estar centrada na formação dos médicos mais novos, quer alunos quer internos que estejam no serviço.

Clara demarcação entre os papéis da medicina e da gestão, dado que enquanto médico está apenas preocupado com a sua actividade assistencial. Medidas de gestão do hospital estão distantes das suas preocupações, embora discorde que os gestores consigam ter a leitura da cura e do tratamento que os doentes necessitam. A expressão do entrevistado

quando diz “ninguém vê nada, ninguém faz nada”, exemplifica o modo como as questões relativas ao funcionamento do hospital e do serviço, embora afectem a sua motivação, são colocadas como competências externas às suas responsabilidades enquanto médico. Não manifesta qualquer interesse em relação à alteração do estatuto jurídico do hospital e às mudanças daí decorrentes: “qual é a expectativa? Não sei responder. [Não tem nenhuma?] Não tenho. Não sei, não faço ideia”.

Deste ponto de vista, a oposição relativa à maior intervenção dos gestores hospitalares no seu trabalho quotidiano tende a sobressair em medidas que interfiram no modo como se relaciona com os doentes, naquilo que define como pressão para uma “relação artificial”. Obviamente que isto não exclui todo um outro conjunto de críticas de natureza mais ampla relativas à interferência em domínios como a prescrição de medicamentos ou controlo da sua produtividade. Aliás, refere que a sua preocupação é os doentes e por isso faz o que tem a fazer por eles e não pela existência de mecanismos de controlo.

### 9.3.3. “Não tendo ninguém, quem está lá sou eu”: a confiança nos afectos

Cirurgião, 56 anos, chefe de serviço, com actividades de docência a convite do director. Área profissional especializada na vertente hepato-bilio-pancreática, incluindo transplantação, devido ao contacto próximo com o antigo director de serviço responsável pelo desenvolvimento científico deste projecto.

Decorrente desta área de especialização, apresenta uma concepção da medicina centrada na vertente científica e tecnológica. A sua prática profissional tende a valorizar actividades de elevado grau de diferenciação, inovação e de exclusividade em detrimento de outras áreas cirúrgicas: “a cirurgia experimental para a qual a gente esteve e a gente vinha fazer ao sábado, todos os fins-de-semana, ao sábado é que a gente fazia a cirurgia. Começávamos às 8 da manhã e acabávamos às 16, 17 horas...e isto sempre. Portanto, já pode ver o interesse que era em estar envolvido neste projecto...essa tal coisa nova, fazer um projecto inovador e novo no país, para dar resposta a casos que iam para o estrangeiro podendo ser resolvido por nós criou o interesse desmedido em relação às outras cirurgias, quer dizer, as outras cirurgias, olhe, faz-se em qualquer sítio.” Aliás, é a motivação em torno da actividade científica que acaba por ser determinante no seu envolvimento com o trabalho, sem a necessidade de qualquer tipo de interferência de procedimentos de natureza burocrático-administrativo. Por outras palavras, a produtividade deste médico assegura-se pelo seu comprometimento com o serviço, o que pressupõe um envolvimento com o director e com o seu projecto científico.

O seu percurso profissional é marcado por uma forte ligação com o director, primeiro através de afinidades profissionais, que mais tarde se desenvolveram numa relação emocional e de forte lealdade entre ambos. Aliás, o peso desta relação acaba por ser bem evidente enquanto produto reflexivo – “acho que tudo tem sempre uma explicação, tudo tem uma sempre explicação” – sendo o principal motivo mobilizado para justificar algumas das suas opções profissionais mais importantes.

Assumiu-se como cirurgião ajudante do director, o que acabou por definir a sua posição no serviço. Importa perceber que na medicina, como em todas as actividades profissionais, muitos dos lugares ocupados reflectem não apenas qualidades teóricas,

técnicas ou práticas, como relações de natureza emocional fundam dimensões incontornáveis como a confiança e a lealdade. Pela complexidade, risco e inovação dos procedimentos envolvidos, pela relevância financeira desses procedimentos, mas também pelos conflitos e lutas de poder que o projecto da transplantação envolve entre médicos e entre médicos e gestores, percebe-se a importância das ligações desta natureza para a concretização do projecto. Torna-se claro que a confiança e lealdade são dois mecanismos centrais na distribuição do trabalho e no próprio funcionamento do serviço, afectando a sua posição e as oportunidades que lhe foram dadas: *“ele vê que é uma pessoa que eu admiro, que tenho um grande apreço por ele e por tudo o que ele tem feito. (...) e mesmo como amigo, penso que ele não deve ter dúvidas em relação a isso...uma pessoa que está aqui para o ajudar, que ele conta sempre comigo e acho que ele deve pensar nisso, de certeza. Portanto, aí está a cumplicidade...acho que sou muito cúmplice em relação ao nosso trabalho. (...) ele sabe que não tendo ninguém, quem está lá sou eu...penso que ele sente que nessa perspectiva da disponibilidade ele sente ali alguém que está sempre também por trás...obviamente sempre disponível para as coisas andarem para a frente.”*

Uma das mais reveladoras implicações de uma orientação dos comportamentos pelos afectos é o assegurar o respeito pela lealdade e confiança estabelecidas. No caso deste entrevistado, isso manifesta-se não só pela forte dedicação ao projecto desenvolvido pelo director – e que também é seu –, consubstanciando uma posição crítica em relação a formas de pressão exercidas pela gestão hospitalar, mas principalmente por ter abdicado da direcção do serviço quando o actual director regressa após outra experiência profissional.

Apesar da autonomia que o lugar na carreira profissional e no próprio serviço lhe conferem, a consciência é clara quanto à necessidade de agir em conformidade com as medidas propostas pelo director, mesmo discordando. Por exemplo, ao questioná-lo sobre o incumprimento de regras do serviço refere: *“(...) é difícil de discordar. [mas é uma pessoa com uma posição aqui no serviço que, se calhar, lhe permitia...] é difícil...não, não vamos por aí! Podia permitir...adiantar nalguns aspectos, mas noutros penso que não, podia ser prejudicial. (...) Acabo por cumprir, pronto e acabou...para mim terminou ali, não vai mais para a frente...”*

Relativamente à relação com a gestão, percebe-se em que medida as suas medidas tendem a ter pouco impacto no seu modo de actuação, não obstante não contestar a presença de gestores no hospital. Pelo contrário, considera necessário principalmente numa vertente de apoio ao desenvolvimento do seu projecto científico – *“TGV do hospital”* –, mas sem colocar constrangimentos ao modo como os seus protagonistas pretendem esse desenvolvimento. Interesses médicos e mecanismos de gestão podem ser compatíveis se os segundos não constrangerem os primeiros e, se além disso, limitarem a despesa de outras áreas científicas que não a sua: *“[devem] gerir o hospital e dar, pronto, confiar nos médicos, dar-lhes responsabilidades para a parte assistencial e não condicionar as coisas em nenhum aspecto do ponto de vista assistencial.”*

#### 9.3.4. “tenho cada vez mais cuidado na forma como o abordo”: a reinvenção pelos fins

Cirurgião, 50 anos, assistente graduado. Ocupa uma posição no serviço afastada das grandes actividades aí realizadas: se por um lado, não quer estar ligado à cirurgia geral, por outro, não consegue aceder ao espaço da vertente hepato-bilio-pancreática: *“num lado porque ainda não fui totalmente aceite e no outro porque não concordo com a filosofia das pessoas, embora as respeite...aliás, são pessoas que estiveram ligadas à minha formação (...).”* Na realidade, a sua posição está associada a uma particularidade pouco vista. Quer pela geração, quer pelas equipas por onde passou neste serviço, quer por ser filho de um anterior director do serviço, sobre ele recai todo um peso simbólico de uma medicina antiga e de uma prática clínica não compatível com o projecto pretendido pela actual direcção. A questão é que não obstante processos claros de socialização familiar e profissional, este médico acaba por revelar de um modo reflexivo uma posição tendencialmente crítica quanto ao modelo médico dominante e típico que esteve na sua base de sua formação: *“estou totalmente de acordo com a filosofia do [director] e totalmente, pronto, em desacordo com a filosofia de outras pessoas do serviço. São filosofias conservadoras...estou 100% de acordo com o [director].”*

De facto, por um lado, o seu percurso profissional reproduziu efeitos exercidos pelo seu pai, através da especialidade médica escolhida, do serviço onde se formou e deu continuidade à sua trajectória profissional, das equipas onde esteve incluído e, consequentemente, do tipo de prática médica que foi habituado a fazer. Por outro, a sua posição tende a ser consentânea com o projecto científico do director, além de convergir em relação ao entendimento da medicina numa perspectiva mais especializada e domínios restritos. Exemplo disso é mostrar uma clara disponibilidade e interesse para ser englobado na área científica dominante do serviço: *“a minha atitude em relação ao [director] e à actividade de cirurgia hepato-biliar é a colaboração quando ele me vai solicitando...se pudesse, se me pudesse incluir mais nesse tipo trabalho, é a minha via.”*

Entre os médicos mais afastados nas suas formações desta área e que acabaram por se constituir num grupo contra o projecto científico e o modelo de autoridade exercido pelo director, este foi o único médico a manifestar um claro interesse em mudar a sua área. Embora quando confrontado com essa posição tenha mobilizado a tendência para a especialização médica, o seu discurso vai deixando transparecer uma consciência quanto ao futuro do serviço em torno do projecto da transplantação, a que se associam as vantagens financeiras dessa área e a indefinição quanto ao grupo de médicos não incluídos nessa vertente: *“[perante a divisão cirurgia geral de um lado e cirurgia hepato-biliar do outro, o doutor tenderia para qual destes lados?] Para a cirurgia hepato-biliar. Nomeadamente a área dos transplantes (...) também temos o direito de levar mais para nós e para as nossas famílias em termos de honorários e, portanto, eu penso que é o que tem mais [além da vertente técnica e humana] de interesse”.*

Esta situação comprova a existência de situações dialécticas entre influências passadas e objectivos futuros, em que o curso da acção pode ser tendencialmente pressionado para orientações distintas às esperadas dentro de um determinado quadro de referência, neste caso, social e profissional. Obviamente que isto é acompanhado por uma consciência reflexiva quanto às suas estratégias, sobretudo em relação ao director: *“é uma pessoa importante para minha vida profissional. Portanto, tenho que ter cuidado, obviamente, e tenho cada vez mais cuidado na forma como o abordo. (...) a minha maneira de ser é um corredor de fundo e por isso acho que vou perseguir esta via*

*enquanto achar que é a correcta e acho que vou ter dividendos disso.”*



## CAPÍTULO IV: REFLEXÃO METODOLÓGICA

### 10. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Na medida em que a referência e crítica racional aos procedimentos usados na pesquisa devem ser parte integrante do próprio projecto de conhecimento (Schnapper, 2000), discute-se sobre as opções que conduziram aos resultados alcançados. O objectivo, contudo, não passa pela exposição das mais variadas técnicas de recolha de informação hoje em dia disponíveis, com os respectivos prós e contras, que podem ser encontrados em qualquer compêndio dedicado ao tema da pesquisa social. Portanto, mais do que assumir esta etapa como parte de um ritual típico do processo de investigação, mas despido de qualquer interesse substantivo e de uma verdadeira reflexão epistemológica, pretende-se clarificar, não só os percursos que estiveram na base da pesquisa, ou seja, fornecer elementos que tornem mais explícito o seu sentido orientador, como as implicações de uma análise sobre processos institucionais onde se inclui o papel da acção individual e, consequentemente, da reflexividade.

Em proximidade com a coerência que Bachelard (1991) reivindica para o espírito científico, a definição da estratégia metodológica seguida teve em conta os objectivos traçados para a investigação. Tal não significa que o resultado final deste trabalho tenha coincidido com a sua concepção inicial, até porque houve um claro processo de inflexão conceptual decorrente do modo como a estratégia metodológica permitiu descortinar determinados processos empíricos. Como Almeida e Pinto (2001: 57) salientam, garantir a função de comando da teoria no processo de investigação científica *“não pode querer significar, entretanto, que a análise de situações concretas se circunscreva necessariamente no interior de um círculo traçado de antemão, em forma definitiva.”* (vd. também Bourdieu, 1989; Guibentif, 2007).

Por outras palavras, aquando da concepção e desenho da investigação, onde se traçou como objectivo a compreensão das relações profissionais entre médicos e gestores num contexto de intervenção política na saúde, era impossível prever como a experiência empírica ia contribuir para uma mudança de perspectiva teórica – ou ruptura, para utilizar a terminologia de Bachelard. Esta não linearidade na construção científica é designada por serendipidade (Merton e Barber; 2004; Schmitter, 2008) e traduz situações inesperadas que alteram a condução do percurso de investigação. Mais do que acasos, a produção dos seus

efeitos pressupõe uma atenção analítica prévia para as possibilidades do inesperado, o que não invalida nem contraria o primado da função de comando da teoria. (vd. também Pinto, 1984b)

A permanência quotidiana naqueles contextos de trabalho começou, então, a revelar a presença de dinâmicas não inteiramente compreendidas pelos referenciais teóricos detidos, principalmente oriundos da sociologia das profissões. Por exemplo, que elementos teóricos a sociologia das profissões dispõe para explicar como nas mesmas situações e contextos, profissionais na mesma posição hierárquica (i.e. com os mesmos papéis e funções técnicas e organizacionais) possam assumir modos de actuação distintos ou mesmo contraditórios. É o que está em causa quando dois médicos do mesmo serviço e na mesma posição na estrutura profissional discordam sobre a presença de gestores hospitalares (e.g. *“não me faz confusão nenhuma ser gerido por um gestor não médico. Isso é necessário na gestão hospitalar moderna”* ou *“não deviam ser os gestores a mandar no CA”*). O mesmo acontece do outro lado, ou seja, quando dois gestores do mesmo CA apresentam discursos divergentes em termos do seu papel profissional, sobretudo na relação com a profissão médica (e.g. *“não estou cá para controlar ninguém”* ou *“a gestão hospitalar serve para controlar a actividade hospitalar”*). Portanto, decorrente da estratégia metodológica adoptada, percebeu-se a existência de formas distintas de concepção de projectos profissionais e, conseqüentemente, de profissionalismo, cujo entendimento necessitou que se ultrapassasse o campo das profissões.

Entre os binómios qualitativo/quantitativo, por um lado, e intensivo/extensivo, por outro, este trabalho assume claramente uma natureza qualitativa intensiva, com o recurso ao método da pesquisa de terreno num estudo de caso (cf. Costa, 2001). Como o autor refere, esse método é composto por uma diversidade de técnicas e caracteriza-se pela presença prolongada e quotidiana do investigador nos contextos em estudo e numa interacção próxima, verbal e extra verbal, com pessoas e situações.

Tal como o próprio nome indica, a análise desenvolvida num estudo de caso pressupõe a excepcionalidade desse caso comparativamente a outros contextos passíveis de ser observados (Vennesson, 2008). No entanto, e embora específico nas suas características – e que fazem dele um caso digno de estudo –, a análise desse caso permite compreender não apenas essa unidade, como outros contextos tomando esse caso por referência. Neste sentido, a pertinência associada a um bom caso parte, em primeiro lugar, de uma escolha



teoricamente orientada. Quanto melhor o caso, mais condições existem para que as generalizações feitas a partir daí tenham maior relevância teórica e empírica. Isto não traduz um raciocínio inferencial em que se extrapolem conclusões e vaticinem resultados. Apenas considera que, por intermédio da compreensão aprofundada de um contexto relevante, é possível perceber o funcionamento de um conjunto mais vasto de realidades. Assim, as conclusões a que trabalho chega têm condições de ser genericamente encontradas entre os restantes prestadores hospitalares públicos portugueses. Importa não esquecer que foram escolhidas as especialidades médicas que melhor traduzem os tipos-ideais de uma actividade médica de base conservadora e de base empresarial, nos contextos empíricos onde estes se apresentam na sua formulação mais pura.

É certo que as variações e especificidades próprias de cada contexto não podem ser ignoradas nem anuladas, sob pena de um esvaziamento da diversidade processual própria das organizações hospitalares. Aliás, uma das conclusões deste trabalho é a crítica à existência de modelos normativos generalizáveis a toda a realidade hospitalar portuguesa, sobretudo sem um conhecimento sobre as especificidades sistémicas de cada organização. É decorrente da discricionariedade profissional detida pelos intervenientes destes contextos – médicos e gestores – que se confere legitimidade a este modo de olhar a realidade empírica.

Dito isto, o principal motivo que suportou a escolha deste caso foi a existência de uma unidade de transplantação hepática que, como se viu, constituía na altura a área médica mais dispendiosa do SNS. Cumulativamente, o hospital em causa não tinha ainda sido empresarializado, pelo que havia condições irrepetíveis de se estar presente num contexto que se foi reconfigurando ao ritmo das subseqüentes alterações jurídicas tendo em vista a sua empresarialização.

São apontados dois motivos para esta opção metodológica. O primeiro relaciona-se com o capital científico acumulado pelas investigações feitas em Portugal a respeito de várias dimensões da profissão médica em contexto hospitalar (e.g. Carapinheiro, 1993; Lopes, 2001a; Serra, 2004). Postura epistémica e metodológica oriunda da Escola de Chicago e com marcos ainda hoje considerados fundamentais na análise sociológica em saúde (e.g. Goffman, 1974a; Becker, et al, 1961), é consensual a ideia que as especificidades da profissão médica, nomeadamente a sua inacessibilidade, beneficiam de uma análise de carácter intensivo e prolongado. Como se verá mais adiante, esta ideia acabou por ser corroborada também neste trabalho.

O segundo motivo prende-se com a própria problemática aqui em questão. Perceber as relações profissionais entre médicos e gestores envolve processos relacionais de elevada complexidade, cujo entendimento não se alcança por intermédio de técnicas de recolha de informação pontuais e padronizadas. Para tal, apostou-se na complementaridade entre a observação directa e sistemática dos contextos de trabalho seguida por entrevistas semi-estruturadas em profundidade aos profissionais (médicos e gestores). O objectivo foi captar os entendimentos dos indivíduos sobre a realidade que vivem e produzem, enquadrada por um conhecimento próximo e aprofundado das condições objectivas onde esses referenciais são construídos. Como Bourdieu, Chamboredon e Passeron (1983: 65) referem, está em causa o primado epistemológico da observação metódica e sistemática, em que o objectivo é garantir a posse dos controlos analíticos essenciais para uma interpretação mais objectiva dos processos empíricos e dos discursos produzidos.

Olhando para trás, a ideia com que se fica é que uma estratégia metodológica distinta desta não teria sido suficiente para captar as dimensões que foram aqui desenvolvidas. Não é que se defenda a existência de problematizações sociológicas vedadas a algumas metodologias, contudo, a inacessibilidade da profissão médica, além do carácter exploratório com que se traçou este olhar sobre as relações profissionais por intermédio da agência actuante dificilmente se coadunaria com instrumentos de natureza extensiva e padronizada.

Atente-se de uma forma mais pormenorizada para os instrumentos de recolha de informação utilizados. Ao longo do período de observação, mais de 1 ano e meio – de Outubro de 2008 a Julho de 2010 –, com alturas de interregno em função dos afastamentos necessários de se ir mantendo, foram sendo recolhidos de forma pontual dados informais junto dos profissionais. Tal opção serviu para ir aprofundando o conhecimento sobre os processos observados, como para definir o guião de entrevistas mais tarde realizado a médicos e gestores.

As observações foram sendo registadas num diário de campo, o qual foi posteriormente sujeito a uma análise de conteúdo com o recurso ao programa informático MAXQDA, versão 10. No decorrer desse processo teve-se a preocupação de fazer os registos escritos longe dos contextos observados. Não é que se tenha assumido uma postura de secretismo relativamente a este procedimento, até porque era importante não contribuir para um sentimento de desconfiança da parte dos profissionais envolvidos. Quanto mais sentissem que conheciam o investigador e os seus objectivos, mais facilitada se tornava a

sua presença, o acesso a determinados espaços mais restritos e a aceitação para a subsequente realização de entrevistas. Ainda assim, foi importante registar as observações fora dos serviços médicos e da vista directa dos profissionais de modo a não criar uma noção de vigilância relativamente às conversas a que se assistia.

Como consta no anexo F (pp. XXIV - XXXIII) foram elaborados 4 guiões de entrevista: a gestores hospitalares, a directores de serviço, a médicos (especialistas) e a internos. O objectivo foi obter uma visão panorâmica dos contextos observados através das variadas posições existentes no hospital: em função das profissões e dos seus lugares internos. Entrevistou-se 3 gestores (totalidade dos membros executivos do CA), 2 directores de serviço (também correspondendo à totalidade dos serviços escolhidos), 7 médicos de medicina interna, 14 médicos de cirurgia e 1 interno de cirurgia, perfazendo um total de 27 entrevistas (vd. Grelha informativa relativa aos profissionais entrevistados no anexo D, p. XXI). Relativamente ao serviço de medicina interna, apenas não se entrevistaram 2 médicos, um, por se ter oposto à entrevista, mesmo após várias insistências e clarificado o objectivo e alcance do estudo; e o outro, por sucessivas ausências do serviço. É de referir neste último caso que em todo o tempo de permanência no hospital poucas foram as vezes que se encontrou esse médico, não tendo sido possível desenvolver a interacção necessária para alcançar o nível de confiança conseguido com os restantes profissionais. No serviço de cirurgia realizaram-se tantas entrevistas quanto as que se consideraram necessárias para a saturação da informação. Neste caso, e dada a sua configuração interna com a sub-divisão cirurgia geral, por um lado, e cirurgia hepato-bilbio-pancreática e de transplantação, por outro, o objectivo foi cobrir casos de um lado e de outro. A entrevista a um interno procurou dar visibilidade a dimensões que por vezes não ficaram claras nos discursos dos médicos especialistas. Não esquecer que parte fundamental do estudo disse respeito a aspectos relativos às trajectórias sociais e profissionais, pelo que os apelos à memória podiam esconder elementos importantes para a compreensão de questões importantes como o papel da profissão na estruturação do *self*, a estruturação do serviço nas opções profissionais individuais e a percepção da posição ocupada ainda como não especialista, quanto a expectativas relativas à posição futuramente ocupada.

As entrevistas tiveram uma duração entre 1 hora e 2 horas e 20 minutos e decorreram entre Dezembro de 2009 e Julho de 2010. À excepção de 2 entrevistas, em que uma teve lugar noutra local de trabalho do entrevistado e a outra em casa do entrevistado, a

sua realização teve lugar no próprio hospital. Apesar de esse não ser um local neutro nos papéis assumidos, dado que os indivíduos eram levados a falar enquanto profissionais sobre aspectos relacionados com o seu local de trabalho com um elemento externo, esta foi a solução possível para compatibilizar disponibilidades difíceis de encontrar e garantir a realização imediata de entrevistas. Todas elas decorreram sem a presença de outras pessoas, tendo sido realizadas em espaços privados (gabinetes médicos e gabinetes dos enfermeiros-chefe) e outros espaços públicos do serviço (salas de reunião).

Antes da sua realização pediu-se a autorização para a gravação da entrevista para a sua posterior transcrição. Obviamente que, sendo este um estudo de caso, com um número pouco significativo de profissionais envolvidos, não se pode garantir o anonimato inter pares, sobretudo quando a compreensão de algumas dimensões exigiu que se deixe explícito elementos de caracterização socioprofissional, como a idade e a categoria profissional, ou alguns dos seus percursos profissionais. Neste sentido, a preocupação foi optar pelos excertos que, melhor ilustrando os argumentos que estavam sob interpretação, não colocasse em causa os entrevistados pelas posições assumidas e pela confiança demonstrada ao aceder a uma entrevista gravada. Por conseguinte, embora a transcrição integral das entrevistas, a redacção dos excertos sofreu os ajustamentos linguísticos considerados necessários para, sem desvirtuar o seu sentido original, tornasse a sua compreensão mais directa e facilitada. Retirou-se qualquer referência a nomes de pessoas ou de instituições irrelevantes para a discussão sociológica, bem como outros elementos que poderiam apenas comprometer a posição dos entrevistados. Além disso, os excertos foram redigidos sem qualquer referência linguística de género.

O investigador é assim levado a assumir uma posição nem sempre fácil de conciliar entre a necessidade de transparência que um trabalho científico desta natureza pressupõe e a protecção da identidade dos seus intervenientes. Esse equilíbrio apenas pode ser conseguido através de uma ponderação consciente de todos os excertos utilizados e as informações que se deixam transparecer ou obscurecer. Além disso, os dados recolhidos são da propriedade científica do investigador e a ele se reserva o direito de utilização dessa informação.

De referir ainda que a abertura manifestada por alguns dos profissionais ficou a dever-se, em parte, à experiência de um outro estudo sociológico realizado anos antes em alguns dos mesmos contextos observados. Foram várias as referências ao investigador que lá esteve e ao modo como essa experiência foi sentida como benéfica. Os investigadores

devem, por isso, ter noção do papel que desempenham em contactos desta natureza, não só para o sucesso das suas pesquisas, como para a realização de outros trabalhos. Ficará presente na memória destes profissionais a experiência vivida, e o relacionamento com os investigadores será extrapolada para contactos futuros. Portanto, além do respeito ético e das regras deontológicas que devem orientar a prática da investigação, o modo como o investigador se relaciona com o campo empírico tem implicações que ultrapassam essa relação.

Para o tratamento da informação procedeu-se à análise de conteúdo com recurso ao mesmo programa informático, o qual foi apenas utilizado para organizar a quantidade de informação recolhida. No sentido de assegurar uma compreensão mais rigorosa agrupou-se as análises por indivíduos e por dimensões, sendo o objectivo cruzar a coerência do discurso de cada profissional com a representatividade das situações nos contextos observados. Para um entendimento mais preciso sobre as dimensões contempladas nas entrevistas e nos diários de campo veja-se o anexo E (pp. XXII - XXIII).

A realização das entrevistas foi antecedida pelos respectivos pré-testes, tendo-se entrevistado 1 presidente do CA de um hospital público, 2 gestores hospitalares, 1 médico e 1 director clínico, sob condições semelhantes àquelas em que as entrevistas do estudo de caso foram realizadas. Uma das conclusões mais importantes que se retirou dos pré-testes, e que serviu como uma importante aprendizagem para a condução das entrevistas, foi a relativa facilidade com que estes interlocutores conseguem manipular o seu discurso no sentido de um não comprometimento com as suas posições. Representam um conjunto relativamente homogéneo de indivíduos em termos das suas qualificações e das posições socialmente detidas. Por conseguinte, o momento de entrevista nunca é uma relação de poder simétrica. Os gestores desempenham funções muito próximas da esfera política, pelo que as elevadas cautelas quanto às informações cedidas levavam a não respostas ou a respostas vazias de conteúdo. Quanto aos médicos, trata-se de um grupo bem coeso e fechado, sobretudo perante elementos externos à profissão, pelo que os discursos traduziam muitas vezes lugares comuns.

Embora as entrevistas constituam uma troca social contingente e aberta, sem fórmulas apriorísticas e modelos padronizados, essas experiências permitiram clarificar que a sua condução requereria uma confiança prévia dos entrevistados em relação ao investigador. De outro modo, seria simplesmente impossível de aceder às informações que acabou por se conseguir recolher. Por outro lado, ficou patente a necessidade de uma

posição mais interventiva no decorrer das entrevistas. O intuito era não deixar que os entrevistados conseguissem controlar aquele contexto. As perguntas foram afinadas no sentido da sua precisão, com referências a casos concretos, pessoas concretas e experiências concretas. Se mesmo assim as respostas permanecessem a um nível de generalização que não satisfizesse os objectivos teóricos traçados, a estratégia foi interpelar, reformular a pergunta, dar outros exemplos.

Quanto à produção legislativa em saúde, a estratégia metodológica adoptada foi a análise de conteúdo, sendo os documentos escolhidos pelo método de bola de neve. Através da consulta do Diário da República On-Line ([www.dre.pt](http://www.dre.pt)) escolheu-se os documentos a partir da produção jurídica mais recente. Daí, procurou-se referências a documentos anteriores revogados ou ratificados. Foi analisada toda a produção legal em matéria da saúde, com especial relevância as reformas no sector hospitalar. Em todo o caso, não se garante a exposição exaustiva de toda a produção legislativa, tendo-se escolhido apenas os elementos ilustrativos da discussão pretendida.

### **10.1. REFLEXÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA DE INVESTIGAÇÃO**

A investigação acabou por se concretizar num único estudo de caso, embora essa não tenha sido a opção inicial. Primeiramente, pensou-se numa análise comparativa entre um hospital pertencente ao “tradicional” sector público (SPA) e um hospital empresarializado (EPE).<sup>161</sup> O objectivo era captar as proximidades e distâncias entre esses dois modelos jurídicos por comparação directa de dois estudos de caso.

A incursão no terreno teve início no hospital que depois acabou por ser o único estudado. Foi enviada uma carta ao CA a explicitar os objectivos do estudo e o seu enquadramento institucional. Seguiu-se uma reunião com o Presidente do CA onde se teve a oportunidade de voltar a explicitar os objectivos do estudo. Olhando para trás, torna-se hoje claro que o progressivo acesso a espaços inicialmente vedados foi um dos resultados mais importantes conseguidos pela metodologia de investigação escolhida. De facto, tanto

---

<sup>161</sup> Colocar entre aspas a designação tradicional procura salientar um modelo de sector público hoje em dia não existente: uniformizado e distinto das regras e características outrora associadas ao sector privado.

o Presidente do CA como os directores dos serviços estudados foram abrindo certas restrições que até um dado momento pareciam intransponíveis.

Após o CA ter formalizado a autorização para a realização do estudo seguiu-se o contacto com os dois serviços médicos. Decorrente de modos de funcionamento distintos, a forma de entrada nesses dois contextos acabou por não coincidir. No serviço de cirurgia, a introdução formal foi feita no início da reunião matinal do serviço, onde todos os médicos estão habitualmente presentes. No entanto, já não era a primeira apresentação para alguns deles, dado que na primeira ida do investigador ao serviço houve de imediato uma abordagem por parte um pequeno grupo de médicos presentes na enfermaria. Entre a surpresa e curiosidade da parte desses médicos quanto à presença de alguém desconhecido e o medo do investigador de saber que estava a entrar num espaço restrito, houve a necessidade de justificar genericamente o porquê daquela presença. O conselho dado foi no sentido de não falar com mais ninguém antes de abordar o director, e assim foi feito.

Na primeira conversa com o director desse serviço, as posições foram claramente assumidas. Na realidade, não houve nenhuma oposição à permanência do investigador, ainda que não tenha havido da sua parte um entendimento concreto quanto aos objectivos do estudo e as implicações decorrentes da presença quotidiana do investigador. Em todo o caso, percebeu-se que a autorização concedida pressupunha uma certa vigilância sobre os movimentos do investigador e mesmo alguma insegurança sobre o acesso a determinadas informações. Tanto assim é que, praticamente até ao fim do período de observação, o director continuava a dizer em tom leve e de brincadeira: “aqui está o homem que me pode tramar”. No excerto abaixo transcrito tem-se um entendimento mais preciso sobre a relação mantida com este médico:

Eu não sei como é que você vai utilizar estas entrevistas...já lhe disse uma vez que isto para mim era um grande risco, mas também acho que o conheço o suficiente para saber que você não está aqui para fazer nenhuma patifaria. [Doutor, isto é para uma tese de doutoramento e não tem que se preocupar com...] Mas ouça: eu aceito desafios. Não lhe pus restrição nenhuma...podia ter dito: <o Tiago vem cá, faz isto e tal, mas quando chegar a altura, as pessoas que você vai ouvir são estas...ou aceita ou não aceita>. (...) Portanto, quando você apareceu eu nem percebi muito bem o interesse da observação para a conclusão do trabalho. É um sociólogo que vai aqui ver as relações pessoais, vai ver como é que se trabalha, como é que se gere esta área (...) (AA13, Cirurgião.)

Já no serviço de medicina interna, a dificuldade de encontrar o director retardou a entrada no serviço, além de que a própria dinâmica de observação acabou por seguir contornos distintos. Quando finalmente se conseguiu abordar o director no sentido de

apresentar o interesse em estudar o serviço, a reacção foi de alguma incompreensão e resistência sobre a sua efectiva concretização: “*eu conheço os meus médicos*”; “*os médicos são indivíduos estranhos, não gostam de entrevistas*” foram duas expressões utilizadas para justificar o que à partida vaticinava o fracasso da investigação.

Entre a insistência da parte do investigador e o descrédito, acompanhado de alguma incompreensão, da parte do director de serviço, o pedido foi acedido. Os dois dirigiram-se ao serviço onde o director apresentou o investigador aos médicos presentes. Considerando o que no desenvolvimento deste trabalho foi interpretado como um contexto médico de base conservadora, foi perceptível nestes médicos um sentimento de maior desconfiança do que no serviço de cirurgia. Não esquecer que parte significativa disso fica-se a dever às consequências de um funcionamento por “tiras”, ou seja, a um contexto onde habitualmente existem poucos fluxos de informação e onde é mais difícil romper com os silêncios inter-pares. A menor partilha de informação acaba por condicionar a relação com elementos externos ao serviço, além de que não existem muitas “conversas de corredor”, fundamentais para um *outsider* conhecer os processos aí ocorridos. Até ao fim da observação, mesmo depois da rotinização e acomodação à presença do investigador, a sua presença continuava a originar alguns silêncios e afastamentos de alguns dos profissionais.

Um outro aspecto que se teve em atenção no decorrer da pesquisa de terreno foi a preocupação quanto à gestão das presenças e das conversas entre os diversos profissionais, de modo a garantir da sua parte um sentimento de equidistância. Obviamente que no decorrer da pesquisa estabelecem-se relações privilegiadas com determinadas pessoas.<sup>162</sup> Factores como uma maior proximidade etária, afinidades de gostos extra-profissionais ou uma maior sensibilidade para a esfera sociológica fizeram com que se estabelecesse uma relação mais próxima com certos profissionais. Obviamente que existem riscos associados a estas interacções, principalmente o facto de outros profissionais poderem interpretar essa proximidade como uma tomada de posição por um dos lados. No entanto, não se queria deixar quebrar essas ligações, vitais para o acesso a espaços que outros profissionais

---

<sup>162</sup> De salientar que dos interlocutores mais importantes deste trabalho foram 2 enfermeiros-chefe. Embora soubessem genericamente que o estudo estava focalizado nos médicos e na gestão hospitalar, muitas das informações e pistas foram obtidas por intermédio de uma relação mais próxima que se conseguiu com estes informantes privilegiados. Além disso, foi de extrema importância ter aquelas presenças com quem se ia fumar um cigarro ou beber um café em momentos difíceis em que acessos eram negados ou em que os médicos estavam em lugares inacessíveis.



vedavam, mas porque também havia uma genuína afinidade que se construiu com esses interlocutores. Por isso, o equilíbrio que se procurou garantir foi ir colocando algumas barreiras a contactos pessoais extra-hospital que nessa fase poderiam pôr em causa a imagem dos restantes médicos sobre o investigador e, conseqüentemente, prejudicar o sentimento de relativa confiança que havia sido consolidado.

[Sentiu que alteravam o modo de comportamento, aquilo que diziam na minha presença?] Não, acho que não. Por acaso isso é curioso, acho que não. Acho que você conseguiu ver naquelas reuniões e nos sítios onde estive ...mas não vi nenhum constrangimento na forma como as pessoas se comportavam, digamos assim, nem o [director]. Não sei, se calhar também tem a ver com o facto de você sentar-se lá atrás, nós muitas vezes apercebíamos-nos que você estava lá ao fim da reunião, percebe? Quer dizer, não participava muito, passava despercebido e isso de alguma forma facilitou a nossa normal gestão das coisas. (AA8, Cirurgião)

A observação nunca é unidireccional e se o investigador não for capaz de interpretar os “estados de alma” do seu objecto de estudo podem-se criar obstáculos à prossecução dos seus objectivos. Quando falar, quando estar calado, o que dizer são tudo processos aprendidos durante a estadia naqueles contextos e que dão visibilidade às complexas relações que se estabelecem entre quem observa e quem é observado (Caria, 1999). Afinal, como Costa (2001) salienta, a pesquisa de terreno afigura-se como um processo social, sendo por isso aberto, variável e dependente do investigador, além de depender igualmente dos indivíduos observados.<sup>163</sup>

É conhecido o debate sobre a objectividade científica nas metodologias desta natureza. Importa reter que o rigor permitido pela objectividade dos números e pela padronização das condições de aplicação dos instrumentos de recolha de informação não tem paralelo nos pressupostos associados à pesquisa de terreno. Portanto, não são os referenciais de objectividade científica nos quais se suportam instrumentos de outra natureza que interessam a esta metodologia. Mais do que um obstáculo ao trabalho científico, os efeitos produzidos pela presença do investigador na recolha dos dados contribuem para o seu desenvolvimento. Atendendo novamente às palavras de Costa (*Ibid.*:

---

<sup>163</sup> Caria (1999: 30) apresenta uma tipologia sobre as atitudes dos indivíduos observados face ao processo de investigação, considerando em quatro quadrantes: uma “atitude de identificação”, uma “atitude expectante e implicante”, uma “atitude de submissão e auto-exclusão” e uma “atitude defensiva e formal”. Será, pois, de relevância o investigador reflectir sobre as implicações destas diferentes respostas para a condução da pesquisa de terreno e, tendo consciência desses efeitos, o modo como pode tentar alterar atitudes desfavoráveis à prossecução dos seus objectivos.

135): *“a interferência não é, pois, simplesmente, um obstáculo ao conhecimento sociológico mas também um veículo desse conhecimento. Não o ignorar é uma condição de objectividade”*. As exigências com a preparação do investigador e a sua capacidade de adaptação ao inesperado são, neste caso, mais sensíveis e importantes de assegurar. Além disso, deve ser relativizada a assumpção de que técnicas de natureza quantitativa extensiva não causam desvios na recolha dos dados e na consequente orientação das respostas: pressuposto da neutralidade axiológica e metodológica (Cf. Bourdieu, Chamboredon, Passeron, 1983; Douglas, 1971, apud. Pinto, 1984b).

De facto, embora se tenha partido para o terreno com elevadas reservas quanto à informação a ceder, o processo de ambientação ao espaço foi revelando os benefícios crescentes do contacto e partilha quotidiana com os profissionais estudados.

Tenho ideia que você queria ter uma atitude observacional, ver coisas e assistir a coisas e eu achei que isso era um bocadinho exagerado (...) eu tive uma atitude de receio inicial: “eh pá, este tipo vem para aqui, vai assistir a reuniões, a conversas que são às vezes melindrosas e assuntos muito particulares, muito sigilosos,...não me parece bem”. Mas reconheço, primeiro que você é uma pessoa que trabalha com seriedade e com total honestidade e repare, esta questão é muito importante, porque sem esta questão garantida não é fácil abrimos as portas para o que antes lhe disse. Não é fácil deixá-lo assistir a reuniões de conselho [de administração] e você aperceber-se dos conflitos que temos aqui, para este ou para aquele, se não houver uma fortíssima relação de confiança. (AG2, Gestor, Membro do CA)

Em ambos os serviços, o que ditou uma grande diferença na interacção com o entrevistado foi a aplicação das entrevistas. Momento de verdadeira confiança e partilha, onde por definitivo se conhece o investigador, se desmistifica todas as representações entretanto construídas e o que afinal anda a observar. No fim da entrevista, nalguns casos ainda com o gravador ligado, foi revelador o à vontade para continuar a falar sobre assuntos relacionados com a entrevista ou sobre outros temas. Alguns dos aspectos expostos neste trabalho foram obtidos nessas conversas que surgiam com uma vivacidade tal, que não parecia que esse tinha sido o tema de conversa ao longo das duas últimas horas. Foram momentos de genuína partilha e de confiança que permitiram perceber o envolvimento dos profissionais com o investigador. Procurando as implicações epistemológicas desta experiência, torna-se inequívoco o papel das interacções na condução do trabalho científico, devendo, por isso, ser-lhe dado um lugar visível na racionalização da prática científica. Aprendizagens de parte a parte e estratégias também de parte a parte mostram que a estadia do investigador no terreno afigura-se sempre como

um jogo. Como tal, o processo científico iniciado pela ruptura (vd. Silva 2001), ao envolver esta dimensão interactiva intrínseca à pesquisa de terreno, é indissociável de trocas simbólicas e outras dimensões processuais que configuram o produto científico a que se chega.

Continuando a reflectir sobre os lugares percorridos pelo investigador durante a pesquisa de terreno, e apesar da partilha e confiança que a dado momento foi construída com os grupos observados, nunca há – nem deverá haver – uma total diluição dos papéis desempenhados. Foram várias as formas de demarcação e distanciamento em relação ao investigador, fazendo-o lembrar da posição ocupada, o que manteve sempre viva a noção que se está a viver um jogo que exige que se antecipe os efeitos dos passos dados. Nuns casos, por nunca terem entendido o trabalho como um doutoramento, referindo-se a um “estágio”. É um dado curioso e que traduz o entendimento atribuído ao investigador, dado que os estágios dizem respeito a fases de aprendizagem na carreira médica ainda dentro do internato. Por outro lado, os doutoramentos são vistos como algo de acesso restrito a profissionais em fase avançada da carreira. Além de se tratar de um estudo no âmbito de uma área científica afastada da realidade hospitalar quotidiana e, por vezes, incompreendida quanto ao seu alcance e relevância, o próprio perfil do investigador certamente contribuiu para acentuar a condição de inferioridade que lhe foi imposta.

Dado que esta metodologia científica é o produto de relações sociais das quais fazem parte estereótipos e outras opiniões apriorísticas, importa não ignorar a influência de dimensões como o género, a idade, a postura física ou o modo de expressão oral. Mesmo assim, e em consonância com o que foi dito anteriormente, a íntima dependência criada no curso da pesquisa com investigador não pode ser interpretada como um obstáculo à sua cientificidade. O que se exige da parte do investigador é uma consciência quanto à influência destes factores no desempenho desse papel, interpretando o que pode estar a prejudicar ou beneficiar o curso das interações. É a rotinização das observações que vai ensinando as melhores estratégias de interacção verbal e física para o sucesso da recolha de informação.

Outro dado relevante e que comprova o lugar atribuído ao investigador é encontrado na forma de referenciação por parte de alguns profissionais, tratando-o pelo nome próprio e muitas vezes na 2ª pessoa do singular. Onde se consegue perceber claramente como isto traduz uma relação assimétrica de poder encontra-se nos discursos dos enfermeiros-chefe que, apesar de terem uma relação mais próxima com o investigador,

não deixavam de se referir na 3ª pessoa do singular e sempre por “dr”, num claro reconhecimento da sua posição no campo científico.

Noutros casos, a forma de demarcação e distanciamento dos médicos encontra-se na exposição do investigador a pedidos de opinião sobre situações médicas em contextos de reuniões clínicas. Uma vez mais está em evidência a posição atribuída ao investigador relativamente próxima do papel atribuído aos internos. Habitualmente é a eles que é solicitado este tipo de intervenções, numa nítida afirmação de autoridade hierárquica.

Paradoxalmente, a demarcação e distanciamento encontra-se também na manifestação de total indiferença em relação à presença do investigador. De facto, das situações vividas a que mais dificuldade suscitou foi os silêncios inquebráveis, como se o investigador não estivesse presente. Um dos episódios mais curiosos onde esta indiferença teve o seu expoente máximo foi numa situação de necessidade de reanimação de um doente que acabou por morrer e que o médico recuperou na entrevista:

Você não me foi formalmente apresentado. Eu, a primeira vez que o vi, foi naquela manhã de reanimação daquele doente (...). Entrei no quarto do doente, já em processo..., e você não me foi formalmente apresentado...eu olhei para si e pensei: “quem será esta pessoa que está aqui?” Você estava com um ar estupefacto...tinha ficado a um cantinho encostado à parede e claro, a minha posição foi de estranheza. (...) depois perguntei: “quem é o fulano que está ali?” Eu acho que percebi que era um sociólogo estava a fazer um trabalho qualquer sobre saúde. (...) nós somos pessoas...eu não vi...agora, a primeira vez que o vi foi numa situação de grande stress (...), quer dizer, senti-me um bocado...vejo uma pessoa que não era do serviço...fiquei um bocado estranho, não é? Foi estranheza mesmo, mas a culpa não foi sua. Se calhar tinha sido formalmente apresentado 20 minutos antes e eu não estava lá (Internista, AB2)

Acontece que esta situação teve lugar meses após o começo da observação e de presença no serviço, embora o entrevistado tenha dito: “*se calhar tinha sido formalmente apresentado 20 minutos antes (...)*”. O trabalho realizado de uma forma autónoma e relativamente individualizada faz com que as pessoas externas à equipa e à profissão sejam mantidas numa posição invisível, desde que não transponham espaços físicos exclusivos. Percebendo isso, uma das estratégias utilizadas para quebrar esses silêncios e indiferença da parte dos médicos foi precisamente entrar nessas zonas restritas com o intuito de suscitar a curiosidade dos profissionais e, conseqüentemente, abordarem o investigador.

Em todo o caso, expressões como “PIDE”, “ratinho” ou “com esses sapatos de borracha nem se dá por ele” foram algumas das expressões usadas em referência ao

investigador, num sentido em que, mais do que pejorativo, mantém vivo o seu estatuto de *outsider*, e que demonstra um constante sentimento de vigilância da parte dos profissionais.

Analisando agora a relação com os cargos de gestão do hospital, a conclusão é que, contrariamente ao que se esperava, estes profissionais acabaram por assumir uma posição mais restritiva e desconfiada em relação ao investigador. A inclusão dos membros do CA no estudo, seguindo a mesma metodologia qualitativa e intensiva tal como nos serviços médicos foi talvez a componente mais inovadora e experimental que este trabalho conseguiu em relação às investigações conhecidas sobre as relações profissionais em contexto hospitalar. O CA é um espaço bem mais restrito no número de pessoas existentes e de difícil acesso, desde logo, porque parte significativa da sua acção colegial decorre em momentos pontuais de alguma formalidade, como as reuniões semanais. Contrariamente aos serviços médicos, aqui não houve a possibilidade de ir penetrando de forma ousada num espaço fechado, física e simbolicamente, além de que nenhum processo acontece nos corredores ou em conversas públicas de natureza mais informal.

Foi um longo processo até conseguir aceder às reuniões do CA, mas como em todo o processo de pesquisa de terreno, a insistência e rotinização da presença do investigador foi conseguindo abrir esse círculo inicialmente intransponível.

A prova da grande dificuldade de acesso aos espaços físicos da gestão e de relacionamento com estes profissionais foi o facto de ter sido um membro do CA do segundo hospital (EPE) a bloquear a realização da pesquisa.<sup>164</sup> Após todos os procedimentos realizados de forma relativamente semelhante em relação ao primeiro hospital, a autorização formal foi concedida pelo conselho de ética do hospital e pelo CA. Realizaram-se os contactos necessários com um dos directores de serviço que se pretendia estudar (neurocirurgia) e a observação teve início. Durante cerca de 3 meses o processo de pesquisa de terreno foi sendo desenvolvido nesse contexto, ao mesmo tempo que se iam fazendo as diligências necessárias para se conseguir entrar no serviço de medicina interna desse hospital e no CA.

Após sucessivas tentativas de contacto com estes dois contextos, o membro do CA que anteriormente formalizou a autorização para a realização do estudo dá indicações para que o director de medicina interna não permita a entrada do investigador, dando instruções

---

<sup>164</sup> Recordando que o desenho original da pesquisa incluía a comparação entre um hospital SPA e outro EPE.

para que este aguardasse uma reunião no CA. Foi-se insistindo nessa marcação que, por variadas vezes, foi cancelada. A última instrução dada ao investigador foi para que aguardasse nova disponibilidade do CA, o que até ainda hoje se está à espera. Em todo este processo foi determinante a presença de barreiras físicas no acesso ao CA que impediam qualquer outra estratégia para desbloquear esse impasse. Por conseguinte, e como não se conseguiu manter a dimensão organizacional desse hospital, todo o investimento prévio de observação teve que ser formalmente posto de parte.

Reformulou-se então o desenho inicial da pesquisa para o centrar num único estudo de caso. Ao mesmo tempo, o primeiro hospital onde já se estava a desenvolver a pesquisa vê alterado o seu estatuto jurídico para EPE. A opção foi prolongar a estadia nesse contexto e aprofundar a reflexão sobre a experiência de empresarialização de um hospital público português.

Em relação ao estudo do serviço de neurocirurgia que se teve de abandonar, mesmo que as reflexões desenvolvidas neste trabalho não tenham por referência qualquer processo analisado nesse contexto, na verdade, algumas das observações registadas e das conversas mantidas com esses profissionais permitiram clarificar os entendimentos sobre os processos em causa no hospital em processo de empresarialização.

Reflectindo um pouco sobre esta experiência, percebe-se que estão em causa aspectos bem mais complexos do que à partida pode parecer. O investigador quando se lança numa análise de contextos como aqueles que são aqui tratados, intimamente ligados à esfera política e estruturados por outros campos científicos muito fortes e fechados, como o caso da medicina, tem que lidar com toda uma estrutura altamente organizada e que escapa ao seu controlo. Mesmo uma investigação como esta, acolhida institucionalmente e financiada com fundos públicos, apenas foi concretizada graças a uma relação tremendamente assimétrica entre um indivíduo e várias instituições. A questão é que o acesso aos contextos hospitalares acaba por evidenciar os riscos que o investigador corre de ser instrumentalizado e condicionado por imposições que ele não tem forma de rebater, a não ser por intermédio de uma relação também institucional. Portanto, o que se pretende deixar claro é que as contingências a que os investigadores são sujeitos pode ter importantes consequências indesejadas, ao ponto de afectar o desenvolvimento de uma produção científica, entretanto contratualizada com instituições que aprovam o seu financiamento e pela qual o investigador se responsabiliza.

Parecem critérios pouco científicos deixar o curso de uma investigação como esta dependente dos capitais que o investigador tem condições de mobilizar ou da sua perseverança em lidar com situações adversas criadas pelo facto de responder individualmente pelo seu trabalho noutros contextos institucionais. Novamente o problema torna-se mais sensível em caso de existência de uma entidade que patrocina a sua concretização, podendo o seu desenvolvimento ficar seriamente comprometido pela inexistência de estruturas profissionais que, além de enquadrar o investigador, estabeleçam a relação com as instituições que o investigador pretende analisar, atestando perante elas o reconhecimento do projecto e responsabilizando-se pela sua concretização.

## **10.2. A AGÊNCIA REFLEXIVA EM OBSERVAÇÃO**

A discussão teórica que se desenvolveu esteve ancorada na capacidade activa dos indivíduos no uso dos seus papéis profissionais. Ora, este princípio acaba por ter implicações epistemológicas no modo de entender a relação com o objecto de estudo, e aquilo que autores como Almeida e Pinto (2001) referem como a necessidade de objectivação do sentido do vivido transmitido pelos indivíduos na sua racionalização discursiva. Como se disse anteriormente, a observação nunca é unidireccional e o investigador deve estar consciente dos filtros existentes na produção discursiva (relembre-se dos argumentos anteriormente apresentados ao trabalho de Caria, 1999).

Elias (1993) chama a atenção que a existência da realidade não pode estar dissociada das percepções que os indivíduos têm sobre ela. Tanto é uma imagem o modo como os indivíduos se posicionam no espaço social e relacional, como acaba por ser uma imagem o trabalho científico sobre a compreensão da realidade empírica. Claro está que estes dois domínios de percepções não podem ser colocados num mesmo nível, dado o trabalho científico pressupor uma constante vigilância crítica do investigador em interacção com os indivíduos que estuda, além de uma vigilância crítica sobre a conceptualização que faz dos processos que aspira entender. Então, afirmar que o trabalho científico corresponde a uma imagem significa que, dentro dos controlos necessários em ciência, a captação do real não pode ser dissociada de quem a desenvolve. Onde se pretende chegar é à noção que o produto científico está duplamente suportado nos limites das racionalidades individuais: racionalidade do objecto de estudo e racionalidade do

sujeito que estuda. Anteriormente teve-se já a oportunidade de referir o papel do investigador na condução dos processos de interacção, pelo que importa agora salientar a consciência que se tem sobre as filtragens indissociáveis à reflexividade individual.

Neste sentido, a valorização dos processos individuais de interiorização da realidade social deve compreender que os indivíduos tendem a manifestar discursos racionalizadores de campos relativamente homogêneos e bem delimitados (Caria, 2002). As cautelas na análise dos discursos e dos não discursos necessita, por isso, do conhecimento dos campos em que qualquer interacção acontece. Como se referiu ao longo do trabalho, a análise sobre as acções teve sempre em conta o campo das possibilidades ou, como Crozier e Friedberg (1977) referem, um sistema concreto de acção, pelo que falar na capacidade de agir não pode ignorar as possibilidades estruturais para o fazer e a posse de determinados recursos.

Associando a uma ideia de Bourdieu (1989), o espaço do possível em qualquer campo decorre também da influência de outros campos cruzados. Aplicando este princípio ao objecto de estudo, teve-se em conta, não só o campo organizacional, como o campo político e o campo das profissões. Os indivíduos no meio destas vertentes em confronto constroem racionalidades específicas dependendo do lugar ocupado, ou seja, definem modos parcelares de entender a objectividade.

No entanto, e além desta dimensão, a compreensão das estratégias discursivas teve em conta o papel da reflexividade e da consciência. Voltando a dar relevo ao uso activo que os indivíduos podem fazer dos lugares que ocupam, incluiu-se nessa compreensão os diferentes interesses que estão no curso das acções (affectos, fins, valores ou tradição). Isto deixa antever a possibilidade de desfasamento entre os relacionamentos quotidianos resultantes de objectivações individuais e os discursos produzidos, sobretudo quando manifestados a indivíduos não pertencentes a esse grupo. É, por isso, que usar apenas a técnica de entrevista constituiria uma limitação na compreensão da produção discursiva. Nem os entrevistados estariam dispostos a comprometer-se nas suas opiniões com uma pessoa desconhecida, nem o investigador tinha forma de conseguir filtrar o que estava a ser dito. Na realidade, não foram poucas as vezes em que os discursos produzidos em entrevista não coincidiram com as observações registadas.

Uma das estratégias que mais se utilizou para lidar com estas discrepâncias é referida por Venesson (2008) por hipóteses contrafactuais. São hipóteses que visam



assegurar um conhecimento mais rigoroso das hipóteses que efectivamente estão a ser testadas, e cuja existência permite ir descartando possibilidades que podem estar a confundir as relações em presença. Por exemplo, um procedimento habitual aplicado nas entrevistas e nas conversas informais foi perguntar, não só o porquê de alguma coisa acontecer, mas também o porquê disso não acontecer. O raciocínio pela negação muitas vezes obriga a um exercício mental que rompe com o esperado e inculcado.

Mais do que desvios propositados e conscientes, muitas vezes está em causa o modo como a realidade tende a ser verbalmente produzida para terceiros. Pode estar em causa uma defesa consciente do lugar ocupado, como simplesmente modos de interpretação da realidade presos ao lugar ocupado (por intermédio de socializações).

Existem, portanto, virtuosidades e limites na análise dos discursos, cabendo ao investigador filtrá-los e interpretá-los. Uma coisa é deduzir sobre representações e sentidos da acção; outra bem diferente e de importância incontornável é dar visibilidade ao modo como essas representações e sentidos moldam o curso da acção individual. Neste sentido, a dupla função atribuída ao conhecimento científico por autores como Bourdieu (1989), simultaneamente, de interpretação e de explicação, tem um alcance pleno por intermédio desta dimensão discursiva. O investigador é transportado para as razões que suportam certos processos sociais cuja existência pode ser muito mais rica e complexa do que aparenta inicialmente.

Portanto, uma coisa é a influência de factores sociais (e de outras naturezas) que configuram de um modo indelével os indivíduos; outra é o sentido individualmente atribuído a essas influências. Onde este trabalho incidiu foi precisamente nesta produção de sentido como base para a compreensão do curso da acção. Mais do que atribuir a estas produções um estatuto de meras subjectividades que obscurecem a compreensão da realidade, a opção foi conferir a esta dimensão um papel fundamental para explicar os motivos que os indivíduos atribuem aos seus comportamentos.

Claro que, além desta dimensão, existe todo um domínio de influências inculcadas que se reproduzem de forma automática e não consciente. Contudo, foi no domínio daquilo que os indivíduos sabem o que fazem e porque fazem que este trabalho procurou perceber os resultados das relações inter-profissionais. Porventura, uma das limitações mais significativas desta análise prende-se com a dificuldade na racionalização discursiva. *“Olhe, tenho muita dificuldade em responder”, “não percebo a pergunta”, “não sei, logo*

*se vê*” são elementos das entrevistas que traduzem essa dificuldade. Foram encontradas dificuldades na produção discursiva em todas as dimensões cobertas neste estudo: na percepção do contexto político/empresarialização; na percepção do hospital, do serviço onde trabalha e da gestão hospitalar; na percepção de si. Fundamentalmente, isto traduz dois aspectos que uma análise desta natureza não pode ignorar. Por um lado, a força da impregnação do social, levando a que parte dos comportamentos sejam desempenhados sem consciência disso e, muitas vezes, sem consciência dos contextos sociais que os envolvem. Como foi considerado na discussão teórica, a alteração das práticas rotinizadas (responsável por uma dialéctica entre as expectativas e as experiências), além da possibilidade de mutação dos interesses individuais (motivações) possibilita estados de maior consciência e de vigilância reflexiva. Por outro lado, evidencia a componente variável da consciência, em que a elevada produção reflexiva de alguns indivíduos contrastou com uma total ausência reflexiva de outros. Ficou em aberto a explicação para esta quase arbitrariedade na co-existência entre acções reflexivas e acções reproduzidas sem consciência, sobretudo considerando que a análise respeita dois grupos de indivíduos (médicos e gestores) relativamente homogéneo nos seus níveis educacionais, na racionalidade construída e na sua cultura profissional e em algumas das trajectórias de vida.

## 11. CONCLUSÃO

Embora se tenha chegado ao momento do fim, em boa verdade, trata-se de um fim que deixa em aberto algumas questões impossíveis de serem aqui respondidas. Uma, impostas por fronteiras científicas que tiveram de ser respeitadas, sendo este um trabalho claramente delimitado nas suas premissas teóricas; outras, decorrentes de um tempo útil em que este trabalho tinha que chegar a este ponto; por último, talvez a maior das impossibilidades, o facto da complexidade inerente ao comportamento humano não permitir um fim que se esgote numa única incursão sobre o tema. O desafio para a sua compreensão desenvolveu-se já no decorrer da investigação, acompanhou parte significativa da sua concretização e não termina neste fim. É daquelas presenças que após tomar-se consciência da sua existência torna-se impossível de ignorar.

O que marcou este trabalho foi um desenvolvimento teórico inesperado aquando da sua formulação inicial. A questão que se pretendia perceber dizia respeito às consequências da empresarialização hospitalar em Portugal para a autonomia e autoridade médicas. Contudo, o contacto quotidiano que o investigador teve com essa realidade empírica depressa levou a todo um debate que ultrapassa essas dinâmicas empíricas. Fundamentalmente, teve que se equacionar os motivos e possibilidades da variação dos comportamentos individuais dada a aparente indeterminação em aspectos tão importantes como as representações dos médicos quanto ao aumento de competências dos gestores hospitalares. O facto de as posições não serem consensuais e chegarem, em alguns casos, a ser contraditórias levou à necessidade de compreensão sobre o sentido orientador da acção individual, ou seja, da reflexividade.

Porventura, uma das respostas mais interessantes sobre a reflexividade que ficou por perceber foi o facto de alguns indivíduos apresentarem de uma forma mais proeminente e esclarecida uma consciência reflexiva do que outros. Embora inerente à condição humana foi notório o grau variável, e nem sempre representativo, com que os indivíduos manifestam uma consciência sobre si, sobre os outros, sobre os motivos de algumas das acções mais importantes das suas vidas, neste caso relacionadas com a sua vida profissional. É certo que a resposta mais elementar para esta constatação é o que autores contemporâneos como Pierre Bourdieu (2001, 2002) referem sobre a impregnação do social na vivência individual, considerando que as influências externas aos indivíduos vivem no seu interior e são accionadas de forma não consciente. Basicamente a ideia é que

a consciência humana constitui-se enquanto reflexo das aprendizagens sociais que a moldam e, na verdade, este princípio foi comprovado nos processos empíricos discutidos neste trabalho. Partindo da premissa que a forma de entrada dos médicos nos serviços condiciona a sua posição futura e os seus interesses profissionais, foi inequívoco o papel da socialização exercida pelo director de serviço ou pelos tutores nas opções futuras dos futuros médicos. Esta influência é de tal modo significativa que os próprios gostos individuais – “eu faço isto porque gosto” ou “eu faço isto porque me realiza” – não podem estar dissociados das reproduções ocorridas nesse contexto, ou seja, decorrem de aprendizagens para fazer aquilo que sempre foi feito.

Nesta situação, a reprodução, tanto pode ocorrer num domínio de consciência discursiva, como na ausência de um entendimento consciente do *self*. O primeiro caso, respeita a produção discursiva da individualidade, das acções, da manifestação dos interesses profissionais, como da compreensão das alterações políticas e organizacionais que rodeiam o indivíduo. Médicos e gestores elaboram um discurso dotado de sentido, em função do que vive dentro deles por intermédio de aprendizagens, e que lhes permite justificar as opções do que fazem e os entendimentos da realidade circundante. O segundo caso, é facilmente apreendido perante a dificuldade de produção discursiva sobre esses aspectos. “*Não sei...*”, “*nunca tinha pensado sobre isso*”, “*tem piada, porque será?*” são meros exemplos de expressões que comprovam que a ocorrência de certos comportamentos pode não ser acompanhada pela sua consciência quanto aos seus motivos.

Ainda que esta forma de estruturação das opções individuais tenha sido a de mais fácil identificação e mais representativa entre os profissionais observados, essa é apenas uma parte da equação sobre a compreensão do curso da acção individual. Com efeito, foram identificados processos que apontam para a capacidade humana de superar certas formas de condicionamento estrutural como as que foram atrás referidas. Trata-se do dualismo inerente à reflexividade que, de produto de aprendizagens e de contextos, assume um papel activo nessa produção, ao ponto de configurar novos espaços de possibilidades para os comportamentos futuros dos indivíduos. A questão é que a sociologia não pode procurar a explicação dos comportamentos apenas por intermédio dos lugares sociais ocupados e pela posse de determinados recursos, embora estas sejam duas condições determinantes para a maior ou menor possibilidade de desvios dos comportamentos. É neste sentido que se compreende como os sistemas humanos, tanto se perpetuam, como se modificam, tendo por base processos cognitivos que vão desde a reprodução automática à

mudança reflexiva. Está em causa uma ligação entre os intervenientes e as próprias estruturas, percebendo o modo como estes constroem o seu lugar e o lugar dos outros nos espaços de interacção. Daí a ideia que simplesmente se torna impossível conceptualizar o nível institucional sem se saber como o “jogo” é individualmente jogado (Crozier e Friedberg, 1977; Schnapper, 2000).

Foi por este argumento que o nível da estrutura foi situado, não só numa fase precedente e externa à agência, delimitando os seus espaços de acção, como também se incorporou a reflexividade individual na produção dessa realidade. A construção e disseminação das estruturas sociais decorrem, assim, de objectivações individuais (Boudon, 2003), considerando que os comportamentos, enquanto manifestação de exteriorizações individuais de interioridades, dependem de um processo prévio de internalização da exterioridade.

Como se percebe, isto não quer dizer que as opções da acção individual possam estar desprendidas de influências externas. No entanto, os indivíduos deambulam por entre um conjunto diversificado de influências sociais, que complexifica o entendimento dos campos sociais tomados *per si*. Por exemplo, a compreensão do campo da profissão médica não é suficiente para captar os sentidos possíveis dos comportamentos dos médicos. Em primeiro lugar, porque ignora outros vectores de influência prévios e paralelos que, associados a esse, complexificam o campo das possibilidades individuais. Em segundo lugar, porque os indivíduos nessa complexidade têm condições para fazer valer em determinados contextos certas determinações ou disposições mais enraizadas do que outras (Lahire, 2005, 2008).

Uma das coisas que se comprovou é que a presença de uma dada disposição, mais do que uma mera inculcação externa, pode ser sujeita a atribuições de sentido por parte dos indivíduos, não valendo apenas por si. Isto significa que as influências podem nem sempre despertar o mesmo grau de consciência e de valorização simbólica nos indivíduos, sendo esse um domínio intrínseco à sua inteligibilidade. Neste sentido, compreende-se que o indivíduo tem a capacidade de poder escolher em diferentes circunstâncias – entenda-se diferentes contextos de interacção e diferentes interlocutores – certas disposições que, por algum motivo, lhe suscitam algum tipo de interesse ou valorização nesse momento. Influências, preferência, opções vêm e vão em função desta capacidade, variando em função de dimensões, tais como os afectos, os interesses económicos ou científicos, as lealdades, etc.

Uma vez mais, a necessidade de acautelarmos um entendimento preciso sobre esta afirmação exige que se equacione que esta mobilização consciente não cobre toda a complexidade da acção individual. A capacidade para escolher determinadas disposições em detrimento de outras pode não ser mais do que meros desfasamentos potencialmente não reflexivos entre o que o contexto exige do indivíduo e aquilo que ele sempre foi habituado a fazer. Neste caso, trata-se de uma situação dialéctica entre as regras específicas presentes num caso concreto de interacção e a experiência e expectativa do indivíduo. Quando os contextos correspondem às expectativas individuais tende a haver uma reprodução de comportamentos. Quando os contextos mudam e as expectativas permanecem inalteradas em função da presença dos sentidos de acção mais sólidos, tende a haver uma discrepância entre aquilo que o indivíduo foi habituado a fazer e aquilo que passa a ter que fazer. Ou segue as influências que sempre o determinou, ou uma avaliação reflexiva do novo contexto conduz a novas soluções (mudar de opinião).<sup>165</sup>

Faz-se aqui um à parte sobre a utilização dos quatro vectores para a compreensão do sentido da acção (tradição, valores, fins e afectos, cf. modelo conceptual da racionalidade de Weber, 1983). Quando se reflecte sobre o comportamento humano tem que se ter uma clara noção quanto à sua complexidade e multi-dimensionalidade. Daí se ter afirmado que a captação da acção em toda a sua plenitude não pode decorrer de um único trabalho ou de uma só perspectiva disciplinar. Tendo, então, uma clara consciência quanto ao pequeno passo que este trabalho permitiu para essa compreensão, a adopção desses quatro sentidos orientadores da acção procuraram filtrar alguma dessa complexidade tendo em vista uma conceptualização dos comportamentos. Não significa que se possam encontrar comportamentos puros quanto ao seu sentido, nem tão pouco assegurar que estes quatro vectores cubram toda a orientação que os comportamentos podem assumir.

Aceite o princípio dialéctico para a explicação da mudança de comportamentos, a grande diferença relativamente a teorizações consagradas como as de Bourdieu (2002: 179), situa-se na ideia que desfasamentos entre ocasiões e disposições, entre o contexto e o vivido não são meras “*ocasiões falhadas*”, “*impotência*” ou “*crises históricas*”. Neste sentido, considera-se que as mudanças de comportamento têm uma existência intrínseca à acção individual, na medida em que os desfasamentos são cada vez mais comuns na

---

<sup>165</sup> Embora a tradição e os valores sejam os sentidos da acção potencialmente mais estáveis, contempla-se a possibilidade de fins e afectos poderem também assumir uma base duradoura, embora mais dependente dos contextos e interlocutores em interacção.

presença da incerteza e do risco característicos da modernidade (Cf. Lash, 2000, 2003; Elias, 1993; Dubar, 2006). Além disso, e mais importante, os indivíduos possuem os mecanismos cognitivos necessários para atribuírem de um modo variável e nem sempre previsível um sentido consciente a determinadas disposições que existam dentro de si: *“porque compensa do ponto de vista remuneratório”*; *“porque quero estar associado a um projecto científico de reconhecimento internacional”*; *“porque sou leal ao meu director de serviço”*; *“porque quero ajudar os outros”*; *“porque não sei o que quero fazer no futuro”*; *“porque não quero que os outros sofram como eu sofri”*.

Estas expressões retiradas dos discursos dos profissionais demonstram até que ponto há pertinência em explorar a dimensão individual das relações profissionais, dado que o nível institucional não tem forma de antever os processos de objectivação individual intrínsecos à existência humana. Demonstram também o papel activo que a atribuição reflexiva de sentido por parte dos indivíduos a si mesmos, aos outros, às suas expectativas e interesses condicionam o curso da acção. Deste ponto de vista, alterações nos comportamentos individuais não ocorrem apenas por intermédio desse tal princípio dialéctico entre ocasiões e as disposições internas, sendo necessário equacionar a forma como a essas disposições é atribuído um sentido significativo.

Estas ideias traduzem um outro fim que este trabalho alcança. Refere-se ao modo como a reflexividade complexifica os entendimentos sobre os contextos sociais. A sociologia estuda factos sociais, mas, como se viu, tem condições conceptuais para estudar o modo como os agentes podem fazer usos diversificados das condições estruturais existentes. Já se percebeu que introduzir mudanças nas estruturas sociais, ou alterar o curso dos comportamentos depende, em primeiro lugar, da posse dos recursos necessários para o fazer, o que, por sua vez, está dependente da posição ocupada no espaço social relacional. No entanto, a acção individual é mais do que isso, respeitando uma ordem interna que, nuns momentos reproduz o conhecido e, noutras, tem interesse em fazer algo (tanto mudar como reproduzir).

Estão em causa processos cognitivos que ponderam em cada momento e perante cada interlocutor benefícios e prejuízos, experiências e expectativas, avanços e recuos. A acção humana é, simultaneamente, social e individual e estas duas dimensões da realidade não vivem em separado. Sabendo que os comportamentos são tendencialmente coerentes sempre que respeitem motivos, conscientes ou não, a questão está então em perceber os

motivos nos quais os comportamentos se suportam.<sup>166</sup> É nessa relação que se compreende a alteração das opções de comportamentos, naquilo que agora se sabe como uma contradição que é apenas aparente. A coerência pode referir-se à reprodução expectável de aprendizagens e de influências sociais, assim como é coerente o comportamento que responde a interesses diversificados que se podem afastar dessas expectativas. Como se viu, os interesses variam em função de factores contextuais e de objectivos futuros, ultrapassando o espaço das possibilidades permitido por uma concepção mais linear das aprendizagens e dos campos sociais. Uma terceira forma de coerência diz então respeito a acontecimentos marcados por uma forte carga simbólica e que orientam importantes decisões futuras. Este vector é, por ventura, aquele que melhor traduz a componente activa da reflexividade humana no curso da acção. A valorização de situações tomando-as como únicas e dotadas de sentido têm também uma validade simbólica individualmente percebida como importante e digna de valor. Portanto, o valor tanto residir nas propriedades objectivas das estruturas sociais, como no modo como elas são interpretadas e valorizadas.

Foi com este objectivo que anteriormente se explorou, de um modo mais aprofundado, quatro entrevistados enquanto representantes típicos de cada uma das quatro orientações dos sentidos da acção. Ilustram o modo como a tradição, os valores, os afectos e os fins podem não ser uniformemente percebidos no interior de grupos sociais relativamente homogéneos, mas que as influências sociais inerentes a cada pessoa dependem do sentido reflexivo dado a essas influências. Nem todos os médicos valorizam a tradição, mesmo entre a mesma faixa etária e socializações profissionais próximas; nem todos valorizam os valores de ajuda aos outros, mesmo sendo essa a base ética da profissão; nem todos valorizam a lealdade e confiança decorrente dos afectos, embora as relações emocionais sejam inerentes à vida em sociedade; nem todos valorizam o interesse financeiro mesmo que isso implique aceitar jogar um jogo distinto daquele em que foi socializado e onde se situam as pessoas mais marcantes na sua vida.

Voltando a destacar a questão fundamental que ficou por perceber neste trabalho, não se conseguiu explicar quais os mecanismos associados a uma maior ou menor presença da reflexividade nas decisões profissionais. Sabendo que a alteração dos contextos

---

<sup>166</sup> Neste sentido, se por um lado, um tipo de comportamento pode ser menos coerente do ponto de vista das estruturas (habitus ou disposições) que o enquadram, por outro, adquire uma coerência sempre que a agência actuante lhe atribui um sentido significante.



analisados é relativamente uniforme para todos os médicos – alteração jurídica dos hospitais em torno de uma gestão quantitativa mais restritiva –, suscita uma enorme perplexidade a forma como a presença de processos incluídos num domínio reflexivo pode contrastar com a sua ausência quase absoluta, em que os indivíduos nem sequer percebem certas motivações em actos importantes para as suas condições de trabalho e de relacionamento com os outros. Por outro lado, estar em presença de formas quase puras de reflexividade transporta para o esplendor máximo da condição humana. Sabe-se o que se faz, qual a estratégia para o fazer, e porque se faz.

Pôr a tónica nestes processos representou um desafio constante de não deixar fugir os controlos conceptuais imprescindíveis para esse entendimento. Além disso, exigiu uma preocupação no modo de exposição dos argumentos, procurando protegê-los de interpretações menos prudentes. Elias (1993: 115) expõe de uma forma muito clara o interesse perigoso de explorar a questão das individualidades nos processos sociais:

a ideia que se tem de si mesmo e dos outros seres humanos é uma das condições mais elementares para que nos possamos orientar entre seres humanos (...) quando isto é posto em questão, então a própria segurança está em perigo. O que era tido como certo torna-se incerto. (...) Mas sem nos aventurarmos por uns tempos ao mar das incertezas não somos capazes de escapar às contradições e insuficiências de uma certeza enganadora.

Em síntese, os pontos analíticos fulcrais explorados nesta abordagem sobre a componente reflexiva da acção profissional relacionam-se com uma articulação entre experiências, interesses, processos de construção de *self* e contextos de acção. O objectivo foi procurar uma explicação para as aparentes contradições dos comportamentos individuais em contexto profissional. A contradição apenas existe enquanto tal se se tiver por base um quadro de comportamentos definidos pelos lugares sociais. Ora, o reconhecimento que aqui se faz é que qualquer acção respeita uma estrutura interna dotada de coerência e consistência, mas que somente pode ser encontrada no nível individual.

A profissão médica revelou-se determinante para esta compreensão. Não é que a reflexividade seja uma propriedade exclusiva destes profissionais. Contudo, a posição ocupada no espaço social e nos contextos organizacionais permite apreender com maior clarividência os processos que a reflexividade envolve. Constitui-se enquanto grupo social fortemente blindado a pressões externas, permitindo ao mesmo tempo uma elevada liberdade interna aos seus membros, pelo que as opções individuais ganham relevância pelas suas implicações: ao nível da saúde dos outros.

Transitando já para um nível mais próximo às dinâmicas empíricas em presença, esta discussão visou fornecer elementos para uma outra forma de conceptualização das relações profissionais. Não constituindo uma abordagem contrária ao capital científico acumulado, permitiu teorizar sobre os motivos para a variabilidade da acção individual em contextos profissionais e organizacionais. Aqui, o entendimento sistémico sobre a acção foi visto pela sua dupla estruturação: no plano externo, por níveis supra-individuais que balizam o campo das possibilidades e dos interesses, e no plano interno pela existência de objectivações individuais de realidades sociais objectivas.

Não se questiona que as profissões constituem importantes grupos de diferenciação entre os indivíduos, também ao nível da construção de racionalidades tecnicocientíficas e de identidades não necessariamente extensíveis e aplicáveis a outros grupos. No entanto, incluir no posicionamento teórico a análise da estruturação das estruturas por intermédio de quem as compõe e reproduz, permite uma fuga mais eficaz à tentação de procurar apenas a semelhança de comportamento entre indivíduos pertencentes aos mesmos grupos sociais, e a dissemelhança em relação a outros grupos distintos: os médicos não se opõem aos gestores apenas por serem médicos, do mesmo modo que os gestores não se opõem aos médicos apenas por serem gestores. A questão é que a existência quotidiana de regularidades de conduta nas práticas dos profissionais não pode obscurecer toda uma existência individualizada da sua pertença.

De facto, a preocupação típica em torno da previsibilidade e da quantificação, como forma de lidar com a incerteza e o risco das sociedades modernas (Gabe, 2004), conduz a uma redução da componente humana a uma simplificação irreal de garantir. Este pode ser tido como um dos principais motivos para a sucessiva falência dos modelos puramente económicos pensados para os hospitais, cuja expectativa de redução de gastos não tem tido os resultados esperados. Do ponto de vista sociológico não há condições para perceber se em causa estão problemas inerentes aos próprios modelos económicos, contudo, é relativamente fácil compreender que, independentemente, da maior ou menor sofisticação desses modelos, todos eles assentam numa premissa frágil e impossível de garantir através de intervenções politico-normativas: constranger a diversidade dos comportamentos dos profissionais. Já Crozier (1989) vaticinara que essa procura incessante dos resultados quantificáveis conduz desde à partida a um resultado tecnocrático fracassado. Por conseguinte, profissionalismo e managerialismo não se apresentam como forças necessariamente opostas.

Os comportamentos dos profissionais aparecem dependentes de contextos específicos de interação, em que a socialização profissional se afigurou como determinante da configuração das práticas e representações dos indivíduos. Por outro lado, a multiplicidade de comportamentos possíveis nestes contextos, deixou transparecer a existência de diferentes motivações individuais. Nuns casos, os conflitos profissionais serão sinónimo da necessidade de um reforço do poder profissional dos directores de serviço sobre a liberdade individual dos médicos; noutros, representam uma excessiva intervenção da gestão que belisca a componente ética e moral de alguns profissionais na condução do seu trabalho, dado que não precisam de regras externas para o exercício pleno das suas funções; noutros ainda, serão o resultado de lealdades intra-profissionais impossíveis de superar ou quebrar, sob pena de efeitos perversos não calculáveis; por último, podem representar a presença de construções do profissionalismo assentes na supremacia permitida pela posse de conhecimentos especializados altamente diferenciados e necessários para o hospital e para a própria gestão.

Já de acordo com uma perspectiva analítica centrada na vertente institucional, o contexto da NGP não tem afectado o poder médico, dado que a medicina continua a controlar os saberes especializados, além que o carácter insubstituível dos seus saberes permanece intocável. Os médicos continuam a ser os únicos capazes de responder à função dos hospitais: diagnóstico, tratamento e cura. Por muito que as pressões orçamentais se tenham vindo a efectivar, as condições necessárias para se assistir a uma quebra da autonomia profissional apenas poderia ocorrer por intermédio de um controlo sobre a decisão médica que, de facto, não se identificou. Pelo contrário, o poder médico vê-se reforçado num contexto de desregulação do mercado de trabalho e de exposição do sector público a regras outrora circunscritas do sector privado, dado que na relação procura e oferta a escassez dos seus saberes coloca a medicina numa posição possivelmente mais vantajosa do que nunca.

Contudo, estes não são processos uniformes no interior da profissão. Traduzem uma situação de crescente diferenciação interna determinada pelos saberes detidos, tanto ao nível individual como ao nível das especialidades médicas. Assim sendo, é possível concluir que os saberes continuam a ser um dos mecanismos mais importantes para aquisição de poder (Cf. Carapinheiro, 1993; Freidson 1994). Relativamente ao primeiro nível, está em causa o modo como as relações contratuais divergem em função da necessidade do mercado de determinadas áreas de actuação, enquanto que para o segundo

nível as posições ocupadas dependem da natureza do trabalho desenvolvido (grau de rotatividade dos doentes, dependência tecnológica e importância para a diferenciação do hospital entre os restantes prestadores) e o seu modo de financiamento por parte do Estado. Comprovam-se modos diversificados de conceber o profissionalismo médico, em que as condições para o seu reforço não dependem apenas de processos internos à profissão. O caso da transplantação foi tomado como paradigmático do modo como o financiamento do Estado cria condições para um aumento do poder profissional, ao passo que o caso da cirurgia endócrina e de obesidade foi um exemplo notório que o reforço desse poder depende directamente da decisão política sobre as áreas médicas em desenvolvimento, além de depender da capacidade da gestão para criar condições para a sua autonomização enquanto serviço médico independente.

Neste sentido, dois tipos de contextos médicos foram equacionados, corroborando a actualidade de contributos já clássicos na sociologia da saúde (e.g. Chauvenet, 1972, 1973) que apontam para o papel que a tecnologia, a natureza dos procedimentos médicos e a selectividade na entrada dos doentes representam para as posições detidas pelas especialidades. Em função de duas dimensões – normatividades e espaços de acção e natureza do trabalho – definiu-se um serviço médico de base conservadora e outro de base empresarial. Não obstante a impossibilidade de extrapolação de qualquer conclusão sobre os processos em causa, dado os seus contornos responderem apenas a dinâmicas dos espaços empíricos observados, os serviços médicos estudados acabaram por evidenciar de uma forma clara as diferenças que separam aquilo que se definiu como uma lógica conservadora e empresarial. No primeiro caso, domina um baixo nível de normatividade exercido pela direcção do serviço, a par de um elevado grau de liberdade individual permitido aos médicos. Permanecem, por isso, estruturas típicas associadas à construção do poder médico, também ao nível da relação da profissão com outros saberes profissionais. Aspectos como a reduzida rotatividade dos doentes, o baixo grau de diferenciação tecnológica, o papel pouco significativo na diferenciação do hospital e elevados custos associados à actividade prestada, conduzem a uma prática médica pouco compatível com as exigências actualmente postas à gestão hospitalar. Em todo o caso, é de referir que nem mesmo nestes contextos foi identificada uma quebra do poder médico, dado o seu saber permanecer no domínio restrito da profissão.

Por outro lado, num serviço médico de base empresarial a natureza da actividade está voltada para uma elevada rotatividade de doentes, por intermédio de uma prática

clínica altamente diferenciada e suportada em inovações tecnológicas de ponta. Além de ser uma actividade rentável para o hospital em termos das transferências pagas pelo SNS, contribui em muito para a diferenciação do hospital na rede de prestadores de cuidados. A liberdades individual dos médicos apresenta-se mais contrangida por uma direcção de serviço que exerce um controlo normativo acentuado sobre o funcionamento daquele espaço. É neste caso que mais se assiste ao reforço do poder profissional da medicina, em que competências de gestão são transferidas para a jurisdição médica. Gestão física, patrimonial e de recursos humanos passa a ser assegurada pela direcção de serviço, em estruturas de poder balcanizadas. A constituição destas estruturas no interior dos hospitais levou a assumir a existência de uma nova configuração organizacional não prevista por Mintzberg (1979, 1992). Trata-se de uma estrutura profissional divisionalizada, compatibilizando o profissionalismo típico das burocracias profissionais com a balcanização das estruturas divisionalizadas.

A sua existência recente transparece a mais importante conclusão a retirar sobre o actual funcionamento público: a sua tendencial convergência com regras outrora circunscritas do sector liberal privado. Neste sentido, estão abertas as condições para uma diferenciação interna crescente no SNS português. Essa diferenciação vai ser encontrada, não só entre os vários hospitais, como entre os serviços médicos de um mesmo hospital. Captação de recursos humanos, organização dos cuidados médicos, regras e procedimentos variados podem estar circunscritos a esses espaços levando a um sector público internamente desigual.

Um outro tipo de conclusões sobre os processos empíricos em discussão diz respeito à interpretação dos processos políticos que suportam a intervenção na saúde. Como (Barzelay, 2000, 2001) propõe, uma análise rigorosa sobre a NGP exige ir além de uma mera descrição de medidas políticas e de alterações mais ou menos sistemáticas no funcionamento organizacional, tendo presente o contexto, os objectivos, os instrumentos políticos e as escolhas que estão por detrás das variações empíricas que o modelo genérico pode envolver. Importa, então, perceber em que medida as características dos instrumentos provenientes da NGP em Portugal podem, ou não, implicar uma verdadeira reforma administrativa.

As medidas que têm vindo a ser prosseguidas não são recentes, nem tão pouco inovadoras. Respondem a directrizes partilhadas entre os países dotados de modelos de providência, e são encontradas em Portugal desde os anos 80, em convergência com

fundamentos de décadas anteriores. A função atribuída à NGP enquanto racionalização, eficiência, responsabilização, transparência e orientação para os resultados constituem dimensões outrora características do sector liberal privado, e que são transpostas para o sector público. O princípio base é que o bem público pode ser melhor gerido por intermédio de processos empresariais. É nesta base que o poder político em Portugal – tanto os partidos de centro-esquerda como de centro-direita que vêm governando ciclicamente desde a Revolução democrática de 1974 – tem vindo a intervir na prestação pública de cuidados. A chamada empresarialização dos hospitais, como também da rede de cuidados primários, em que se alteram os modelos jurídicos dos prestadores, à luz de processos encontrados em qualquer outra empresa, tem-se assumido como uma das principais formas de intervenção no sector. É importante ter noção que esta decisão de alteração dos estatutos jurídicos é uma competência governamental, não tendo que passar por qualquer tipo de envolvimento multiparticipativo, caso não seja do interesse governativo. Dado que uma das consequências elementares desta alteração jurídica dos hospitais é a tendencial descentralização de competências para o nível organizacional, o governo acaba indirectamente por descentralizar uma acção sindical tradicionalmente voltada para o poder central.

Além do funcionamento organizacional dos prestadores públicos, a convergência com dinâmicas do sector privado ocorre de um outro modo. De um mercado de trabalho outrora uniformizado por carreiras profissionais e vínculos definitivos assiste-se a uma progressiva relação de emprego individualizada. Em rigor, esta transformação não pode apenas ser vista como uma degradação das condições laborais, representando, nalguns casos pontuais, novas possibilidades na capacidade de negociação individual das condições de trabalho. A diferença entre a vulnerabilidade e a robustez na negociação laboral depende cada vez mais da posição detida na relação entre procura e oferta de emprego. A consequência mais directa é uma situação de diferenciação interna num SNS antes uniformizado.

Estas mudanças parecem legitimar a ideia que a intervenção na administração pública pode ser interpretada como uma verdadeira reforma. Os desafios que hoje se colocam aos países com modelos de Estado-Providência, no actual quadro financeiro e fiscal, faz com que o modo como o SNS foi pensado e implementado tardiamente em Portugal divirja das características que tem vindo assumir nos anos recentes, fundamentalmente, a partir de 2002. A certeza quanto a uma progressiva diferenciação

interna no SNS, decorrente de uma concorrência entre os prestadores públicos e entre os prestadores públicos e privados, contrasta com novas incertezas que se afiguram no futuro recente. Portugal vive um momento político de possível alternância de um governo socialista para um novo governo social-democrata.<sup>167</sup> Ora, foi já aprovado por instâncias internas desse partido uma revisão constitucional, no qual, entre outros aspectos, se retira a expressão ‘tendencialmente gratuito’ no texto regulador do SNS.

No entanto, contrariamente à ideia que leituras menos prudentes podem dar conta, não parece estar em causa o fim de um serviço público de saúde. Contudo, parece inequívoca a tendência para acentuar a diferenciação interna na prestação pública de cuidados e um maior espaço de acção conferida a prestadores privados. Isto, tanto pode acontecer pela concessão da exploração de hospitais públicos a entidades privadas, como pela actividade privada em concorrência com a pública, em que vão ocupando espaços mais alargados no campo da medicina e da prestação de cuidados. Não se trata linearmente de uma privatização, embora lógicas de privatização ganhem maiores possibilidades de vir a ser implementadas.

O traço que parece vir a ser característico do SNS português é a indefinição em torno da total ou parcial mercadorização da prestação pública. Conceptualmente não está em causa o fim da vertente estatal da produção de saúde, mas antes a sua reconfiguração. Olhando para a definição inicial de Boaventura de Sousa Santos (1987), continua a subsistir uma distância analítica entre este modo de produção de saúde estatal e o privado: a natureza do prestador e, conseqüentemente, a sua função. Enquanto o primeiro actua em salvaguarda dos interesses de um conjunto alargado de indivíduos, em teoria os que apresentam menores condições de fazer face a situações de incerteza, o segundo tem na apropriação individual do lucro o motor da sua continuidade. Interesse comum e lucro não são dois princípios necessariamente contrários nem incompatíveis, estando a questão em saber como a prossecução do lucro pode pôr em causa o respeito pelos interesses generalizados da população. O que está em aberto é saber quais as implicações decorrentes para a prestação de cuidados de saúde e para o próprio SNS, devido à conjugação da mercadorização com o interesse público.

Em síntese, tendo em conta os três grandes modelos de actividade pública vigentes na Europa: (I) modelo de Beveridge – presente na Dinamarca, Finlândia, Islândia,

---

<sup>167</sup> Na altura da redacção deste texto ainda não se tinham realizado as eleições legislativas de Junho de 2011.

Noruega, Suécia e Reino Unido –, cujo financiamento se baseia em impostos e em que os prestadores são, sobretudo, de natureza pública; (II) modelo de Bismarck – na Áustria, Benelux, França, Alemanha e Suíça –, em que o financiamento ocorre por via de seguros sociais, com prestadores públicos e privados; (III) e modelos mistos entre os países da Europa meridional – Grécia, Itália, Portugal, Espanha – que resultam de articulações entre os dois primeiros modelos (Savas et al., 1998), nesta fase mais recente das suas políticas, Portugal evidência um afastamento em relação ao modelo de Beveridge, que suportou a constituição do seu SNS. De facto, uma acção alargada permitida ao sector privado, quer via do financiamento, quer por via da prestação de cuidados de saúde, aproxima-se das premissas do modelo de Bismarck. Para já, não é claro que esteja em causa uma alteração do modelo híbrido que Portugal aprofundou no decorrer das últimas décadas, sendo de esperar uma contínua articulação entre as características associadas a ambos os modelos.

Para terminar, colocam-se duas questões: em que sentido o investimento feito neste trabalho pode ser utilizado para a melhoria dos contextos observados? Fundamentalmente, que retorno a sociologia pode dar sobre os conhecimentos que produz? Hoje em dia restam poucas dúvidas sobre a necessidade da produção científica estar também voltada para resultados que tenham uma relevância em domínios mais próximos da vida quotidiana. Aliás, o reconhecimento social das ciências passa pela demonstração da sua utilidade e sentimento de dependência para a vida em sociedade.

Tendo por base esta preocupação, o que este trabalho permite concluir é sobre a existência de complexos processos relacionais impossíveis de anular, principalmente quando os lugares ocupados envolvem um elevado grau de discricionariedade: liberdade na tomada de decisão. De facto, os hospitais são dos lugares na sociedade onde isto mais se faz sentir pela exclusividade e, conseqüente, insubstituibilidade do saber profissional aí aplicado. A questão é que não se pode esperar que modelos normativos tenham o alcance suficiente para conseguir a padronização de comportamentos que se espera, tendo em vista a previsibilidade da actividade médica e dos seus gastos. A questão torna-se ainda mais sensível caso se considere que essa discricionariedade detida pelos médicos é acompanhada por um elevado poder, passível de se sobrepor às regras burocráticas do hospital.

Como se percebe, a necessidade de intervenção sobre os gastos hospitalares tenderá a ser mais proeminente no futuro. No entanto, a estratégia centrada no reforço da competências dos gestores, na expectativa que o exercício da sua autoridade garanta a



prossecação das medidas exigidas pela tutela, além de nem sempre eficaz, conduz, na maior parte dos casos, a efeitos perversos e a um conseqüente antagonismo inter-profissional sem resultados práticos, por ignorar a posição detida pela medicina.

O papel que o investigador desempenhou como elemento externo à realidade hospitalar, não pertencente a nenhuma das profissões em causa e, por isso, não comprometido com nenhuma das partes, deixou transparecer uma das condições mais importantes para a aposta num modelo compreensivo sobre o quotidiano hospitalar. Independentemente da formação-base, percebe-se a mais-valia quanto à presença de intervenientes que, tendo uma posição autónoma relativamente à medicina e à gestão, consigam mediar os seus objectivos e racionalidades. No fundo, este trabalho contribui com um conhecimento sobre os motivos, ora para uma acção concorrente dos médicos em relação aos gestores, ora para uma acção confluyente. De facto, tanto os gestores beneficiam em ter na sua posse uma compreensão dos mecanismos responsáveis pela estruturação de cada serviço médico e os motivos para os comportamentos dos profissionais, como os médicos beneficiam da existência de um interlocutor que consiga dar visibilidade aos processos que devem, ou não, existir no hospital.

Na posse de conhecimentos desta natureza torna-se então possível aplicar medidas que tenham em consideração as especificidades de cada contexto, sabendo o que decidir e sob que meios essa decisão deve passar. Dada a actual configuração hospitalar, não existem fórmulas capazes de serem aplicadas de igual modo entre as várias realidades, nem esperar que tenham os mesmos resultados. Porque o sistema de acção é concreto, qualquer intervenção deve compreender a importância das seguintes dimensões (considerando especificamente a relação entre medicina e gestão).

Sob o ponto de vista institucional, o lugar do hospital na prestação de cuidados de saúde. Estão em causa as áreas de diferenciação do hospital, científica e de recursos humanos, como também os projectos políticos para esse prestador (que missão lhe é atribuída?). Associado a isso, tem de se equacionar o modo como a actividade médica é financiada pelo Estado e a relação de procura e oferta em cada área médica (como atrair os médicos ou não deixá-los sair?)

Sob o ponto de vista dos indivíduos, tem de se compreender as conseqüências inerentes à liberdade de acção permitida pelos lugares ocupados. Por exemplo, administradores hospitalares ou directores de serviço têm mais condições para influenciar

os contextos organizacionais, do que os restantes profissionais e será pouco profícuo tentar anular essas liberdades inerentes à história e evolução dos vários saberes profissionais. Nessa compreensão, torna-se determinante ter presente os seguintes elementos:

- A auto-construção do self profissional, que compreende dimensões como os entendimentos sobre o lugar da medicina e da gestão (serão compatíveis ou incompatíveis? Que experiências anteriores os profissionais tiveram para construir essa opinião? Como conseguir reformulá-la?), ou os objectivos profissionais que uns e outros visam desenvolver (interesses contrários àquilo que o hospital pode prosseguir? Que recursos podem ser efectivamente canalizados e que consequências isso trará para o envolvimento dos profissionais?);
- As trajectórias profissionais, considerando os motivos da escolha da profissão, ou os motivos por estar naquele contexto (o que é que esperam do hospital em função de aprendizagens passadas? Por que estão nesse serviço e não noutro? Isso é benéfico ou prejudicial para o hospital?)
- Em articulação com os pontos anteriores, perceber o sentido dos comportamentos, numa relação entre valores, tradição, afectos e fins. Torna-se deste modo possível, perceber onde são construídos os referenciais onde os indivíduos se suportam, as suas motivações e interesses, portanto, onde reside a explicação para os comportamentos (o que influencia os comportamentos dos profissionais? Outros médicos? Genuína ajuda aos outros? Outros interesses profissionais que fogem aos interesses do hospital?)

## 12. FONTES

- Assembleia da República (1990), “Lei n.º 48/90”, in *Diário da República*, n.º 195, Série I, pp. 3452 – 9.
- Assembleia da República (2002), “Lei n.º 27/2002”, in *Diário da República*, n.º 258, Série I-A, pp. 7150 – 4.
- Assembleia da República (2008), “Lei n.º 12-A/2008”, in *Diário da República*, n.º 41, Série I, pp. 1326-(2) – 1326-(27).
- Assembleia Legislativa Regional da Região Autónoma da Madeira (2003), “Decreto Legislativo Regional n.º 4/2003/M”, in *Diário da República*, 82, Série I-A, pp. 2273 – 77.
- Assembleia Legislativa Regional da Região Autónoma dos Açores (2007), “Decreto Legislativo Regional n.º 2/2007/A”, in *Diário da República*, 17, Série I, pp. 642 – 665.
- Ministério da Saúde (1988), “Decreto-Lei n.º 19/88”, in *Diário da República*, n.º 17, 3.º Suplemento, Série I, pp. 248(20) – 248(23).
- Ministério da Saúde (1996), “Decreto-Lei n.º 135/96”, in *Diário da República*, n.º 187, Série I-A, pp. 2503 – 5.
- Ministério da Saúde (1999), “Decreto-Lei n.º 157/99”, in *Diário da República*, n.º 108, Série I-A, pp. 2424 – 35.
- Ministério da Saúde (1999), “Decreto-Lei n.º 284/99”, in *Diário da República*, n.º 172, Série I-A, pp. 4683 – 7.
- Ministério da Saúde (1999), “Decreto-Lei n.º 374/99”, in *Diário da República*, n.º 219, Série I-A, pp. 6489 – 93.
- Ministério da Saúde (2002), “Decreto-Lei n.º 39/2002”, in *Diário da República*, n.º 48, Série I-A, pp. 1623 – 4.
- Ministério da Saúde (2002), “Decreto-Lei n.º 185/2002”, in *Diário da República*, n.º 191, Série I-A, pp. 5852 – 8.
- Ministério da Saúde (2003), “Decreto-Lei n.º 60/2003”, in *Diário da República*, n.º 77, Série I-A, pp. 2118 – 27.
- Ministério da Saúde (2003), “Decreto-Lei n.º 188/2003”, in *Diário da República*, n.º 191, Série I-A, pp. 5219 – 30.
- Ministério da Saúde (2005), “Decreto-Lei n.º 233/2005”, in *Diário da República*, n.º 249, Série I-A, pp. 7323 – 33.
- Ministério da Saúde (2007), “Decreto-Lei n.º 50-A/2007”, in *Diário da República*, n.º 42, 2.º Suplemento, Série I, pp. 1414(26) – 1414(29).
- Ministério da Saúde (2007), “Decreto-Lei n.º 326/2007”, in *Diário da República*, n.º 188, Série I, pp. 6996 – 98.
- Ministério da Saúde (2008), “Decreto-Lei n.º 28/2008”, in *Diário da República*, n.º 38, Série I, pp. 1182 – 89.
- Ministério da Saúde (2008), “Decreto-Lei n.º 180/2008”, in *Diário da República*, n.º 164, Série I, pp. 5999 – 6000.
- Ministério da Saúde (2008), “Decreto-Lei n.º 203/2008”, in *Diário da República*, n.º 197, Série I, pp. 7255 – 57.

- Ministério da Saúde (2009), “Decreto-Lei n.º 27/2009”, in *Diário da República*, n.º 18, Série I, pp. 565 – 6.
- Ministério da Saúde (2009), “Decreto-Lei n.º 102/2009”, in *Diário da República*, n.º 90, Série I, pp. 2812 – 3.
- Ministério da Saúde (2009), “Portaria n.º 839-A/2009”, in *Diário da República*, n.º 147, Série I, pp. 4978 (2) – 4978 (124).
- Ministério da Saúde e Assistência (1968), “Decreto-Lei n.º 48357”, in *Diário da República*, n.º 101, Série I, pp. 599 – 612.
- Ministério da Saúde e Assistência (1971), “Decreto-Lei n.º 413/71”, in *Diário da República*, n.º 228, Série I, pp. 1406 – 34.
- Ministério das Finanças (1999), “Decreto-Lei n.º 558/99”, in *Diário da República*, n.º 292, Série I-A, pp. 9012 – 9.
- Ministério das Finanças (2006), “Decreto-Lei n.º 141/2006”, in *Diário da República*, n.º 144, Série I, pp. 5344 – 56.
- Ministério das Finanças (2001), *Relatório do Orçamento do Estado para 2002*, Lisboa: Ministério das Finanças.
- Ministério das Finanças (2002), *Relatório do Orçamento do Estado para 2003*, Lisboa: Ministério das Finanças.
- Ministério das Finanças (2003), *Relatório do Orçamento do Estado para 2004*, Lisboa: Ministério das Finanças.
- Ministério das Finanças (2004), *Relatório do Orçamento do Estado para 2005*, Lisboa: Ministério das Finanças.
- Ministério das Finanças (2005), *Relatório do Orçamento do Estado para 2006*, Lisboa: Ministério das Finanças.
- Ministério das Finanças (2006), *Relatório do Orçamento do Estado para 2007*, Lisboa: Ministério das Finanças.
- Ministério das Finanças (2007), *Relatório do Orçamento do Estado para 2008*, Lisboa: Ministério das Finanças.
- Ministério das Finanças (2008), *Relatório do Orçamento do Estado para 2009*, Lisboa: Ministério das Finanças.
- Presidência da República (1963), “Lei n.º 2120”, in *Diário da República*, n.º 169, Série I, pp. 169 – 73.
- Presidência do Conselho de Ministros (2005), “Resolução do Conselho de Ministros n.º 124/2005”, in *Diário da República*, n.º 149, Série I-B, pp. 4502 – 4.

### 13. BIBLIOGRAFIA

- Abbott, Andrew (1988), *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, University of Chicago Press.
- Academia das Ciências de Lisboa (2001), *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea*, II Volume, Lisboa, Verbo.
- Adkins, Lisa (2003), “Reflexivity: Freedom or Habit of Gender?”, *Theory, Culture and Society*, 20(6), pp. 21 – 42.
- Alaluf, Mateo e Carlos Prieto (2001), *Collective Bargaining and the Social Construction of Employment*, Brussels, ETUI.
- Alexander, Jeffrey (1986), “Rethinking Durkheim’s Intellectual Development I: On ‘Marxism’ and the Anxiety of Being Misunderstood”, *International Sociology*, 1(1), pp. 91 – 107.
- Alexander, Jeffrey (1988), *Action and Its Environments. Toward a New Synthesis*, New York, Columbia University Press.
- Alexander, Jeffrey (1995), *Fin de siècle social theory. Relativism, reduction, and the problem of reason*, London, Verso.
- Alexander, Jeffrey (1996), “Critical Reflections on ‘Reflexive Modernization’”, *Theory, Culture and Society*, 13(4), pp. 133 – 138.
- Allsop, Judith e Linda Mulcahy (1998), “Deconstructing and Reconstructing Professional Identity: Doctors’ responses to Complaints”, em Vittorio Olgiati, Louis Orzack, Mike Saks (eds.), *Professions, Identity and Order in Comparative Perspective*, Oñati, The International Institute for the Sociology of Law, pp. 73 – 95.
- Almeida, João Ferreira e José Madureira Pinto (2001), “Da teoria à investigação empírica. Problemas metodológicos gerais”, em Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (Orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto, Edições Afrontamento, pp. 55 – 78.
- Antunes, João Lobo (2003), “A profissão de médico”, *Análise Social*, vol. XXXVIII (166), pp. 77 – 99.
- Antunes, Ricardo e Tiago Correia (2009), “Sociologia da saúde em Portugal: contextos, temas e protagonistas”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, 61, pp. 101 – 25.
- Archer, Margaret (1995), *Realist Social Theory: The Morphogenetic Approach*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Archer, Margaret (2007), *Making our way through the world. Human reflexivity and social mobility*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Areosa, João e Graça Carapinheiro (2008), “Quando a imagem é profissão: profissões da imagiologia em contexto hospitalar”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, 57, pp. 83 – 108.
- Armstrong, David (1995), “The problem of the whole-person in holistic medicine”, em Basiro Davey, Alastair Gray, Clive Seale (eds.), *Health and Disease: a reader*, Buckingham, Open University Press.
- Bach, Stephen e Ian Kessler (2007), “Human Resource Management and the New Public Management”, em Peter Boxall, John Purcell e Patrick Wright (eds.), *The Oxford Handbook of Human Resource Management*, Oxford, Oxford University Press, pp. 469-488.
- Bachelard, Gaston (1991), *Le Nouvel Esprit Scientifique*, Paris, Presses Universitaires de France.

- Barouch, Gilles (1989), *La Décision en Miettes: Systèmes de pensée et d'action à l'œuvre dans la gestion des milieux naturels*, Paris, Éditions L'Harmattan.
- Barreto, José e Reinhard Naumann (1998), "Portugal: Industrial Relations under Democracy", em A. Ferner e R. Hyman (eds.), *Changing Industrial Relations in Europe*, Oxford, Blackwell, 2nd Ed, pp. 395 – 426.
- Barros, Pedro Pita (2010), "As parcerias publico-privadas na saúde em Portugal", em J. Simões (coord.), *30 anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado*, Coimbra, Almedina, pp. 519 – 60.
- Barzelay, Michael (2000), "The new public management: a biographical essay for Latin American (and other) scholars", *International Public Management Journal*, 3, pp. 229 – 265.
- Barzelay, Michael (2001), *The New Public Management: Improving Research and Policy Dialogue*, California, University of California Press.
- Baszanger, Isabelle (1983), "La construction d'un monde professionnel: entrée des jeunes praticiens dans la médecine générale", *Sociologie du Travail*, 3, pp. 275 – 94.
- Beck, Ulrich (1992), *Risk Society: towards a new modernity*, London, Sage.
- Beck, Ulrich (2000), "A reinvenção da política", em Ulrich Beck, Anthony Giddens e Scott Lash, *Modernização Reflexiva: Política, Tradição e Estética na Ordem Social Moderna*, Oeiras, Celta Editora, v. trad.
- Becker, Howard; et al (1961), *Boys in White: Student Culture in Medical School*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Bhaskar, Roy (1979), *The possibility of Naturalism*, Brighton, Harvester.
- Bodeker, Gerard (2002), "A Public Health Agenda for Traditional, Complementary, and Alternative Medicine", *American Journal of Public Health*, 92(10), pp. 1582 – 91.
- Boudon, Raymond (2003), *Raison, Bonnes Raisons*, Paris, PUF.
- Boudon, Raymond e François Bourricaud (2004), *Dictionnaire Critique de la Sociologie*, Paris, PUF.
- Bourdieu, Pierre (1986), "Habitus, code et codification", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 64, pp. 40 – 44.
- Bourdieu, Pierre (1989), *O Poder Simbólico*, Lisboa, DIFEL, v. trad.
- Bourdieu, Pierre (1992), *An Invitation to Reflexive Sociology*, Cambridge, Polity Press.
- Bourdieu, Pierre (2001), *Razões Práticas: sobre a teoria da acção*, Oeiras, Celta Editora, v. Trad.
- Bourdieu, Pierre (2002), *Esboço de uma Teoria da Prática. Precedido de três estudos de etnologia Cabila*, Oeiras, Celta Editora, v. trad.
- Bourdieu, Pierre; Jean-Claude Chamboredon e Jean-Claude Passeron (1983), *Le métier de sociologue: préalables épistémologiques*, Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Boyce, Rosalie (2008), "Professionalism meets entrepreneurialism and managerialism", em Ellen Kuhlmann; Mike Saks (eds.), *Rethinking professional governance: international directions in healthcare*, Bristol, The Policy Press, pp. 77 – 92.
- Breton, David Le (1995), *Anthropologie de la Douleur*, Paris, Métailié.
- Bucher, Rue e Anselm Strauss (1961), "Professions in Process", *The American Journal of Sociology*, 66(4), pp. 325 – 334.
- Burns, Tom e George Stalker (1961), *The Management of Innovation*, London, Tavistock.
- Burns, Tom e Helena Flam (2000), *Sistemas de Regras Sociais*, Oeiras, Celta Editora.

- Burrage, Michael, Konrad Jarausch e Hannes Siegrist (1990), “An Actor Based Framework for the Study of the Professions”, em Michael Burrage e Rolf Torstendahl (eds.), *Professions in Theory and History: Rethinking the Study of the Professions*, London, Sage, pp. 203–25.
- Calnan, Michael e Rosemary Rowe (2008), “Trust Relations and Changing Professional governance: theoretical challenges”, em Ellen Kuhlmann; Mike Saks (eds.), *Rethinking professional governance: international directions in healthcare*, Bristol, The Policy Press, pp. 61 – 76.
- Campos, António Correia de (1984), *Os Hospitais no Sistema de Saúde Português*, Lisboa, Visita de Estudo da Federação Internacional dos Hospitais.
- Campos, António Correia de (2008), *Reformas da Saúde: o fio condutor*, Coimbra, Almedina.
- Carapinheiro, Graça (1993), *Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*, Porto, Afrontamento.
- Carapinheiro, Graça (2006), “A saúde enquanto matéria política”, em Graça Carapinheiro (org.), *Sociologia da Saúde. Estudos e perspectivas*, Coimbra, Pé de Página Editores, pp. 137 – 164.
- Carapinheiro, Graça e Margarida Pinto (1987), “Políticas de saúde num país em mudança: Portugal nos anos 70 e 80”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, 3, pp. 73-109.
- Carapinheiro, Graça e Paula Page (2001), “As determinantes globais do sistema de saúde português”, em Pedro Hespanha e Graça Carapinheiro (orgs.), *Risco Social e Incerteza. Pode o Estado Social recuar mais?*, Porto, Edições Afrontamento, pp. 81-122.
- Caria, Telmo (1999), “A Reflexividade e a objectivação do olhar sociológico na investigação etnográfica”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 55, pp. 5 – 36.
- Caria, Telmo (2002), “Da estrutura prática à conjuntura interactiva – relendo o esboço de uma teoria da prática de Pierre Bourdieu”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 64, pp. 135 – 143.
- Caria, Telmo (2005), “Uso do conhecimento, incerteza e interacção no trabalho clínico dos veterinários”, em Telmo Caria (org.), *Saber Profissional*, Coimbra, Almedina, pp. 197 – 231.
- Carvalho, Maria (2005), *Nova Gestão Pública e reformas da saúde: O profissionalismo numa encruzilhada*, Aveiro, Universidade de Aveiro (Tese de Doutoramento).
- Casanova, José Luís (2004), *Naturezas Sociais. Diversidade e Orientações na Sociedade Portuguesa*, Oeiras, Celta Editora.
- Castells, Manuel (1996), *The Rise of Network Society*, Malden, Blackwell Publishers Ltd.
- Causser, Gordon e Mark Exworthy (1999), “Professionals as managers across the public sector”, em Mark Exworthy e Susan Halford (eds.), *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*, Buckingham, Open University Press, pp. 83 – 101.
- Cecílio, Luís (1997), “A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício de mudança”, *Rio de Janeiro*, 31(3), pp. 36 – 47.
- Champy, Florent (2009), *La Sociologie des professions*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Chauvenet, Antoinette (1972), “Professions hospitalières et division du travail”, *Sociologie du Travail*, 14(2), pp. 145 – 163.
- Chauvenet, Antoinette (1973) “La qualification en milieu hospitalier”, *Sociologie du Travail*, 15(2), pp. 189 – 205.
- Clegg, Stewart (1994), “Max Weber and contemporary sociology of Organizations”, em Larry Ray e Michael Reed (eds.), *Organizing modernity: new weberian perspectives on work, organization and society*, London, Routledge, pp. 46 – 80.

- Coe, Rodney (1984), *Sociologia de la Medicina*, Madrid, Alianza Universidad, 3.<sup>a</sup> Ed.
- Cohen, Anthony (1994), *Self-Consciousness: An Alternative Anthropology of Identity*, London, Routledge.
- Collins, Randall (1988), "Interaction Ritual Chains, Power and Property: the micro-macro connection as an empirically-based theoretical problem", em Jeffrey Alexander, et al (eds.), *The Micro-Macro Problem*, Berkeley, University of California Press, pp. 193 – 206.
- Collins, Randall (1990), "Changing conceptions in the sociology of the professions", in Rolf Torstendahl e Michael Burrage (eds.) *The Formation of the Professions: Knowledge, State and Strategy*, London, Sage, pp. 11 – 23.
- Correia, Tiago (2007), "O lugar dos grupos de auto-ajuda na configuração do estado-providência", *Sociologia, Problemas e Práticas*, 55, pp. 117 – 141.
- Correia, Tiago (2009a), "Os novos significados da prestação pública de cuidados hospitalares em Portugal", em *Actas X Congresso Luso-Afro Brasileiro de Ciências Sociais*, 4 – 7 Fevereiro, Braga, Universidade do Minho.
- Correia, Tiago (2009b), "Modos distintivos de se Ser: uma discussão teórica sobre a profissão analisada através da agência reflexiva", em *Actas IV Congresso da Associação Portuguesa de Antropologia*, 9 – 14 Setembro, Lisboa, ISCTE-IUL e ICS-UL.
- Correia, Tiago (2009c), "Reflexões e aplicações da estrutura/acção na sociologia das profissões: considerações teóricas", em *Workshop de Investigação do CIES/ISCTE-IUL*, 30 de Setembro, Lisboa, ISCTE- IUL.
- Correia, Tiago (2009d), "A reconceptualização dos modos de produção de saúde no contexto da reforma hospitalar portuguesa", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85, pp. 83-103.
- Correia, Tiago (2010a), "Rethinking professions: a conceptual framework of analysis by reflexive agency", comunicação apresentada no *6th Interim Meeting ESA RN19 Sociology of Professions: Professions and Professionalism in times of global economic crisis: Changes and Continuities*, 22 – 24 April, Paris, EHESS.
- Correia, Tiago (2010b), "Uma abordagem sistêmica do profissionalismo médico num sistema em mudança", comunicação apresentada no *III Colóquio Internacional: Grupos Profissionais, Profissionalismo e Sociedade do Conhecimento: Tendências, Problemas e Perspectivas*, 5-6 Novembro, Aveiro, Universidade de Aveiro.
- Correia, Tiago (2011), "New Public Management in the Portuguese health sector: a comprehensive reading", *Sociologia ONLINE*, 2, pp. 573 – 598.
- Costa, António Firmino da (1999), *Sociedade de Bairro. Dinâmicas sociais da identidade cultural*, Oeiras, Celta Editora.
- Costa, António Firmino da (2001), "A Pesquisa de Terreno em Sociologia", em Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (Orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto, Edições Afrontamento, pp. 129 – 48.
- Costa, Carlos (2005), "Ajustamento pelo risco: da conceptualização à operacionalização", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23 (5), pp. 7 – 37.
- Crozier, Michel (1989), *L'Entreprise à L'Ecoute*, Paris, InterÉditions.
- Crozier, Michel e Erhard Friedberg (1977), *L'acteur et le Système: les contraintes de l'action collective*, Paris, Éditions du Seuil.



- Currie, Graeme, Rachael Finn e Graham Martin (2009), “Professional competition and modernizing the clinical workforce in the NHS”, *Work, Employment and Society*, 23(2), pp. 267 – 84.
- Dent, Mike (2005), “Changing Jurisdictions within the Health Professions? Autonomy, Accountability and Evidence Based Practice”, comunicação apresentada no *4th International Critical Management Studies Conference*, Cambridge, Cambridge University.
- DiMaggio, Paul (1989), “Review of Abbott (1988)”, *American Journal of Sociology*, 95(2), pp. 534 – 535.
- Dingwall, Robert e Phillip Lewis (Eds.) (1983), *The sociology of professions: Lawyers, Doctors and Others*, London, MacMillan.
- Direcção-Geral da Saúde (2004), *Plano Nacional de Saúde 2004/2010: mais saúde para todos*, Lisboa, Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2007), *Centros de Saúde e Hospitais. Recursos e produção do SNS 2006*, Lisboa, Direcção-Geral da Saúde.
- Doolin, Bill (2002), “Enterprise Discourse, Professional Identity and the Organizational Control of Hospital Clinicians”, *Organization Studies*, 23(3), pp. 369 – 390.
- Dores, António Pedro (2005), “Os Erros de Damásio. Homenagem a uma fonte de inspiração” *Sociologia, Problemas e Práticas*, 49, pp. 119 – 138.
- du Gay, Paul (2000), “Enterprise and its futures: a response to Fournier and Grey”, *Organization*, 7(1), pp. 165 – 183.
- Dubar, Claude (1991), *La Socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin Éditeur.
- Dubar, Claude (2006), *A Crise das Identidades. A interpretação de uma Mutação*, Porto, Edições Afrontamento, v. Trad.
- Dubet, François (1994), *Sociologie de l’expérience*, Paris, Seuil.
- Dunlop, John (1958), *Industrial Relations Systems*, New York, Henry Holt and Company.
- Durkheim, Émile (1977), *A Divisão do Trabalho Social*, Lisboa, Editorial Presença, v. trad.
- Durkheim, Émile (2001), *As Regras do Método Sociológico*, Porto, Rés-Editora.
- Elias, Norbert (1991), *The Symbol Theory*, London, SAGE.
- Elias, Norbert (1993), *A Sociedade dos Indivíduos*, Lisboa, Publicações Dom Quixote.
- Espanha, Rita (2010), “Tecnologias de informação e comunicação na saúde”, em Simões, Jorge (Coord.), *Trinta anos do Serviço Nacional de Saúde - Um percurso comentado*, Coimbra, Almedina, pp. 501 – 518.
- Espanha, Rita; et al (2010), *Inquérito SER*, Lisboa, CIES/ISCTE-IUL.
- Esping-Andersen, Cøsta (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge, Policy Press.
- Esping-Andersen, Cøsta (1996), *Welfare States in Transition*, London: ,age.
- Evetts, Julia (1998), “Professional Identity, Diversity and Segmentation: the case of Engineering” em Vittorio Olgiati, Louis Orzack e Mike Sack (eds.), *Professions, Identity and Order in Comparative*, Oñati, The International Institute for the Sociology of Law, pp. 57 – 70.
- Evetts, Julia (2001), “New Directions in State and International Professional Occupations: discretionary decision-making and acquired regulation”, comunicação apresentada no *SAGE 13<sup>th</sup> Annual Meeting on Socio-Economics Knowledge: The Wealth of Nations*, 28 June – 1 July, Amsterdam, University of Amsterdam.

- Evetts, Julia (2003), “The sociological analysis of professionalism: occupational change in the modern world”, *International Sociology*, 18(2), pp. 395 – 415.
- Evetts, Julia (2006a), “Introduction: Trust and Professionalism: Challenges and Occupational Changes”, *Current Sociology*, 54(4), pp. 515 – 31.
- Evetts, Julia (2006b), “Short Note: The Sociology of Professional Groups: New directions”, *Current Sociology*, 54(1), pp. 133 – 43.
- Exworthy, Mark; Halford, Susan (1999), “Professionals and managers in a changing public sector: conflict, compromise and collaboration?”, em Mark Exworthy e Susan Halford (eds.), *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*, Buckingham, Open University Press, pp. 1 – 18.
- Ferlie, Ewan; et al (1996), *The new public management in action*, Oxford: Oxford University Press.
- Ferreira, F. A. Gonçalves (1990), *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferrera, Maurício (2000), “A reconstrução do Estado Social na Europa Meridional”, *Análise Social*, 151-152, pp. 457 – 75.
- Fishbein, Martin e Icek Ajzen (1975), *Belief, attitude, intention and behaviour: an Introduction to theory and research*, Massachusetts, Addison-Wesley.
- Flynn, Rob (1999), “Managerialism, professionalism and quasi-markets”, em Mark Exworthy e Susan Halford (eds.), *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*, Buckingham, Open University Press, pp. 18 – 36.
- Forbes, Tom e Jerry Hallier (2006), “Social identity and self-enactment strategies: adapting to change in professional-manager relationships in the NHS”, *Journal of Nursing Management*, 14(1), pp. 34-42.
- Foucault, Michel (1975), *Surveiller et Punir*, Paris, Gallimard.
- Fowler, Bridget (1996), “An introduction to Pierre Bourdieu’s ‘Understanding’”, *Theory, Culture and Society*, 13(2), pp. 1 – 16.
- Fowler, Bridget (2006), “Autonomy, Reciprocity and Science in the Thought of Pierre Bourdieu” *Theory, Culture and Society*, 23(6), 99 – 117.
- Freidson, Eliot (1970), *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, New York, Atherton Press, Inc.
- Freidson, Eliot (1985), “The reorganisation of the medical profession”, *Medical Care Review*, 42(1), pp. 11 – 35.
- Freidson, Eliot (1986), *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*, Chicago, University of Chicago Press.
- Freidson, Eliot (1994), *Professionalism reborn, theory, prophecy, and policy*, Cambridge, Polity Press.
- Freidson, Eliot (2001), *Professionalism: The Third Logic*, Chicago, University of Chicago Press.
- Freidson, Eliot (2006), “Pourquoi je suis aussi un interactionniste symbolique”, *Savoir, Travail et Société*, 4(2), pp. 55 – 61.
- Freire, André e Pedro Magalhães (2002) *A Abstenção Eleitoral em Portugal*, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

- Frère, Bruno (2004), “Genetic Structuralism, Psychological Sociology and Pragmatic Social Actor Theory: Proposals for a convergence of French sociologies”, *Theory, Culture and Society*, 21(3), pp. 85 – 99
- Gabe, Jonathan.; et al (1994), “Understanding Medical Dominance in the Modern World”, em Jonathon Gabe, David Kelleher, e Gareth Williams (eds.), *Challenging Medicine*. London, Routledge.
- Gabe, Jonathan (2004), “Risk”, em Jonathan Gabe, Mike Bury e Mary Ann Elston (eds.), *Key Concepts in Medical Sociology*, London, Sage, pp. 87-91.
- Giddens, Anthony (1984), *The Constitution of Society. Outline of the Theory of Structuration*, Cambridge, Polity Press.
- Giddens, Anthony (1990), *As Consequências da Modernidade*, Oeiras, Celta Editora, v. trad.
- Giddens, Anthony (1997), *Sociologia*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Giddens, Anthony (2000a), *Dualidade da Estrutura: agência e estrutura*, Oeiras, Celta Editora.
- Giddens, Anthony (2000b), “Viver numa sociedade pós-tradicional”, em Ulrich Beck, Anthony Giddens e Scott Lash, *Modernização Reflexiva: Política, Tradição e Estética na Ordem Social Moderna*, Oeiras, Celta Editora, v. trad., pp. 53 – 104.
- Goffman, Erving (1974a), *Manicômios, Prisões e Conventos*, São Paulo, Edições Perspectiva, v. trad.
- Goffman, Erving (1974b), *Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience*, Cambridge, Harvard University Press.
- Goffman, Erving (1980), “O estigma e identidade social”, em *Estigma*, Rio de Janeiro, Zahar Editores, pp. 11-28, v. trad.
- Goffman, Erving (1993), *A apresentação do eu na vida de todos os dias*, Lisboa, Relógio d’Água, v. trad.
- Gomes, João Salis (2001), “Perspectivas da Moderna Gestão Pública em Portugal”, em Juan Mozzicafreddo e João Salis Gomes (org.), *Administração e Política. Perspectivas de Reforma da Administração Pública na Europa e nos Estados Unidos*, Oeiras: Celta Editora.
- Gonçalves, Carlos (1996), “A profissão de economista: notas de investigação”, em J. M. Carvalho Ferreira et al (Orgs.), *Entre a Economia e a Sociologia*, Oeiras, Celta Editora, pp. 152 – 167.
- Gordon, Steven (1981), “The Sociology of Sentiments and Emotions”, em M. Rosenberg e Ralph Turner (eds.), *Social Psychology: Sociological Perspectives*, New York, Basic Books, pp. 562-592.
- Goss, Mary (1963), “Patterns of bureaucracy among hospital physicians”, em Eliot Freidson (Ed.), *The Hospital in Modern Society*. New York, The Free Press.
- Grech, Kenneth (2002), “Developments in Hospital Management: a proposal for a new hospital management model for Malta”, *Malta Medical Journal*, 14(1), pp. 21 – 26.
- Gruening, Gernod (2001), “Origin and theoretical basis of New Public Management”, *International Public Management Journal*, 4, 1 – 25.
- Guibentif, Pierre (2007), “Teorias Sociológicas Comparadas e Aplicadas: Bourdieu, Foucault, Habermas e Luhmann face ao Direito”, *Cidades, Comunidades e Territórios*, 14, pp. 89 – 114.
- Guibentif, Pierre (2009), “Os Direitos Subjectivos na Teoria dos Sistemas de Niklas Luhmann”, em Germano Schwartz e Leonel Rocha (orgs.), *Luhmann e os direitos fundamentais*, Porto Alegre (consultada versão não editada do texto).

- Hamel, Jacques (2007), “Réflexions sur la réflexivité en sociologie”, *Social Science Information*, 46, pp. 471 – 485.
- Harrison, Stephen (1999), “Clinical autonomy and health policy: past and futures”, Mark Exworthy e Susan Halford (Eds.), *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*, Buckingham, Open University Press, pp. 50 – 64.
- Haug, Marie (1973), “Deprofessionalization: an alternative hypothesis for the future”, em Paul Halmos (Ed.) *Professionalization and Social Change*, Keele: University of Keele.
- Herreros, Giles (2007), “L’Hôpital a l’épreuve des reformes: entre institution et organisation”, *Socio-Anthropologie*, 21, pp. 23 – 36.
- Heydebrand, Wolf (1989), “New organizational forms”, *Work and Occupations*, 16(3), pp. 323 – 357.
- Hoggett, Paul (1996), “New Modes of Control in the Public Service”, *Public Administration*, 74, pp. 9 – 32.
- Hood, Christopher (1991), “A Public Management for all seasons?”, *Public Administration*, 69(1), pp. 3 – 19.
- Hood, Christopher (1995), “The New Public Management in the 1980s: variations on a theme”, *Accounting, Organizations and Society*, 20(2/3), pp. 93 – 109.
- Hood, Christopher; Jackson, Michael (1991) *Administrative Argument*, Dartmouth, Aldershot.
- Hopcke, Robert H. (1997), *There are no Accidents: Synchronicity and the Stories of Our Lives*, New York, Riverhead Books.
- Hugman, Richard (1991), *Power in Caring Professions*, London, McMillan.
- Hunter, David (1994), “From Tribalism to Corporativism: The Managerial Challenge to Medical Dominance”, em Jonathon Gabe, David Kelleher, e Gareth Williams (eds.), *Challenging Medicine*. London: Routledge.
- Jeammet, Philippe, Michel Reynaud e Silla Consoli (1996), *Psychologie Médicale*, Masson, Paris.
- Jespersen, Peter Kragh (2008), “Changing professional autonomy? Quality development in hospitals and the medical professions in Denmark and Norway”, comunicação apresentada no *24th EGOS Colloquium*, 10-12 July, Amsterdam, University of Amsterdam.
- Johnson, Phil; et al (2009), “The Rise of Post-Bureaucracy. Theorist’s Fancy or Organizational Praxis”, *International Sociology*, 24(1), pp. 37 – 61.
- Johnson, Terence (1972), *Professions and Power*, London, Macmillan.
- Johnson, Terry (1996), “Governmentality and the institutionalization of expertise”, em Terry Johnson, Gerald Larkin e Mike Saks (eds.), *Health Professions and the State in Europe*, London, Sage, pp. 4 – 13.
- Juan, Salvador (1991), *Sociologie des Genres de Vie: morphologie culturelle et dynamique des positions sociales*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Juan, Salvador, et al (1997), *Les Sentiers du Quotidien: rédigé, fluidité des espaces sociaux et trajets routiniers en ville*, Paris, L’Harmattan.
- Katz, Daniel e Robert Kahn (1966), *The Social Psychology of Organizations*, John Wiley & Sons, New York.
- Katz, Harry (1993), ‘The decentralization of collective bargaining: A literature review and comparative analysis’, *Industrial and Labour Relations Review*, 47, pp. 3-22.
- Kaufmann, Jean-Claude (2001), *Ego: pour une sociologie de l’individu*, Paris, Nathan.

- Kirkpatrick, Ian; et al (2007), "Professional Strategies and the New Public Management in Healthcare: Comparing Denmark and the UK", comunicação apresentada no *Critical Management Studies Conference*, 11 – 13 July, Manchester, Manchester University.
- Kocka, Jürgen (1990), "‘Bürgentum’ and Professions in the Nineteenth Century: Two Alternative Approaches", em Michael Burrage e Rolf Torstendahl (eds.), *Professions in Theory and History: Rethinking the Study of the Professions*, London, Sage, pp. 62 – 74.
- Kuhlmann, Ellen (2006), "Traces of Doubt and Sources of Trust: Health Professions in an Uncertain Society", *Current Sociology*, 54(4), pp. 607 – 20.
- Kuhlmann, Ellen (2008), "Governing beyond markets and managerialismo: professions as mediators", em Ellen Kuhlmann e Mike Saks (eds.), *Rethinking professional governance: international directions in healthcare*, Bristol, The Policy Press, pp. 45 – 60.
- Lahire, Bernard (2002), Retratos Sociológicos. Disposições e variações individuais, Porto Alegre, Artmed Editora, v. trad.
- Lahire, Bernard (2005), "Patrimónios individuais de disposições: para uma sociologia à escala individual", *Sociologia, Problemas e Práticas*, 49, pp. 11-42.
- Lahire, Bernard (2008), "Indivíduo e misturas de géneros: dissonâncias culturais e distinção de si" *Sociologia, Problemas e Práticas*, 56, pp. 11 – 36.
- Larson, Magali (1977), *The rise of professionalism. A sociological analysis*, Berkeley, University of Califórnia Press.
- Lash, Scott (2000), "A reflexividade e os seus duplos", em Ulrich Beck, Anthony Giddens e Scott Lash, *Modernização Reflexiva: Política, Tradição e Estética na Ordem Social Moderna*, Oeiras, Celta Editora, v. trad.
- Lash, Scott (2003), "Reflexivity as Non-Linearity", *Theory, Culture and Society*, 20(2), pp. 49 – 57.
- Lawrence, Paul e Jay Lorsch (1967), *Organization and Environment: Managing Differentiation and Integration*, Boston, Harvard University.
- Learnmonth, Mark (2003), "Making Health Services Management Research Critical: a review and a suggestion", *Sociology of Health and Illness*, 25 (1), pp. 93 – 119.
- Lister, Ruth (2001), "Towards a Citizens' Welfare State: the 3 + 2 'R's of Welfare Reform", *Theory, Culture and Society*, 18 (2-3), pp. 91 – 111.
- Lopes, Noémia (2001a), *Recomposição Profissional da Enfermagem. Estudo sociológico em contexto hospitalar*, Coimbra, Quarteto.
- Lopes, Noémia (2001b), "Automedicação: algumas reflexões sociológicas", *Sociologia, Problemas e Práticas*, 37, pp. 141 – 165.
- Lopes, Noémia (2006), "Tecnologias da Saúde e Novas Dinâmicas de Profissionalização", em Graça Carapinheiro (org.), *Sociologia da Saúde. Estudos e perspectivas*, Coimbra, Pé de Página Editores, pp. 107 – 134.
- Lopes, Noémia (2007), "Automedicação, saberes e racionalidades leigas em mudança", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 78, pp. 119 – 138.
- Lovell, Terry (2003), "Resisting with Authority: Historical Specificity, Agency and the Performative Self", *Theory, Culture and Society*, 20(1), pp. 1 – 17.
- Lynch, Michael (2000), "Against Reflexivity as an Academic Virtue and Source of Privileged Knowledge", *Theory, Culture and Society*, 17(3), pp. 26 – 54.

- McKinlay, John e Joan Arches (1985), “Towards the proletarianization of the physicians”, *International Journal of Health Service*, 15, pp. 161 – 95.
- Mead, George H. (1934), *Mind, self and Society from the standpoint of a Social Behaviorist*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Mechanic, David (1991), “Sources of countervailing power in medicine”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 16(3), pp. 485 – 98.
- Mechanic, David e David Rochefort (1996), “Comparative Medical Systems”, *Annual Review of Sociology*, 22, pp. 239 – 270.
- Merton, Robert (1957), *Social Theory and Social Structure*, New York, Free Press.
- Merton, Robert (1982), *Social Research and Practicing Professions*, New York, University Press of America.
- Merton, Robert e Elinor Barber (2004), *The Travels and Adventures of Serendipity: a study in sociological semantics and the sociology of science*, New Jersey, Princeton University Press.
- Mintzberg, Henry (1979), *The Structuring of Organisations: A Synthesis of Research*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- Mintzberg, Henry (1992), *Structure in fives: designing effective organizations*, New Jersey, Prentice-Hall.
- Mishra, Ramesh (1995), *O Estado-Providência na Sociedade Capitalista: estudo comparativo das políticas públicas na Europa, América do Norte e Austrália*, Oeiras, Celta Editora.
- Mouzelis, Nicos (1991), *Back to Sociological Theory. The Construction of Social Orders*, Londres, Macmillan.
- Mozzicafreddo, Juan (2002), *Estado-Providência e Cidadania em Portugal*, Oeiras, Celta.
- Neves, José (2001), “Clima e Cultura Organizacional”, em José Ferreira, José Neves e António Caetano (coord.), *Manual de Psicossociologia das Organizações*, Lisboa, McGraw-Hill, cap. 16, pp. 431 – 468.
- Newman, Joseph (1998), “The Dynamics of Trust”, em Andrew Coulson (ed.), *Trust and Contracts: Relationships in local government, health and public services*, Bristol, The Policy Press, pp. 35 – 51.
- Nowotny, Helga (2005), “The Increase of Complexity and its Reduction: Emergent Interfaces between the Natural Sciences, Humanities and Social Sciences”, *Theory, Culture and Society*, 22(5), pp. 15 – 31.
- OECD (1995), *Governance In Transition - Public Management Reforms in OECD Countries*, Paris, OECD.
- Offe, Claus (1984), *Contradictions of the Welfare State*, New York: St. Martin’s Press.
- OPSS (2009), *Relatório de Primavera 2009. 10/30 anos: Razões para Continuar*, Lisboa, OPSS.
- Parsons, Talcott (1951), *The Social System*, New York, Free Press.
- Parsons, Talcott (1956), “Suggestions for a Sociological Approach to the Theories of Organizations-I”, *Administrative Science Quarterly*, vol.1(1), pp. 63 – 85.
- Parsons, Talcott (1966), “Professional groups and social structure”, em H. Vollmer e D. Mills (eds.), *Professionalization*, New Jersey: Prentice-Hall, pp. 55 – 57.
- Perrow, Charles (1963), “Goals and power structures”, em Elliot Freidson (ed.), *The Hospital In Modern Society*, New York, The Free Press.

- Peterson, Gretchen (2006), “Cultural Theory and Emotions”, em Jan Stets e Jonathan Turner (eds.), *Handbook of the Sociology of Emotions*, New York, Stringer, pp. 114 – 134.
- Pinto, José Madureira (1984a), “Questões de metodologia sociológica (I)”, *Cadernos de Ciências Sociais*, 1.
- Pinto, José Madureira (1984b), “Questões de metodologia sociológica (II)”, *Cadernos de Ciências Sociais*, 2.
- Pinto, José Madureira (1985), “Questões de metodologia sociológica (III)”, *Cadernos de Ciências Sociais*, 3.
- Pinto, José Madureira (1991), “Considerações sobre a produção social de identidade”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 32, pp. 217 – 231.
- Pires, Rui Pena (2000), “Apresentação”, em Tom Burns e Helena Flam, *Sistemas de Regras Sociais*, Oeiras, Celta Editora, pp. IX – XIV.
- Pires, Rui Pena (2007), “Árvores conceptuais: uma reconstrução multidimensional dos conceitos de acção e estrutura”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, 53, pp. 11 – 50.
- Pollitt, Christopher (1990), *Managerialism and the Public Services*, Oxford, Blackwell
- Raposo, Hélder (2009), “Risco e incerteza no pensamento biomédico: notas teóricas sobre o advento da quantificação e da prova experimental na medicina moderna”, *Análise Social*, vol. XLIV(193), pp. 747-765.
- Reed, Michael (1993), “Organizations and modernity”, em John Hassard e Martin Parker (eds.), *Postmodernism and Organizations*, London, Sage.
- Ritzer, George (2004), *The McDonaldization of society*. California, Pine Forge Press.
- Robbins, Derek (2007), “Sociology as Reflexive Science: On Bourdieu’s Project”, *Theory, Culture and Society*, 24(5), pp. 77 – 98
- Rodrigues, Maria de Lurdes (1999), *Os Engenheiros em Portugal: profissionalização e protagonismo*, Oeiras, Celta Editora.
- Rodrigues, Maria de Lurdes (2002), *Sociologia das Profissões*, Oeiras, Celta Editora.
- Rodrigues, Maria de Lurdes (2004), “Entre o público e o privado: associativismo profissional em Portugal”, em João Freire (Org.), *Associações Profissionais em Portugal*, Oeiras, Celta Editora, pp. 257 – 99.
- Sakellarides, Constantino (2006), *De Alma a Harry: crónica da democratização da saúde*, Coimbra, Almedina.
- Saks, Mike (1983), “Removing the blinkers? A critique of recent contributions to the sociology of professions”, *The Sociological Review*, 31 (1), pp. 1 – 21.
- Saks, Mike (1995), *Professions and the public interest: Medical Power, altruism and alternative medicine*, London, Routledge.
- Sanglard, Gisele (2007), “Hospitais: Espaços de cura e lugares de memória da saúde”, *Anais do Museu Paulista*, 15 (2), pp. 257-289.
- Santos, Boaventura de Sousa (1987), “O Estado, a sociedade e as políticas sociais: o caso das políticas de saúde”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, pp. 13 – 74.
- Santos, Boaventura de Sousa (1992), *O Estado e a Sociedade em Portugal (1974-1988)*, Porto, Edições Afrontamento.
- Santos, Boaventura de Sousa (1999), “Porque é tão difícil construir uma teoria crítica?”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 54, pp. 197 – 215.

- Santos, Boaventura de Sousa (2002), “Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 63, pp. 237 – 280.
- Santos, João (2003), *Emprego público: da estabilidade à incerteza*. Lisboa: ISCTE (Tese de Mestrado).
- Savas, Serdar, et al (1998), “Contracting models and provider competition”, Richard Saltman, Josep Figueras e Constantino Sakellarides (orgs.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Buckingham: Open University Press, pp. 157-178.
- Schnapper, Dominique (2000), *Compreensão Sociológica*, Lisboa, Coleção Trajectos/Gradiva.
- Schraiber, Lilia Blima (2008), *O Médico e suas Interações: A crise dos vínculos de confiança*, São Paulo, Editora HUCITEC.
- Sedas Nunes, Adérito (1979), “Introdução ao Problema do Conhecimento da Realidade Social”, em *Sobre o Problema do Conhecimento nas Ciências Sociais*, Lisboa, GIS, pp. 7 – 36.
- Schmitter, Philippe (2008), “The Design of Social and Political Research”, em Donatella Della Porta e Michael Keating (eds.), *Approaches and Methodologies in the Social Sciences: a pluralist perspective*, Cambridge: Cambridge University Press, pp. 263 – 295.
- Sciulli, David (2005), “Continental Sociology of Professions Today: Conceptual Contributions”, *Current Sociology*, 53, pp. 915 – 42.
- Serra, Helena (2004), *A Construção social de tecnocracias médicas: olhar da sociologia no mundo da transplantação hepática*, Lisboa, ISEG/UTL (Tese de Doutoramento).
- Siegrist, Hannes (1990), “Professionalization as a Process: Patterns, Progression and Discontinuity”, em Michael Burrage e Rolf Torstendahl (eds.), *Professions in Theory and History: Rethinking the Study of the Professions*, London, Sage, pp. 177–202.
- Silva, Augusto Santos e José Madureira Pinto (2001), “Uma visão global sobre as ciências sociais”, em Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto, Edições Afrontamento, pp. 9 – 27.
- Silva, Augusto Santos (2001), “A Ruptura com o senso comum nas ciências sociais”, em Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto, Edições Afrontamento, pp. 29 – 53.
- Silva, Augusto Santos (2006), *A Sociologia e o Debate Público. Estudos sobre a Relação entre Conhecer e Agir*, Porto, Afrontamento.
- Simões, Jorge (2004), *Retrato Político da Saúde: Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: da Ideologia ao Desempenho*, Coimbra, Almedina.
- Stelling, Joan e Rue Bucher (1972), “Autonomy and monitoring on hospital wards”, *The Sociological Quarterly*, 13, 431 – 46.
- Stoleroff, Alan (1988), “Sindicalismo e Relações Industriais em Portugal”, *Sociologia Problemas e Práticas*, 4, pp. 147 – 164.
- Stoleroff, Alan (1995), “Elementos do Padrão Emergente de Relações Industriais no Contexto da Restruturação: Alguns resultados de um inquérito nacional às médias e grandes empresas” *Organizações e Trabalho*, 13, pp. 11 – 42.
- Stoleroff, Alan (2007), “The revolution in the public services sector in Portugal: with or without the unions”, *Transfer*, 13(4), pp. 631-652.



- Stoleroff, Alan (2009), “Company-level labour relations and the industrial relations system in Portugal”, em J. Viegas, H. Carreiras e A. Malamud (orgs.), *Institutions and Politics, (Portugal in the European Context)*, vol. I, CIES, ISCTE-IUL, Lisbon, Celta Editora, pp. 213-236.
- Stoleroff, Alan e Tiago Correia (2008a), “Sindicalismos no contexto de reforma dos serviços públicos em Portugal: o sector hospitalar”, *Actas VI Congresso Português de Sociologia*, 25 a 28 de Junho de 2008, Lisboa, FCSH-UNL  
(disponível em <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/604.pdf>).
- Stoleroff, Alan e Tiago Correia (2008b), “A empresarialização do sector hospitalar público português: a desregulação do mercado de trabalho médico e desafios sindicais para a sua re-regulação”, *CIES e-Working Paper*, n.º47/2008, Lisboa, CIES/ISCTE.
- Strauss, Anselm; et al (1963), “The Hospital and its negotiated order”, em Elliot Freidson (ed.), *The Hospital in Modern Society*, New York, The Free Press.
- Strauss, Anselm, et al (1982), “The work of hospitalized Patients”, *Social Sciences and Medicine*, 16, pp. 977 – 986.
- Strauss, Anselm; et al (1985), *Social Organization of Medical Work*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Straus, Robert (1957), “The Nature and Status of Medical Sociology”, *American Sociological Review*, 22, pp. 200-204.
- Tavares, David (2007), *Escola e Identidade Profissional. O caso dos técnicos de cardiopneumologia*, Lisboa, Edições Colibri/Instituto Politécnico de Lisboa.
- Taylor, Frederick Winslow (1947), *The Principles of Scientific Management*, Harper and Row, New York.
- Teixeira, Lurdes (2011), *Do Centro de Saúde à USF: percursos, discursos e práticas*, Lisboa, ISCTE-IUL (Tese de Doutoramento).
- Timmermans, Stefan (2008), “Professions and their Work. Do market shelters protect professional interests?”, *Work and Occupations*, 35(2), pp. 164 – 188.
- Tobias, Saul (2005), “Foucault on Freedom and Capabilities”, *Theory, Culture and Society*, 22(4), pp. 65 – 85.
- Torstendahl, Rolf (1990), “Essential properties, strategic aims and historical development: three approaches to theories of professionalism”, em Michael Burrage e Rolf Torstendahl (eds.), *Professions in Theory and History: Rethinking the Study of the Professions*, London, Sage, pp. 44 – 61.
- Traxler, Franz (1995), “Farewell to labour market associations? Organized versus disorganized decentralization as a map for industrial relations”, em Colin Crouch and Franz Traxler (orgs.), *Organized Industrial Relations in Europe: What Future?*, Avebury, Aldershot, pp. 3-19.
- Traynor, Michael (1996), “A Literary approach to managerial discourse after the NHS reforms”, *Sociology of Health and Illness*, 18(3), pp. 315 – 40.
- Turner, Bryan S. (2006), “Hospital”, *Theory, Culture and Society*, 23 (2-3), pp. 573 – 9.
- Turner, Jonathan (1988), *A Theory of Social Interaction*, California, Stanford University Press.
- Turner, Jonathan (1994), *Sociology – Concepts and Uses*, New York, McGraw-Hill.
- Turner, Jonathan (2001), “Sociological theory today”, em Jonathan Turner (org.), *Handbook of Sociological Theory*, New York, Kluwer Academic, pp. 1 – 17.

- Turner, Ralph (2001), “Role Theory”, em Jonathan Turner (org.), *Handbook of Sociological Theory*, New York, Kluwer Academic, pp. 233 – 255.
- van der Zee, Jouke e Madelon Kroneman (2007), ‘Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs’, *BMC Health Services Research*, 7: 94.
- Vaz, Artur (2010), “Hospitais Públicos Portugueses”, em J. Simões (coord.), *30 anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado*, Coimbra, Almedina, pp. 297 – 54.
- Vennesson, Pascal (2008), “Case studies and process tracing: theories and practices” in Donatella Della Porta e Michael Keating (eds.), *Approaches and Methodologies in the Social Sciences: a pluralist perspective*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 240 – 62.
- Viegas, José Manuel e Sérgio Faria (2009), “Political participation: the Portuguese case from a European comparative perspective”, em José Manuel Viegas, Helena Carreiras; Andrés. Malamud (orgs.), *Institutions and Politics*, (Portugal in the European Context), Lisbon, Celta Editora, pp. 53-67.
- Walby, Sylvia e June Greenwell (1994), *Medicine and Nursing: professions in a changing health service*, London: Sage.
- Weber, Max (1982), *Ensaio de Sociologia*, Rio de Janeiro: Zahar Editores, v. trad.
- Weber, Max (1983), *Fundamentos da Sociologia*, Porto: Rés-Editora, v. trad.
- Wilensky, Harold (1964), “The Professionalization of Everyone?”, *The American Journal of Sociology*, LXX (2), pp. 137 – 58.
- Williams, Simon (2001), *Emotion and Social Theory: corporeal reflections on the (ir)rational*, London, SAGE.
- Williams, Simon e Michael Calnan (1996), “Modern medicine and the lay populace: theoretical perspectives and methodological issues”, em Simon Williams e Michael Calnan (Eds.), *Modern Medicine: lay perspectives and experiences*, Oxon, Routledge pp. 2 – 25.
- WHO (1978), *Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care*, USSR, WHO.
- Wilson, Logan (1942), *The Academic Man: a study in the sociology of a profession*, Oxford, Oxford University Press.
- Zola, Irving (1972), “Medicine as an institution of social control”, *The Sociological Review*, 20(4), pp. 487 – 504.

## ANEXOS

ANEXO A – PRINCIPAIS CATEGORIAS CLASSIFICATÓRIAS DOS HOSPITAIS PÚBLICOS  
PORTUGUESES

Categories	Dimensões	Principais elementos definidores	
Quanto à área geográfica de influência ou intervenção/diferenciação ou capacidade de intervenção técnica	Central	Área de intervenção geográfica com valências de todas as diferenciações. Corresponde à última linha de cuidados, devendo ser capaz de atender a totalidade das situações clínicas, salvo casos excepcionais que impliquem diferenciação só existente noutra Hospital Central. Para além da função assistencial, tem investigação científica, podendo ter ensino e estar ligado às universidades	
	Distrital	Hospital distrital de valências básicas	Possui as quatro valências mais básicas (Medicina Interna, Cirurgia Geral, Pediatria e Obstetrícia) podendo não existir em simultâneo. É dotado de urgência, consulta externa, meios complementares de diagnóstico e, quando se justifique, meios complementares de terapêutica. Não tem uma função de ensino nem investigação científica
		Hospital distrital de valências básicas e intermédias	Acresce ao anterior valências designadas como intermédias podendo, excepcionalmente, consoante a sua dimensão, tradição, ou área de influência, incluir uma ou outra das valências diferenciadas <sup>168</sup>
		Hospital distrital de valências básicas, intermédias e diferenciadas	Acresce ao anterior a maioria das valências designadas como diferenciadas, podendo ter algumas valências altamente diferenciadas. Para além da função assistencial colabora no ensino e pode ter investigação científica.
Quanto o número de especialidades ou valências/áreas de patologia	Geral	Assegura uma vasta gama de serviços especializados a doentes de diversas idades e doenças.	
	Especializado	Predomina o número de camas afectas a uma dada especialidade ou patologia ou que presta assistência a utentes de um determinado grupo de idade (e.g. doenças infecto-contagiosas, maternidade, oftalmologia, oncologia, psiquiatria)	
Quanto à situação na doença	Hospital de Agudos	Presta serviços a utentes em regime de ambulatório ou de internamento, excluindo-se os doentes crónicos (e.g. os doentes psiquiátricos e os portadores de deficiências adquiridas ou congénitas cuja recuperação é arrastada). Trata os doentes na fase aguda da sua doença tendo, por isso, uma demora média de curta duração.	
	Hospital de crónicos	Admitem doentes que carecem de tratamentos continuados.	
Quanto à formação	Universitário	Tem no seu quadro de pessoal profissionais das carreiras universitárias e está ligado a um departamento de ensino de uma universidade.	

Fonte: Portal da Codificação Clínica e dos GDH (<http://portalcodgdh.min-saude.pt>)

<sup>168</sup> Não se conseguiu apurar junto dos organismos responsáveis o significado de valências intermédias e valências diferenciadas.

**ANEXO B – PROPOSTA DE PROJECTO-LEI QUE VISA ALTERAR O DECRETO-LEI N.º 233/2005. (VERSÃO NÃO PUBLICADA DE MAIO DE 2009)**

Num passado recente, através da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, iniciou-se um processo de reforma da gestão hospitalar mediante o aprofundamento das formas de natureza empresarial e de gestão de recursos humanos.

Esta reforma, encetada com a alteração da natureza jurídica dos hospitais para sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos, determinou, posteriormente, em finais de 2005, a transformação das unidades de saúde em entidades públicas empresariais.

No que concerne aos recursos humanos, tem revelado ser linha condutora dos regimes do sector empresarial do Estado, sucessivamente aprovados em 1999 e 2007, fazer aplicar aos respectivos trabalhadores o Código de Trabalho, enquanto sede legal do respectivo estatuto de pessoal.

Na presente legislatura, iniciou-se a reforma da Administração Pública, estabelecendo a Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, novos regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas, prevendo, em particular, a revisão dos regimes dos corpos ou carreiras especiais.

No âmbito da reformulação do regime de carreiras da Administração Pública, criou-se um patamar de referência para as carreiras dos profissionais de saúde nos EPE's do SNS, pelo que adquire, neste contexto, particular importância a intenção de se replicar o modelo no sector empresarial do Estado.

Efectivamente, a padronização e identidade de critérios de organização e valorização de recursos humanos, contribui para a circularidade do sistema e sustenta o reconhecimento mútuo de qualificação e categorização, independentemente do local de trabalho e da natureza jurídica da relação de emprego.

Para alcançar este desiderato, torna-se imperativo alterar, em conformidade, o regime de pessoal dos hospitais EPE no domínio do SNS para todos os profissionais de saúde. Esta alteração não condiciona a aplicação do Código do Trabalho, nem a liberdade de negociação reconhecida às partes no âmbito da contratação colectiva.

Em síntese, através do presente decreto-lei, o Governo pretende garantir que os trabalhadores das unidades de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde exercem a respectiva actividade integrados em carreiras, sem subverter a autonomia de gestão do sector empresarial do Estado.

Foram observados os procedimentos decorrentes dos artigos 469º e seguintes do Código do Trabalho, aprovado pela Lei 7/2009 de 12 de Fevereiro.<sup>169</sup> Foram ouvidos os órgãos de governo próprio das Regiões Autónomas.

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

---

<sup>169</sup> Entende-se por legislação do trabalho a que regula os direitos e obrigações dos trabalhadores e empregadores, enquanto tais, e as suas organizações. Qualquer projecto de decreto-lei relativo a legislação do trabalho só pode ser discutido e votado pelo Governo depois de as associações sindicais se terem podido pronunciar sobre ele. Para o efeito, o projecto deverá ser publicado em separata do Boletim do Trabalho e Emprego, contendo, obrigatoriamente, o texto integral, a designação sintética da matéria e o prazo para apreciação pública, o qual não pode ser inferior a 30 dias. O resultado da apreciação pública deve constar do preâmbulo do decreto-lei.

Artigo 1.º  
Objecto

- 1 – São alterados os artigos 14.º, 18º e 19º Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, os artigos 12º, 16º e 17º do Decreto-Lei n.º 50-B/2007, de 28 de Fevereiro, e os artigos 12º, 16º e 17º do Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de Setembro
- 2 – São aditados os artigos 14º-A, 14º-B, 14º-C, 14º-D, 14º-E, 14º-F, 14º-G do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, os artigos 12º-A, 12º-B, 12º-C, 12º-D, 12º-E, 12º-F, 12º-G do Decreto-Lei n.º 50-B/2007, de 28 de Fevereiro, e os artigos 12º-A, 12º-B, 12º-C, 12º-D, 12º-E, 12º-F, 12º-G do Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de Setembro.
- 3 – É revogado o artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, o artigo 15º Decreto-Lei n.º 50-B/2007, de 28 de Fevereiro, o artigo 15º do Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de Setembro.

Artigo 2º

Os artigos 14.º, 18º e 19º do Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de Dezembro passam a ter a seguinte redacção:

“Artigo 14.º  
[...]

- 1 – Os trabalhadores dos hospitais E.P.E. exercem a respectiva actividade integrados em carreiras e estão sujeitos ao regime do contrato de trabalho, de acordo com as disposições relativas a carreiras do presente decreto-lei, o Código do Trabalho, demais legislação laboral, normas imperativas sobre títulos profissionais, instrumentos de regulamentação colectiva de trabalho e regulamentos internos.
- 2 – [...]
- 3 – [...]
- 4 – [...]
- 5 – As condições de admissão para a carreira médica são as seguintes:
  - a) Para a admissão à categoria de médico especialista, é exigido o grau de especialista, tendo terminado com aproveitamento o internato da especialidade;
  - b) Para a admissão à categoria de especialista graduado, é exigido o grau de médico especialista graduado;
  - c) Para a admissão à categoria de especialista principal, é exigida a duração mínima de 5 anos de exercício efectivo com o grau de médico especialista graduado.
- 6 - As condições de admissão para a carreira de enfermagem são as seguintes:
  - a) Para admissão à categoria de enfermeiro é preciso a titulação de cédula definitiva da Ordem dos Enfermeiros;
  - b) Para admissão à categoria de enfermeiro principal é exigido cumulativamente o título de enfermeiro especialista atribuído pela Ordem dos Enfermeiros e um mínimo de 10 anos de experiência efectiva no exercício da profissão, contado a partir da data do correspondente início.

Artigo 18.º  
[...]

Aplica-se aos hospitais E.P.E. o regime de cedência de interesse público previsto no artigo 17º do Decreto-Lei n.º. 558/99, de 17 de Dezembro.

Artigo 19.º  
[...]

- 1 - Sem prejuízo do disposto no artigo 15º do presente decreto-lei, o regime de protecção social dos trabalhadores dos hospitais E.P.E. é o regime geral de segurança social.
- 2 – Relativamente aos trabalhadores da Administração Pública que não optem pelo regime de contrato de trabalho, nos termos do artigo 16.º, aplica-se o regime estabelecido no artigo 19º da Lei 59/2008 de 1 de Setembro.

3 – [...]

Artigo 3º

Os artigos 12º, 16º e 17º do Decreto-Lei nº. 50-B/2007, de 28 de Fevereiro, passam a ter a seguinte redacção:

“ Artigo 12.º

[...]

1 – Os trabalhadores da ULSNA, E.P.E., exercem a respectiva actividade integrados em carreiras e estão sujeitos ao regime do contrato de trabalho, de acordo com as disposições relativas a carreiras do presente decreto-lei, o Código do Trabalho, demais legislação laboral, normas imperativas sobre títulos profissionais, instrumentos de regulamentação colectiva de trabalho e regulamentos internos.

2 – [...]

3 – [...]

4 – [...]

5 – As condições de admissão para a carreira médica são as seguintes:

a) Para a admissão à categoria de médico especialista, é exigido o grau de especialista, tendo terminado com aproveitamento o internato da especialidade;

b) Para a admissão à categoria de especialista graduado, é exigido o grau de médico especialista graduado;

c) Para a admissão à categoria de especialista principal, é exigida a duração mínima de 5 anos de exercício efectivo com o grau de médico especialista graduado.

6 – As condições de admissão para a carreira de enfermagem são as seguintes:

a) Para admissão à categoria de enfermeiro é preciso a titulação de cédula definitiva da Ordem dos Enfermeiros;

b) Para admissão à categoria de enfermeiro principal é exigido cumulativamente o título de enfermeiro especialista atribuído pela Ordem dos Enfermeiros e um mínimo de 10 anos de experiência efectiva no exercício da profissão, contado a partir da data do correspondente início.

Artigo 16.º

[...]

Aplica-se à ULSNA, E.P.E. o regime de cedência de interesse público previsto no artigo 17º do Decreto-Lei nº. 558/99, de 17 de Dezembro.

Artigo 17.º

[...]

1 - Sem prejuízo do disposto no artigo 13º do presente decreto-lei, o regime de protecção social dos trabalhadores da ULSNA, E.P.E. é o regime geral de segurança social.

2 – Relativamente aos trabalhadores da Administração Pública que não optem pelo regime de contrato de trabalho, nos termos do artigo 14.º, aplica-se o regime estabelecido no artigo 19º da Lei 59/2008 de 1 de Setembro.

3 – [...]

Artigo 4.º

Os artigos 12.º, 16º e 17º do Decreto-Lei nº. 183/2008 de 4 de Setembro passam a ter a seguinte redacção:

“ Artigo 12.º

[...]

1 – Os trabalhadores das ULS, E.P.E. exercem a respectiva actividade integrados em carreiras e estão sujeitos ao regime do contrato de trabalho, de acordo com as disposições relativas a carreiras do presente decreto-lei, o Código do Trabalho, demais legislação laboral, normas

imperativas sobre títulos profissionais, instrumentos de regulamentação colectiva de trabalho e regulamentos internos.

2 – [...]

3 – [...]

4 – [...]

5 – As condições de admissão para a carreira médica são as seguintes:

a) Para a admissão à categoria de médico especialista, é exigido o grau de especialista, tendo terminado com aproveitamento o internato da especialidade;

b) Para a admissão à categoria de especialista graduado, é exigido o grau de médico especialista graduado;

c) Para a admissão à categoria de especialista principal, é exigida a duração mínima de 5 anos de exercício efectivo com o grau de médico especialista graduado.

6 - As condições de admissão para a carreira de enfermagem são as seguintes:

a) Para admissão à categoria de enfermeiro é preciso a titulação de cédula definitiva da Ordem dos Enfermeiros;

b) Para admissão à categoria de enfermeiro principal é exigido cumulativamente o título de enfermeiro especialista atribuído pela Ordem dos Enfermeiros e um mínimo de 10 anos de experiência efectiva no exercício da profissão, contado a partir da data do correspondente início.

#### Artigo 16º

[...]

Aplica-se às ULS, E.P.E. o regime de cedência de interesse público previsto no artigo 17º do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro.

#### Artigo 17.º

[...]

1 - Sem prejuízo do disposto no artigo 13º do presente decreto-lei, o regime de protecção social dos trabalhadores das ULS, E.P.E. é o regime geral de segurança social.

2 – Relativamente aos trabalhadores da Administração Pública que não optem pelo regime de contrato de trabalho, nos termos do artigo 14.º, aplica-se o regime estabelecido no artigo 19º da Lei 59/2008 de 1 de Setembro.

3 – [...]"

#### Artigo 5.º

Aditamento dos artigos 14º-A, 14º-B, 14º-C, 14º-D, 14º-E, 14º-F, 14º-G ao Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro. São aditados os artigos 14º-A, 14º-B, 14º-C, 14º-D, 14º-E, 14º-F, 14º-G ao Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, com a seguinte redacção:

#### “Artigo 14º-A

##### Qualificação dos profissionais de saúde

1 - A qualificação e a categorização instituída nos regimes especiais aplicáveis às carreiras dos profissionais de saúde com relação jurídica de emprego em funções públicas são automaticamente reconhecidas para elegibilidade nos processos de recrutamento previstos no n.º 4 do artigo 14.º.<sup>170</sup> 3

2 – No exercício e publicitação da sua actividade profissional, desenvolvida no Serviço Nacional de Saúde, os profissionais de saúde devem sempre fazer referência ao grau ou título detido.

#### Artigo 14º-B

##### Qualificação médica

---

<sup>170</sup> Existe proposta de diploma autónomo para qualificação aplicável a todos os médicos independentemente do local de prestação de trabalho e da relação jurídica de emprego ou de exercício de actividade em regime de trabalho independente.

- 1 - A qualificação médica tem por base a obtenção de capacidades técnicas e de conhecimentos técnico-científicos adquiridos ao longo da formação profissional e estrutura-se em graus, enquanto títulos de habilitação profissional atribuídos pelo Ministério da Saúde e reconhecidos pela Ordem dos Médicos, em função da obtenção de níveis de competência diferenciados e de aproveitamento em concurso de provas públicas.
- 2 - O grau de médico especialista adquire-se com a obtenção do título de especialista, após conclusão com aproveitamento do internato da respectiva especialidade.
- 3 - O grau de médico especialista graduado adquire-se após habilitação efectuada por procedimento concursal, regulado por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da Administração Pública e da saúde, ouvida a Ordem dos Médicos, que tenha por base, cumulativamente:
  - a) Avaliação curricular;
  - b) Prova de verificação de aprofundamento de competências;
  - c) Duração de oito anos de exercício efectivo com o grau de médico especialista;

#### Artigo 14º-C

##### Qualificação de enfermagem

O exercício de funções no âmbito da carreira de enfermagem depende da obtenção do título profissional atribuído pela Ordem dos Enfermeiros.<sup>171</sup>

#### Artigo 14º-D

##### Categorias da carreira médica

- 1 - A carreira médica é pluricategorial e estrutura-se nas seguintes categorias:
  - a) Médico Especialista;
  - b) Médico Especialista Graduado;
  - c) Médico Especialista Principal.
- 2 - O médico exerce a sua actividade com plena responsabilidade profissional e autonomia técnico-científica.

#### Artigo 14º-E

##### Conteúdos funcionais das categorias da carreira médica

- 1 - O conteúdo funcional da categoria de médico especialista compreende funções médicas enquadradas em directivas gerais bem definidas, organizadas em equipa, com observância pela autonomia e características técnico-científicas inerentes a cada especialidade médica tipificadas em diploma próprio, nomeadamente:
  - a) Prestar cuidados de saúde aos doentes, utentes ou grupos populacionais sob a sua responsabilidade directa ou sob responsabilidade da equipa na qual o médico esteja integrado;
  - b) Recolher, registar, e efectuar tratamento e análise da informação relativa ao exercício das suas funções, incluindo aquela que seja relevante para os sistemas de informação institucionais na área da saúde, designadamente os referentes à vigilância de fenómenos de saúde e de doença;
  - c) Participar nas actividades de planeamento e programação do trabalho a executar pela unidade ou serviço;
  - d) Participar em programas e projectos de investigação ou de intervenção, quer institucionais quer multicêntricos, nacionais ou internacionais, seja na sua área de especialização ou em área conexas;
  - e) Colaborar na formação de médicos em processo de especialização, de médicos em formação básica e de alunos das licenciaturas em medicina ou de outras áreas da saúde;
  - f) Participar em júris de concurso ou noutras actividades de avaliação dentro da sua área de especialização ou competência;

---

<sup>171</sup> O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros contém os requisitos de atribuição de título de enfermeiro e de enfermeiro especialista.



- g) Substituir, quando designado, o médico especialista graduado na sua ausência e impedimentos.
- 2 - Para além das funções inerentes à categoria de médico especialista, são ainda funções exigíveis ao médico com a categoria de especialista graduado, nomeadamente:
- a) Planeamento e programação do trabalho a executar pela unidade ou serviço;
  - b) Participação em júris de concurso para o grau de especialista graduado ou como presidente para a categoria de especialista;
  - c) Desenvolver atitudes e práticas de liderança técnico-científica e de autoaperfeiçoamento, que constituem modelo de referência para os médicos e outros profissionais da unidade ou serviço em que o médico esteja integrado;
  - d) Exercer, quando designado, funções consultivas de natureza técnico-científica;
  - e) Manter e promover actividades regulares de investigação e apresentar anualmente aos profissionais da unidade ou serviço em que esteja integrado relatório da actividade realizada;
  - f) Substituição, quando designado, do médico especialista principal, nas suas ausências e impedimentos.
- 3 - Para além das funções inerentes à categoria de médico especialista graduado, são ainda funções exigíveis ao médico especialista principal, nomeadamente:
- a) Planeamento, programação e avaliação do trabalho da respectiva unidade, serviço ou departamento;
  - b) Responsabilidade pelas funções e actividades de formação e de desenvolvimento profissional contínuo dos médicos da sua unidade, serviço ou departamento ou das actividades de formação médica da instituição, quando designado;
  - c) Participação como membro ou presidente do júri de concursos em todos os graus e categorias da carreira médica;
  - d) Responsabilidade pela informação que caracteriza o nível de produção, actividade ou qualidade da sua unidade, serviço ou departamento;
  - e) Elaborar, promover ou apoiar a concretização de projectos de desenvolvimento técnico-científico, institucional, de qualidade e de inovação, que mobilizem e envolvam o conjunto da equipa profissional em que o médico esteja integrado;
  - f) Representação da unidade, serviço ou do departamento perante a instituição ou, quando designado, perante entidades exteriores.

#### Artigo 14º-F

##### Categorias da carreira de enfermagem

- 1 – A carreira de enfermagem é pluricategorial e estrutura-se nas seguintes categorias:
- a) Enfermeiro;
  - b) Enfermeiro Principal.
- 2 – O enfermeiro exerce a sua actividade com plena responsabilidade profissional e autonomia técnico-científica.

#### Artigo 14º- G

##### Conteúdos funcionais das categorias da carreira de enfermagem

- 1 – O conteúdo funcional da categoria de enfermeiro é inerente às respectivas competências em enfermagem, compreendendo plena autonomia técnico-científica, nomeadamente:
- a) Prestar cuidados de enfermagem aos doentes, utentes ou grupos populacionais sob a sua responsabilidade directa ou sob a responsabilidade da equipa na qual estejam integrados, incluindo os processos de administração de terapêutica;
  - b) Realizar intervenções de enfermagem requeridas pelo indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção da saúde, da prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e da adaptação funcional;
  - c) Recolher, registar e efectuar tratamento e análise de informação relativa ao exercício das suas funções, incluindo aquela que seja relevante para os sistemas de informação institucionais e nacionais na área da saúde;
  - d) Assessorar as instituições, serviços e unidades onde prestem serviço, nos termos da respectiva organização interna;

- e)* Promover, programas e projectos de investigação em enfermagem, nacionais ou internacionais, e bem como participar ou orientar as correspondentes equipas;
  - f)* Colaborar no processo de desenvolvimento de competências de alunos da licenciatura em enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional;
  - g)* Integrar júris de concursos ou noutras actividades de avaliação dentro da sua área de competência.
  - h)* Identificar, planear e avaliar os cuidados de enfermagem e efectuar os respectivos registos, bem como participar nas actividades de planeamento e programação do trabalho de equipa a executar pela unidade ou serviço;
  - i)* Participar nas acções que visem articular os diferentes níveis de cuidados de saúde, promovendo a qualidade e a circulação de informação útil, bem como métodos de trabalho com vista à melhor utilização dos meios disponíveis;
  - j)* Realizar intervenções de enfermagem no apoio ao funcionamento da unidade ou serviço;
  - k)* Identificar as necessidades logísticas e de bens de equipamento, bem como promover a melhor utilização económica dos recursos com controlo de consumos, cabendo-lhe a responsabilidade de promover a sua adequação aos cuidados de enfermagem a prestar;
  - l)* Colaborar na formação realizada nas unidades de cuidados e orientar as actividades de formação de alunos da licenciatura em enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional;
  - m)* Orientar os enfermeiros, nomeadamente nas equipas multiprofissionais, no que concerne à definição e utilização de indicadores que permitam avaliar, de forma sistemática as mudanças verificadas no nível de saúde do utente, do grupo e da comunidade;
  - n)* Planear e organizar o trabalho a executar pela equipa, com vista a uma maior eficiência dos recursos;
  - o)* Assegurar a formação em serviço dos trabalhadores de enfermagem e outro pessoal de apoio da unidade de cuidados;
  - p)* Coordenar funcionalmente a actividade de equipas de enfermagem;
- 2 - Para além das funções inerentes à categoria de enfermeiro, o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro principal, é sempre integrado e indissociável da gestão do processo de prestação de cuidados de saúde, e compreende, nomeadamente:
- a)* Gerir o serviço ou unidade de cuidados quando designado, incluindo a supervisão do planeamento, programação e avaliação do trabalho da respectiva equipa;
  - b)* Planear e incrementar acções e métodos de trabalho que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, procedendo à definição ou utilização de indicadores, respectiva avaliação ou necessária correcção, atribuindo e decidindo afectação de meios, bem como coordenando equipas multiprofissionais.;
  - c)* Exercer funções executivas ou consultivas de natureza técnico-científica;
  - d)* Coordenar ou dirigir funcionalmente as equipas de investigação em enfermagem;
  - e)* Identificar as necessidades de recursos humanos, tendo em vista os cuidados de enfermagem a prestar, cabendo-lhe a responsabilidade de os distribuir e adequar às necessidades existentes, nomeadamente através da elaboração de horários e planos de férias;
  - f)* Participar nos processos de contratualização inerentes ao serviço ou unidades funcionais;
  - g)* Orientar as actividades de formação de enfermagem;
  - h)* Promover a concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão do estabelecimento ou serviço com os estabelecimentos de ensino ou outras entidades, relativamente ao processo de desenvolvimento de competências de alunos da licenciatura em enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional;
  - i)* Assegurar a informação que caracteriza o nível de produção, actividade ou qualidade da sua equipa;
  - j)* Planear e incrementar acções e métodos de trabalho que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, procedendo à respectiva avaliação;
- 1) Exercer funções executivas ou consultivas de natureza técnico-científica;
- a)* Coordenar ou dirigir funcionalmente as equipas de investigação em enfermagem;

- b) Identificar as necessidades de recursos humanos, tendo em vista os cuidados de enfermagem a prestar, cabendo-lhe a responsabilidade de os distribuir e adequar às necessidades existentes, nomeadamente através da elaboração de horários e planos de férias;
- c) Orientar as actividades de formação de enfermagem;
- d) Promover a concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão do estabelecimento ou serviço com os estabelecimentos de ensino, relativamente ao processo de desenvolvimento de competências de alunos da licenciatura em enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional;
- e) Assegurar a informação que caracteriza o nível de produção, actividade ou qualidade da sua equipa;
- f) Exercer, quando a organização o justifique, funções técnicas de coordenação dos trabalhadores da carreira de enfermagem, nomeadamente nas equipas multiprofissionais, no que concerne à definição e utilização de indicadores que permitam avaliar, de forma sistemática as mudanças verificadas no nível de saúde do utente, do grupo, da comunidade e introduzir ou propor as medidas correctivas consideradas necessárias.

#### Artigo 6.º

Aditamento dos artigos 12º-A, 12º-B, 12º-C, 12º-D, 12º-E, 12º-F, 12º-G ao Decreto-Lei n. 50-B/2007, de 28 de Fevereiro. São aditados os artigos 12º-A, 12º-B, 12º-C, 12º-D, 12º-E, 12º-F, 12º-G ao Decreto-Lei n.º 50-B/2007, de 28 de Fevereiro, com a seguinte redacção:

#### “Artigo 12º-A

##### Qualificação dos profissionais de saúde

- 1 – A qualificação e a categorização instituída nos regimes especiais aplicáveis às carreiras dos profissionais de saúde com relação jurídica de emprego em funções públicas são automaticamente reconhecidas para elegibilidade nos processos de recrutamento previstos no nº 4 do artigo 12º.
- 2 – No exercício e publicitação da sua actividade profissional, desenvolvida no Serviço Nacional de Saúde, os profissionais de saúde devem sempre fazer referência ao grau ou título detido.

#### Artigo 12º-B

##### Qualificação médica

- 1 – A qualificação médica tem por base a obtenção de capacidades técnicas e de conhecimentos técnico-científicos adquiridos ao longo da formação profissional e estrutura-se em graus, enquanto títulos de habilitação profissional atribuídos pelo Ministério da Saúde e reconhecidos pela Ordem dos Médicos, em função da obtenção de níveis de competência diferenciados e de aproveitamento em concurso de provas públicas.
- 2 – O grau de médico especialista adquire-se com a obtenção do título de especialista, após conclusão com aproveitamento do internato da respectiva especialidade.
- 3 – O grau de médico especialista graduado adquire-se após habilitação efectuada por procedimento concursal, regulado por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da Administração Pública e da saúde, ouvida a Ordem dos Médicos, que tenha por base, cumulativamente:
  - a) Avaliação curricular;
  - b) Prova de verificação de aprofundamento de competências;
  - c) Duração de oito anos de exercício efectivo com o grau de médico especialista;

#### Artigo 12º-C

##### Qualificação de enfermagem

O exercício de funções no âmbito da carreira especial de enfermagem depende da obtenção do título profissional atribuído pela Ordem dos Enfermeiros.

#### Artigo 12º- D

##### Categorias da carreira médica

- 1 – A carreira médica é pluricategorial e estrutura-se nas seguintes categorias:

- a) Médico Especialista;
  - b) Médico Especialista Graduado;
  - c) Médico Especialista Principal.
- 2 – O médico exerce a sua actividade com plena responsabilidade profissional e autonomia técnico-científica.

#### Artigo 12º-E

##### Conteúdos funcionais das categorias da carreira médica

- 1 - O conteúdo funcional da categoria de médico especialista compreende funções médicas enquadradas em directivas gerais bem definidas, organizadas em equipa, com observância pela autonomia e características técnico-científicas inerentes a cada especialidade médica tipificadas em diploma próprio, nomeadamente:
- a) Prestar cuidados de saúde aos doentes, utentes ou grupos populacionais sob a sua responsabilidade directa ou sob responsabilidade da equipa na qual o médico esteja integrado;
  - b) Recolher, registar, e efectuar tratamento e análise da informação relativa ao exercício das suas funções, incluindo aquela que seja relevante para os sistemas de informação institucionais e nacionais na área da saúde, designadamente os referentes à vigilância de fenómenos de saúde e de doença;
  - c) Participar nas actividades de planeamento e programação do trabalho a executar pela unidade ou serviço;
  - d) Participar em programas e projectos de investigação ou de intervenção, quer institucionais quer multicêntricos, nacionais ou internacionais, seja na sua área de especialização ou em área conexas;
  - e) Colaborar na formação de médicos em processo de especialização, de médicos em formação básica e de alunos das licenciaturas em medicina ou de outras áreas da saúde;
  - f) Participar em júris de concurso ou noutras actividades de avaliação dentro da sua área de especialização ou competência;
  - g) Substituir, quando designado, o médico especialista graduado na sua ausência e impedimentos.
- 2 – Para além das funções inerentes à categoria de médico especialista, são ainda funções exigíveis ao médico com a categoria de especialista graduado, nomeadamente:
- a) Planeamento e programação do trabalho a executar pela unidade ou serviço;
  - b) Participação em júris de concurso para o grau de especialista graduado ou como presidente para a categoria de especialista;
  - c) Desenvolver atitudes e práticas de liderança técnico-científica e de autoaperfeiçoamento, que constituem modelo de referência para os médicos e outros profissionais da unidade ou serviço em que o médico esteja integrado;
  - d) Exercer, quando designado, funções consultivas de natureza técnico-científica;
  - e) Manter e promover actividades regulares de investigação e apresentar anualmente aos profissionais da unidade ou serviço em que esteja integrado relatório da actividade realizada;
  - f) Substituição, quando designado, do médico especialista principal, nas suas ausências e impedimentos.
- 3 – Para além das funções inerentes à categoria de médico especialista graduado, são ainda funções exigíveis ao médico especialista principal, nomeadamente:
- a) Planeamento, programação e avaliação do trabalho da respectiva unidade, serviço ou departamento;
  - b) Responsabilidade pelas funções e actividades de formação e de desenvolvimento profissional contínuo dos médicos da sua unidade, serviço ou departamento ou das actividades de formação médica da instituição, quando designado;
  - c) Participação como membro ou presidente do júri de concursos em todos os graus e categorias da carreira médica;
  - d) Responsabilidade pela informação que caracteriza o nível de produção, actividade ou qualidade da sua unidade, serviço ou departamento;

- e) Elaborar, promover ou apoiar a concretização de projectos de desenvolvimento técnico-científico, institucional, de qualidade e de inovação, que mobilizem e envolvam o conjunto da equipa profissional em que o médico esteja integrado;
- f) Representação da unidade, serviço ou do departamento perante a instituição ou, quando designado, perante entidades exteriores.

#### Artigo 12º-F

##### Categorias da carreira de enfermagem

- 1 – A carreira de enfermagem é pluricategorial e estrutura-se nas seguintes categorias:
  - a) Enfermeiro;
  - b) Enfermeiro Principal.
- 2 – O enfermeiro exerce a sua actividade com plena responsabilidade profissional e autonomia técnico-científica.

#### Artigo 12º- G

##### Conteúdos funcionais das categorias da carreira de enfermagem

- 1 – O conteúdo funcional da categoria de enfermeiro é inerente às respectivas competências em enfermagem, compreendendo plena autonomia técnico-científica, nomeadamente:
  - a) Prestar cuidados de enfermagem aos doentes, utentes ou grupos populacionais sob a sua responsabilidade directa ou sob a responsabilidade da equipa na qual estejam integrados, incluindo os processos de administração de terapêutica;
  - b) Realizar intervenções de enfermagem requeridas pelo indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção da saúde, da prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e da adaptação funcional;
  - c) Recolher, registar e efectuar tratamento e análise de informação relativa ao exercício das suas funções, incluindo aquela que seja relevante para os sistemas de informação institucionais e nacionais na área da saúde;
  - d) Assessorar as instituições, serviços e unidades onde prestem serviço, nos termos da respectiva organização interna;
  - e) Promover, programas e projectos de investigação em enfermagem, nacionais ou internacionais, e bem como participar ou orientar as correspondentes equipas;
  - f) Colaborar no processo de desenvolvimento de competências de alunos da licenciatura em enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional;
  - g) Integrar júris de concursos ou noutras actividades de avaliação dentro da sua área de competência.
  - h) Identificar, planear e avaliar os cuidados de enfermagem e efectuar os respectivos registos, bem como participar nas actividades de planeamento e programação do trabalho de equipa a executar pela unidade ou serviço;
  - i) Participar nas acções que visem articular os diferentes níveis de cuidados de saúde, promovendo a qualidade e a circulação de informação útil, bem como métodos de trabalho com vista à melhor utilização dos meios disponíveis;
  - j) Realizar intervenções de enfermagem no apoio ao funcionamento da unidade ou serviço;
  - k) Identificar as necessidades logísticas e de bens de equipamento, bem como promover a melhor utilização económica dos recursos com controlo de consumos, cabendo-lhe a responsabilidade de promover a sua adequação aos cuidados de enfermagem a prestar;
  - l) Colaborar na formação realizada nas unidades de cuidados e orientar as actividades de formação de alunos da licenciatura em enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional;
  - m) Orientar os enfermeiros, nomeadamente nas equipas multiprofissionais, no que concerne à definição e utilização de indicadores que permitam avaliar, de forma sistemática as mudanças verificadas no nível de saúde do utente, do grupo e da comunidade;
  - n) Planear e organizar o trabalho a executar pela equipa, com vista a uma maior eficiência dos recursos;
  - o) Assegurar a formação em serviço dos trabalhadores de enfermagem e outro pessoal de apoio da unidade de cuidados;

- p) Coordenar funcionalmente a actividade de equipas de enfermagem;
- 2 - Para além das funções inerentes à categoria de enfermeiro, o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro principal, é sempre integrado e indissociável da gestão do processo de prestação de cuidados de saúde, e compreende, nomeadamente:
- a) Gerir o serviço ou unidade de cuidados quando designado, incluindo a supervisão do planeamento, programação e avaliação do trabalho da respectiva equipa;
  - b) Planear e incrementar acções e métodos de trabalho que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, procedendo à definição ou utilização de indicadores, respectiva avaliação ou necessária correcção, atribuindo e decidindo afectação de meios, bem como coordenando equipas multiprofissionais.;
  - c) Exercer funções executivas ou consultivas de natureza técnico-científica;
  - d) Coordenar ou dirigir funcionalmente as equipas de investigação em enfermagem;
  - e) Identificar as necessidades de recursos humanos, tendo em vista os cuidados de enfermagem a prestar, cabendo-lhe a responsabilidade de os distribuir e adequar às necessidades existentes, nomeadamente através da elaboração de horários e planos de férias;
  - f) Participar nos processos de contratualização inerentes ao serviço ou unidades funcionais;
  - g) Orientar as actividades de formação de enfermagem;
  - h) Promover a concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão do estabelecimento ou serviço com os estabelecimentos de ensino ou outras entidades, relativamente ao processo de desenvolvimento de competências de alunos da licenciatura em enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional;
  - i) Assegurar a informação que caracteriza o nível de produção, actividade ou qualidade da sua equipa;
  - j) Planear e incrementar acções e métodos de trabalho que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, procedendo à respectiva avaliação;
  - k) Exercer funções executivas ou consultivas de natureza técnico-científica;
  - l) Coordenar ou dirigir funcionalmente as equipas de investigação em enfermagem;
  - m) Identificar as necessidades de recursos humanos, tendo em vista os cuidados de enfermagem a prestar, cabendo-lhe a responsabilidade de os distribuir e adequar às necessidades existentes, nomeadamente através da elaboração de horários e planos de férias;
  - n) Orientar as actividades de formação de enfermagem;
  - o) Promover a concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão do estabelecimento ou serviço com os estabelecimentos de ensino, relativamente ao processo de desenvolvimento de competências de alunos da licenciatura em enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional;
  - p) Assegurar a informação que caracteriza o nível de produção, actividade ou qualidade da sua equipa;
  - q) Exercer, quando a organização o justifique, funções técnicas de coordenação dos trabalhadores da carreira de enfermagem, nomeadamente nas equipas multiprofissionais, no que concerne à definição e utilização de indicadores que permitam avaliar, de forma sistemática as mudanças verificadas no nível de saúde do utente, do grupo, da comunidade e introduzir ou propor as medidas correctivas consideradas necessárias.

#### Artigo 7º

Aditamento dos artigos 12º-A, 12º-B, 12º-C, 12º-D, 12º-E, 12º-F, 12º-G ao Decreto-Lei n.º183/2008, de 4 de Setembro. São aditados os artigos 12º-A, 12º-B, 12º-C, 12º-D, 12º-E, 12º-F, 12º-G ao Decreto-Lei n.º183/2008, de 4 de Setembro, com a seguinte redacção:

#### “Artigo 12º-A

##### Qualificação dos profissionais de saúde

- 1 - A qualificação e a categorização instituída nos regimes especiais aplicáveis às carreiras dos profissionais de saúde com relação jurídica de emprego em funções públicas são automaticamente reconhecidas para elegibilidade nos processos de recrutamento previstos no nº 4 do artigo 12º.

- 2 – No exercício e publicitação da sua actividade profissional, desenvolvida no Serviço Nacional de Saúde, os profissionais de saúde devem sempre fazer referência ao grau ou título detido.

#### Artigo 12º-B

##### Qualificação médica

- 1 - A qualificação médica tem por base a obtenção de capacidades técnicas e de conhecimentos técnico-científicos adquiridos ao longo da formação profissional e estrutura-se em graus, enquanto títulos de habilitação profissional atribuídos pelo Ministério da Saúde e reconhecidos pela Ordem dos Médicos, em função da obtenção de níveis de competência diferenciados e de aproveitamento em concurso de provas públicas.
- 2 - O grau de médico especialista adquire-se com a obtenção do título de especialista, após conclusão com aproveitamento do internato da respectiva especialidade.
- 3 - O grau de médico especialista graduado adquire-se após habilitação efectuada por procedimento concursal, regulado por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da Administração Pública e da saúde, ouvida a Ordem dos Médicos, que tenha por base, cumulativamente:
  - a) Avaliação curricular;
  - b) Prova de verificação de aprofundamento de competências;
  - c) Duração de oito anos de exercício efectivo com o grau de médico especialista;

#### Artigo 12º-C

##### Qualificação de enfermagem

O exercício de funções no âmbito da carreira de enfermagem depende da obtenção do título profissional atribuído pela Ordem dos Enfermeiros.

#### Artigo 12º- D

##### Categorias da carreira médica

- 1 – A carreira médica é pluricategorial e estrutura-se nas seguintes categorias:
  - a) Médico Especialista;
  - b) Médico Especialista Graduado;
  - c) Médico Especialista Principal.
- 2 – O médico exerce a sua actividade com plena responsabilidade profissional e autonomia técnico-científica.

#### Artigo 12º-E

##### Conteúdos funcionais das categorias da carreira médica

- 1 - O conteúdo funcional da categoria de médico especialista compreende funções médicas enquadradas em directivas gerais bem definidas, organizadas em equipa, com observância pela autonomia e características técnico-científicas inerentes a cada especialidade médica tipificadas em diploma próprio, nomeadamente:
  - a) Prestar cuidados de saúde aos doentes, utentes ou grupos populacionais sob a sua responsabilidade directa ou sob responsabilidade da equipa na qual o médico esteja integrado;
  - b) Recolher, registar, e efectuar tratamento e análise da informação relativa ao exercício das suas funções, incluindo aquela que seja relevante para os sistemas de informação institucionais e nacionais na área da saúde, designadamente os referentes à vigilância de fenómenos de saúde e de doença;
  - c) Participar nas actividades de planeamento e programação do trabalho a executar pela unidade ou serviço;
  - d) Participar em programas e projectos de investigação ou de intervenção, quer institucionais quer multicêntricos, nacionais ou internacionais, seja na sua área de especialização ou em área conexas;
  - e) Colaborar na formação de médicos em processo de especialização, de médicos em formação básica e de alunos das licenciaturas em medicina ou de outras áreas da saúde;
  - f) Participar em júris de concurso ou noutras actividades de avaliação dentro da sua área de especialização ou competência;

- g) Substituir, quando designado, o médico especialista graduado na sua ausência e impedimentos.
- 2 - Para além das funções inerentes à categoria de médico especialista, são ainda funções exigíveis ao médico com a categoria de especialista graduado, nomeadamente:
- Planeamento e programação do trabalho a executar pela unidade ou serviço;
  - Participação em júris de concurso para o grau de especialista graduado ou como presidente para a categoria de especialista;
  - Desenvolver atitudes e práticas de liderança técnico-científica e de autoaperfeiçoamento, que constituem modelo de referência para os médicos e outros profissionais da unidade ou serviço em que o médico esteja integrado;
  - Exercer, quando designado, funções consultivas de natureza técnico-científica;
  - Manter e promover actividades regulares de investigação e apresentar anualmente aos profissionais da unidade ou serviço em que esteja integrado relatório da actividade realizada;
  - Substituição, quando designado, do médico especialista principal, nas suas ausências e impedimentos.
- 3 - Para além das funções inerentes à categoria de médico especialista graduado, são ainda funções exigíveis ao médico especialista principal, nomeadamente:
- Planeamento, programação e avaliação do trabalho da respectiva unidade, serviço ou departamento;
  - Responsabilidade pelas funções e actividades de formação e de desenvolvimento profissional contínuo dos médicos da sua unidade, serviço ou departamento ou das actividades de formação médica da instituição, quando designado;
  - Participação como membro ou presidente do júri de concursos em todos os graus e categorias da carreira médica;
  - Responsabilidade pela informação que caracteriza o nível de produção, actividade ou qualidade da sua unidade, serviço ou departamento;
  - Elaborar, promover ou apoiar a concretização de projectos de desenvolvimento técnico-científico, institucional, de qualidade e de inovação, que mobilizem e envolvam o conjunto da equipa profissional em que o médico esteja integrado;
  - Representação da unidade, serviço ou do departamento perante a instituição ou, quando designado, perante entidades exteriores.

#### Artigo 12º-F

##### Categorias da carreira de enfermagem

- 1 – A carreira de enfermagem é pluricategorial e estrutura-se nas seguintes categorias:
- Enfermeiro;
  - Enfermeiro Principal.
- 2 – O enfermeiro exerce a sua actividade com plena responsabilidade profissional e autonomia técnico-científica.

#### Artigo 12º- G

##### Conteúdos funcionais das categorias da carreira de enfermagem

- 1 – O conteúdo funcional da categoria de enfermeiro é inerente às respectivas competências em enfermagem, compreendendo plena autonomia técnico-científica, nomeadamente:
- Prestar cuidados de enfermagem aos doentes, utentes ou grupos populacionais sob a sua responsabilidade directa ou sob a responsabilidade da equipa na qual estejam integrados, incluindo os processos de administração de terapêutica;
  - Realizar intervenções de enfermagem requeridas pelo indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção da saúde, da prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e da adaptação funcional;
  - Recolher, registar e efectuar tratamento e análise de informação relativa ao exercício das suas funções, incluindo aquela que seja relevante para os sistemas de informação institucionais e nacionais na área da saúde;
  - Assessorar as instituições, serviços e unidades onde prestem serviço, nos termos da respectiva organização interna;



- e) Promover, programas e projectos de investigação em enfermagem, nacionais ou internacionais, bem como participar ou orientar as correspondentes equipas;
  - f) Colaborar no processo de desenvolvimento de competências de alunos da licenciatura em enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional;
  - g) Integrar júris de concursos ou outras actividades de avaliação dentro da sua área de competência.
  - h) Identificar, planear e avaliar os cuidados de enfermagem e efectuar os respectivos registos, bem como participar nas actividades de planeamento e programação do trabalho de equipa a executar pela unidade ou serviço;
  - i) Participar nas acções que visem articular os diferentes níveis de cuidados de saúde, promovendo a qualidade e a circulação de informação útil, bem como métodos de trabalho com vista à melhor utilização dos meios disponíveis;
  - j) Realizar intervenções de enfermagem no apoio ao funcionamento da unidade ou serviço;
  - k) Identificar as necessidades logísticas e de bens de equipamento, bem como promover a melhor utilização económica dos recursos com controlo de consumos, cabendo-lhe a responsabilidade de promover a sua adequação aos cuidados de enfermagem a prestar;;
  - l) Colaborar na formação realizada nas unidades de cuidados e orientar as actividades de formação de alunos da licenciatura em enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional;
  - m) Orientar os enfermeiros, nomeadamente nas equipas multiprofissionais, no que concerne à definição e utilização de indicadores que permitam avaliar, de forma sistemática as mudanças verificadas no nível de saúde do utente, do grupo e da comunidade;
  - n) Planear e organizar o trabalho a executar pela equipa, com vista a uma maior eficiência dos recursos;
  - o) Assegurar a formação em serviço dos trabalhadores de enfermagem e outro pessoal de apoio da unidade de cuidados;
  - p) Coordenar funcionalmente a actividade de equipas de enfermagem;
- 2 - Para além das funções inerentes à categoria de enfermeiro, o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro principal, é sempre integrado e indissociável da gestão do processo de prestação de cuidados de saúde, e compreende, nomeadamente:
- a) Gerir o serviço ou unidade de cuidados quando designado, incluindo a supervisão do planeamento, programação e avaliação do trabalho da respectiva equipa;
  - b) Planear e incrementar acções e métodos de trabalho que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, procedendo à definição ou utilização de indicadores, respectiva avaliação ou necessária correcção, atribuindo e decidindo afectação de meios, bem como coordenando equipas multiprofissionais;
  - c) Exercer funções executivas ou consultivas de natureza técnico-científica;
  - d) Coordenar ou dirigir funcionalmente as equipas de investigação em enfermagem;
  - e) Identificar as necessidades de recursos humanos, tendo em vista os cuidados de enfermagem a prestar, cabendo-lhe a responsabilidade de os distribuir e adequar às necessidades existentes, nomeadamente através da elaboração de horários e planos de férias;
  - f) Participar nos processos de contratualização inerentes ao serviço ou unidades funcionais;
  - g) Orientar as actividades de formação de enfermagem;
  - h) Promover a concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão do estabelecimento ou serviço com os estabelecimentos de ensino ou outras entidades, relativamente ao processo de desenvolvimento de competências de alunos da licenciatura em enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional;
  - i) Assegurar a informação que caracteriza o nível de produção, actividade ou qualidade da sua equipa;
  - j) Planear e incrementar acções e métodos de trabalho que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, procedendo à respectiva avaliação;
  - k) Exercer funções executivas ou consultivas de natureza técnico-científica;
  - l) Coordenar ou dirigir funcionalmente as equipas de investigação em enfermagem;

- m) Identificar as necessidades de recursos humanos, tendo em vista os cuidados de enfermagem a prestar, cabendo-lhe a responsabilidade de os distribuir e adequar às necessidades existentes, nomeadamente através da elaboração de horários e planos de férias;
- n) Orientar as actividades de formação de enfermagem;
- o) Promover a concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão do estabelecimento ou serviço com os estabelecimentos de ensino, relativamente ao processo de desenvolvimento de competências de alunos da licenciatura em enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional;
- p) Assegurar a informação que caracteriza o nível de produção, actividade ou qualidade da sua equipa;
- q) Exercer, quando a organização o justifique, funções técnicas de coordenação dos trabalhadores da carreira de enfermagem, nomeadamente nas equipas multiprofissionais, no que concerne à definição e utilização de indicadores que permitam avaliar, de forma sistemática as mudanças verificadas no nível de saúde do utente, do grupo, da comunidade e introduzir ou propor as medidas correctivas consideradas necessárias.

Artigo 8º

Entrada em vigor

O presente decreto-lei entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros

O Primeiro-Ministro

O Ministro de Estado e das Finanças

O Ministro da Justiça

A Ministra da Saúde

## ANEXO C – EXEMPLO DE ALGUNS PROCEDIMENTOS MÉDICO-CIRÚRGICOS CONFORME TABELA NACIONAL DE GDH – 2009

<b>Tabela Nacional Grupos de Diagnóstico Homogéneo</b>											
<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>	<u>G</u>	<u>H</u>	<u>I</u>	<u>J</u>	<u>K</u>	<u>L</u>
GDH	Designação	Tipo GDH	Peso Relativo	Preço	Peso Relativo em Ambulatório	Preço em Ambulatório	Diária de Internamento	GDH Cirúrgicos - Preço 1º dia de internamento	Limiar Inferior	Limiar Máximo	Demora Média Corrigida
<b>GCD 0</b>	<b>(Pré-Grandes Categorias Diagnósticas)</b>										
103	Transplante cardíaco	C	22,2552	53.329,02 €	0,0000	- €	2.041,74 €	39.036,84 €	7	120	44,8
302	Transplante renal	C	11,6575	27.934,28 €	0,0000	- €	1.871,60 €	20.447,90 €	4	70	17,1
480	Transplante hepático	C	43,0269	103.103,21 €	0,0000	- €	4.605,28 €	75.471,55 €	6	84	22,3
482	Traqueostomia por diagnósticos da face, boca e/ou pescoço	C	3,6796	8.817,24 €	0,0000	- €	590,76 €	6.454,22 €	4	75	17,2
483	Oxigenação por membrana extra-corporal, traqueostomia com ventilação mecânica >96h ou traqueostomia com outro diagnóstico principal, excepto da face, boca ou do pescoço	C	12,8869	30.880,23 €	0,0000	- €	636,61 €	22.604,33 €	13	126	39,7
795	Transplante de pulmão	C	25,4346	60.947,66 €	0,0000	- €	2.333,42 €	44.613,69 €	7	120	75,0
803	Transplante alogénico de medula óssea	C	22,6830	54.354,14 €	16,6040	39.787,23 €	7.283,46 €	-	1	153	35,5
804	Transplante autólogo de medula óssea	C	18,4764	44.274,12 €	0,0000	- €	1.977,58 €	32.408,66 €	6	53	22,2
805	Transplante simultâneo de rim e de pâncreas	C	24,6713	59.118,60 €	0,0000	- €	1.584,38 €	43.274,82 €	10	100	34,0
829	Transplante de pâncreas	C	24,0354	57.594,83 €	0,0000	- €	2.205,06 €	42.159,41 €	7	72	34,0
<b>GCD 7</b>	<b>Doenças e Perturbações do Sistema Hepatobiliar e Pâncreas</b>										
191	Procedimentos no pâncreas, no fígado e/ou de derivação portal, com CC	C	3,8865	9.313,03 €	0,0000	- €	831,96 €	6.817,13 €	3	68	15,0

## A gestão das incertezas nas certezas da gestão

192	Procedimentos no pâncreas, no fígado e/ou de derivação portal, sem CC	C	1,9255	4.613,98 €	1,4096	3.377,66 €	618,16 €	-	1	39	10,7
193	Procedimentos nas vias biliares, excepto só colecistectomia, com ou sem exploração do colédoco, com CC	C	3,0446	7.295,62 €	0,0000	- €	391,05 €	5.340,40 €	5	71	18,7
194	Procedimentos nas vias biliares, excepto só colecistectomia, com ou sem exploração do colédoco, sem CC	C	1,5880	3.805,25 €	1,1624	2.785,44 €	509,90 €	-	1	66	14,5
195	Colecistectomia, com exploração do colédoco, com CC	C	2,1870	5.240,60 €	1,6010	3.836,38 €	702,11 €	-	1	48	21,9
196	Colecistectomia, com exploração do colédoco, sem CC	C	1,7259	4.135,69 €	1,2634	3.027,53 €	554,08 €	-	1	37	14,8
197	Colecistectomia, sem exploração do colédoco, com CC	C	1,8295	4.383,94 €	1,3393	3.209,26 €	587,34 €	-	1	44	10,6
198	Colecistectomia, sem exploração do colédoco, sem CC	C	1,1426	2.737,96 €	1,1426	2.737,96 €	-	-	1	19	5,5
199	Procedimentos diagnósticos hepatobiliares por doença maligna	C	2,0331	4.871,82 €	1,4883	3.566,41 €	652,70 €	-	1	66	14,2
200	Procedimentos diagnósticos hepatobiliares por doença não maligna	C	2,0151	4.828,68 €	1,4752	3.534,84 €	646,92 €	-	1	67	12,2
201	Outros procedimentos hepatobiliares ou pancreáticos, em B.O.	C	2,6079	6.249,18 €	1,9091	4.574,71 €	837,23 €	-	1	71	16,7
202	Cirrose e/ou hepatite alcoólica	M	1,2736	3.051,86 €	0,0000	- €	1.017,29 €	-	2	41	8,5
203	Doença maligna hepatobiliar ou pancreática	M	1,5427	3.696,69 €	0,0000	- €	1.848,35 €	-	1	52	9,7
204	Perturbações do pâncreas, excepto por doença maligna	M	0,8861	2.123,32 €	0,2528	605,77 €	758,77 €	-	1	29	7,6
205	Perturbações hepatobiliares, excepto por doença maligna, cirrose e/ou hepatite alcoólica, com CC	M	1,4658	3.512,42 €	0,0000	- €	1.170,81 €	-	2	46	9,3
206	Perturbações hepatobiliares, excepto por doença maligna, cirrose e hepatite alcoólica, sem CC	M	0,9732	2.332,03 €	0,0000	- €	1.166,02 €	-	1	33	4,3
207	Perturbações das vias biliares, com CC	M	0,9886	2.368,93 €	0,0000	- €	789,64 €	-	2	43	9,4

208	Perturbações das vias biliares, sem CC	M	0,5485	1.314,34 €	0,1857	444,98 €	434,68 €	-	1	26	6,0
493	Colecistectomia laparoscópica, sem exploração do colédoco, com CC	C	1,4271	3.419,69 €	1,0447	2.503,38 €	458,15 €	-	1	35	7,0
494	Colecistectomia laparoscópica, sem exploração do colédoco, sem CC	C	0,7595	1.819,95 €	0,7595	1.819,95 €	-	-	1	12	2,9
555	Procedimentos no pâncreas, fígado, e/ou outras vias biliares, excepto transplante hepático, com CC major	C	6,5190	15.621,15 €	0,0000	- €	598,07 €	11.434,68 €	7	88	27,5
556	Colecistectomia e/ou outros procedimentos hepatobiliares, com CC major	C	3,5036	8.395,50 €	2,5648	6.145,93 €	1.124,79 €	-	1	70	16,2
557	Perturbações hepatobiliares e/ou pancreáticas, com CC major	M	3,2627	7.818,24 €	0,0000	- €	1.954,56 €	-	3	60	13,1
787	Colecistectomia laparoscópica com exploração do colédoco	C	1,5669	3.754,68 €	1,1470	2.748,62 €	503,03 €	-	1	67	16,4
<b>GCD 10</b>	<b>Doenças e Perturbações Endócrinas Nutricionais e Metabólicas</b>										
285	Amputação de membro inferior por perturbações endócrinas, nutricionais e/ou metabólicas	C	2,2620	5.420,32 €	0,0000	- €	290,53 €	3.967,67 €	5	83	25,8
286	Procedimentos nas supra-renais e/ou na hipófise	C	2,2884	5.483,58 €	1,6752	4.014,25 €	734,66 €	-	1	29	8,2
287	Enxerto de pele e/ou desbridamento de feridas por perturbações endócrinas, nutricionais e/ou metabólicas	C	1,9196	4.599,84 €	1,4052	3.367,31 €	616,26 €	-	1	75	17,5
288	Procedimentos para obesidade, em B.O.	C	1,6463	3.944,96 €	1,6463	3.944,96 €	-	-	1	13	3,7
289	Procedimentos nas paratiróides	C	1,4421	3.455,63 €	1,0557	2.529,70 €	462,97 €	-	1	17	4,4
290	Procedimentos na tiróide	C	1,0488	2.513,19 €	1,0488	2.513,19 €	-	-	1	9	3,4
291	Procedimentos no tiroglossos	C	0,6023	1.443,26 €	0,6023	1.443,26 €	-	-	1	11	2,3
292	Outros procedimentos, por doenças endócrinas, nutricionais e/ou metabólicas, em B.O., com CC	C	2,3578	5.649,88 €	1,7260	4.135,99 €	756,94 €	-	1	64	14,1

## A gestão das incertezas nas certezas da gestão

293	Outros procedimentos, por doenças endócrinas, nutricionais e/ou metabólicas, em B.O., sem CC	C	1,2221	2.928,46 €	0,8946	2.143,63 €	392,41 €	-	1	64	5,4
294	Diabetes, idade > 35 anos	M	0,8395	2.011,65 €	0,0000	- €	670,55 €	-	2	31	6,4
295	Diabetes, idade < 36 anos	M	0,7339	1.758,61 €	0,0000	- €	879,30 €	-	1	18	4,7
296	Perturbações nutricionais e/ou metabólicas diversas, idade > 17 anos, com CC	M	0,9441	2.262,30 €	0,0000	- €	754,10 €	-	2	31	6,5
297	Perturbações nutricionais e/ou metabólicas diversas, idade > 17 anos, sem CC	M	0,4958	1.188,06 €	0,0000	- €	594,03 €	-	1	22	4,6
298	Perturbações nutricionais e/ou metabólicas diversas, idade < 18 anos	M	0,4691	1.124,08 €	0,0000	- €	562,04 €	-	1	11	2,3
299	Erros inatos do metabolismo	M	0,7274	1.743,03 €	0,0000	- €	871,52 €	-	1	20	3,5
300	Perturbações endócrinas, com CC	M	1,0572	2.533,32 €	0,0000	- €	844,44 €	-	2	40	8,1
301	Perturbações endócrinas, sem CC	M	0,6534	1.565,71 €	0,0000	- €	782,85 €	-	1	16	3,5
565	Procedimentos endócrinos, nutricionais e/ou metabólicos, excepto amputação de membro inferior, com CC major	C	4,6902	11.238,89 €	3,4335	8.227,43 €	1.505,73 €	-	1	69	16,0
566	Perturbações endócrinas, nutricionais e/ou metabólicas, excepto perturbações alimentares ou fibrose cística, com CC major	M	2,2362	5.358,49 €	0,0000	- €	1.339,62 €	-	3	50	10,4
753	Reabilitação por perturbações nutricionais compulsivas	M	3,0560	7.322,94 €	0,0000	- €	1.220,49 €	-	5	82	17,9

Fonte: Portaria n.º 839-A/2009

**ANEXO D – GRELHA INFORMATIVA RELATIVA AOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS**

<b>Serviço</b>	<b>Data</b>	<b>Local entrevista</b>	<b>duração da entrevista (minutos)</b>	<b>Idade</b>	<b>Categoria profissional</b>
Cirurgia	06-12-2009	Gabinete do entrevistado noutra local de trabalho	100	37	Assistente eventual
Cirurgia	25-05-2010	Casa do entrevistado	100	61	Chefe de serviço
Cirurgia	12-01-2010	Gabinete do entrevistado	111	57	Chefe de serviço
Cirurgia	08-01-2010	Outros espaços privados do serviço	112	55	Assistente graduado
Cirurgia	19-01-2010	Outros espaços privados do serviço	116	38	Assistente eventual
Cirurgia	21-01-2010	Espaços comuns do serviço	118	38	Assistente eventual
Cirurgia	18-04-2010	Espaços comuns do serviço	59	37	Assistente eventual
Cirurgia	01-03-2010	Espaços comuns do serviço	64	56	Chefe de serviço
Cirurgia	22-12-2009	Outros espaços privados do serviço	64	33	Interno
Cirurgia	29-01-2010	Espaços comuns do serviço	66	43	Assistente
Cirurgia	04-02-2010	Outros espaços privados do serviço	68	50	Assistente graduado
Cirurgia	21-07-2010	Outros espaços privados do serviço	69	40	Assistente
Cirurgia	29-01-2010	Outros espaços privados do serviço	87	47	Assistente graduado
Cirurgia	27-01-2010	Outros espaços privados do serviço	92	45	Assistente graduado
Cirurgia	08-01-2010	Outros espaços privados do serviço	97	51	Assistente graduado
Conselho de Administração	10-02-2010	Gabinete do entrevistado	104	41	Comissão de serviço
Conselho de Administração	12-03-2010	Gabinete do entrevistado	89	38	Comissão de serviço
Conselho de Administração	22-02-2010	Gabinete do entrevistado	92	57	Comissão de serviço
Medicina interna	11-12-2009	Gabinete do entrevistado	120	50	Assistente graduado
Medicina interna	09-12-2009	Espaços comuns do serviço	130	58	Assistente graduado
Medicina interna	03-03-2010	Espaços comuns do serviço	54	54	Assistente graduado
Medicina interna	02-02-2010	Gabinete do entrevistado	59	36	Assistente
Medicina interna	31-03-2010	Espaços comuns do serviço	64	50	Assistente graduado
Medicina interna	16-04-2010	Espaços comuns do serviço	64	49	Assistente graduado
Medicina interna	01-06-2010	Gabinete do entrevistado	67	60	Chefe de serviço
Medicina interna	11-01-2010	Gabinete do entrevistado	84	56	Assistente graduado

**ANEXO E – DIMENSÕES ANALÍTICAS DAS ENTREVISTAS E DOS DIÁRIOS DE CAMPO**

DIMENSÕES GERAIS	Acontecimentos passados marcantes			
	Evolução da medicina			
	Evolução dos serviços	Serviço B		
		Serviço A		
	Evolução Hospital			
Função do hospital				
GESTORES	Reforma hospitalar	Alterações SPA/EPE	Recursos humanos	
			Orgânicas	
			Relação com profissionais	
			Sistema de saúde	
			Financiamento	
	Gestão do hospital	Obstáculos projecto de gestão	Relação com tutela	
			Orçamento	
			Grupos externos ao hospital	
			Concorrência	
			Lugar do hospital	
			Heranças	
			Autoridade médica	
			Tutela	
			Projecto de gestão do hospital	
			Novas práticas profissionais	
	Resultados da gestão do hospital			
	Relação com médicos	Serviço B		
		Serviço A		
	Comportamentos	Consciência de si	Orientação da acção	Valores
				Tradição
				Afectos
				Fins
	Auto-construção do <i>self</i> profissional	Lugar da medicina	Imagem projectada	Lugar da gestão
				Percepção de si na profissão
				Objectivos
				Interesses extra-profissionais
				Escolha da profissão
Trajectórias profissionais	Percurso profissionais	Entrada no hospital		
Produção discursiva	Dificuldade na racionalização discursiva		Percepção de si	
			Percepção de si em interacção	
			Percepção do hospital/serviços/gestão	
			Percepção contexto político/empresarialização	
Relação com o investigador			Percepção do investigador	
			Imagem do investigador	
			Alteração de comportamentos	



MÉDICOS	Obstáculos externos ao trabalho do serviço		
	Relação com investigador	Imagem do investigador	
		Percepção do investigador	
		Alteração de comportamentos	
	Produção discursiva	Dificuldade na racionalização discursiva	Percepção contexto político/empresarialização
			Percepção do hospital/serviços/gestão
			Percepção de si em interacção
			Percepção de si
	Posição no serviço	Aceitação cargo de direcção de serviço	
		Actividades académicas	
		Vínculo e categoria profissional	
		Relação com director	
		Auto-percepção da posição	
		Entrada no serviço	
		Especialização médica	
	Trajectórias profissionais	Percurso profissionais	
		Escolha da profissão	
		Escolha da especialidade	
	Auto-construção do <i>self</i> profissional	Significado cirurgia	
		Significado medicina interna	
		Objectivos	
		Interesses extra-profissionais	
		Lugar da medicina	
		Significado da autonomia profissional	
		Percepção de si na profissão	
		Imagem projectada	
	Comportamentos	Cumprimento de regras	
Orientação da acção		Fins	
		Afectos	
		Tradição	
		Valores	
Consciência de si			
Relação com gestão	Lugar da gestão		
	Experiências fora do hospital		
	Percepção da função da gestão		
	Experiência gestão no hospital		
Estado e políticas	estatuto hospitalar		
	Percepção das medidas políticas		

## **ANEXO F – GUIÕES DE ENTREVISTA**

### Guião de entrevista a médicos hospitalares

Recordo-lhe que a realização desta entrevista destina-se à recolha de dados para a realização da minha tese de doutoramento em sociologia pelo ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa. Neste sentido, a entrevista será gravada apenas como meio de trabalhar futuramente a informação recolhida. Fica formalmente assegurado que, a coberto do código deontológico em vigor para a prática da investigação científica em sociologia, os dados serão tratados apenas pelo investigador, não revelando em qualquer momento nem a ninguém elementos que possam comprometer o anonimato do interveniente nesta entrevista.

Não existem respostas boas nem más, correctas ou incorrectas. Pretendo apenas que seja o mais sincero possível.

### **Bloco 1**

- 1 - Idade
- 2 - Habilitações Académicas (especialidade médica).
- 3 – Actividades académicas e o que representam em relação à actividade médica.
- 4 - Tempo de serviço desde fim de internato
- 5 – Categoria Profissional
- 6 – Vinculo laboral actual. Foi alterado?
- 7 – Percurso profissional (serviços antes deste desde internato). Motivo de escolha desses serviços
- 8 – Área cirurgia/medicina interna que se especializou.
  - Porque não noutra?
  - Profissionalmente o que procura nessa área sub-especializada?
  - O que é aliciante?
  - O que representa?
- 9 – Tempo de funções neste serviço. Motivo por estar neste serviço.

### **Bloco 2**

- 1 – Para si, o que é ser internista/cirurgião? Profissionalmente, o que procura? O que gosta mais e menos no trabalho.
- 2 – Como é que acha que os outros médicos do serviço o vêem? E o director de serviço? (reconhecimento dos outros)
- 3 – Quando pensou em ser internista/cirurgião pela primeira vez?
- 4 – Quem ou o quê mais influenciou nessa escolha? Porque não escolheu outra especialidade?
- 5 – Na altura, como idealizava a medicina interna/cirurgia?
- 6 – Coincidiu posteriormente com a sua experiência profissional?
  - 6.1. – Caso não tenha coincidido, o que mudou? Porquê?

7 – Considera-se um bom médico? Porquê?

### **Bloco 3**

1 – Como caracteriza o funcionamento deste hospital?

1.1. E deste serviço em particular?

2 – Pensando na sua experiência profissional, considera que para os gestores os diversos serviços médicos têm a mesma importância? Sendo internista/cirurgião como se sente em relação a isso?

3 – Que medidas de gestão tem conhecimento que foram implementadas neste serviço?

3.1. Qual a sua opinião sobre elas?

3.2. Até que ponto alteraram o seu trabalho?

3.3. Têm sido cumpridas uniformemente no seu serviço?

3.4. Se não, o que é que justifica?

3.5. Que tipo de regras são geralmente do desagrado dos médicos deste serviço?

3.5.1. Como reagem os médicos? (não cumprimento)

4 – O que é para si a sua autonomia profissional?

4.1. Quais as regras que sente que afectam a sua autonomia profissional? O que faz? Porquê?

5 – Para si é diferente trabalhar num hospital SPA, EPE ou SA? (Experiência ou expectativa)

### **Bloco 4**

1 – Quais são as suas aspirações profissionais? O que é que falta fazer enquanto internista/cirurgião e não consegue?

1.1. A que se deve essa impossibilidade?

2 – Teve alguma experiência em que gestores conseguiram condicionar/afectar a concretização dos seus objectivos profissionais? (experiência ou expectativa)

3 – Para conseguir os seus objectivos, o que é que à partida sabe que não pode fazer com gestores, outros médicos, director de serviço?

3.1. Porquê adopta essa estratégia? (alguma coisa aconteceu?)

4 – Qual o lugar que os médicos deveriam ter no hospital?

5 – Qual o lugar que os gestores deveriam ter no hospital?

6 – Da sua experiência, o que mais e menos aprecia nos gestores deste hospital?

7 – Da sua experiência o que mais e menos aprecia nos médicos deste serviço?

8 – Como vê o seu director de serviço? (Da sua experiência o que mais e menos aprecia no director deste serviço?)

8.1 – Como vê o seu chefe de equipa?

9 – Existe algum tipo de regras que considere não ter que cumprir? Quais? Porquê? O que faz nessas situações?

9.1. Da sua experiência acontece o mesmo em relação aos seus colegas neste serviço?

**Bloco 5**

- 1 – Recordando o tempo em que estive a fazer observação, o que inicialmente senti quando fui apresentado à equipa? Foi, de algum modo, alterando esse sentimento em relação à minha presença?
- 2 – Em que medida a minha presença alterava o modo como os médicos se comportavam?
- 3 – O que mais e menos gostou na minha presença?

A entrevista termina aqui. Gostaria de agradecer a sua disponibilidade.

## Guião de entrevista a gestores hospitalares

Recordo-lhe que a realização desta entrevista destina-se à recolha de dados para a realização da minha tese de doutoramento em sociologia pelo ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa. Neste sentido, a entrevista será gravada apenas como meio de trabalhar futuramente a informação recolhida. Fica formalmente assegurado que, a coberto do código deontológico em vigor para a prática da investigação científica em sociologia, os dados serão tratados apenas pelo investigador, não revelando em qualquer momento nem a ninguém elementos que possam comprometer o anonimato do interveniente nesta entrevista.

Não existem respostas boas nem más, correctas ou incorrectas. Pretendo apenas que seja o mais sincero possível.

### **Bloco 1**

- 1 - Idade
- 2 - Habilitações Académicas
- 3 - Tempo de serviço (experiência profissional)
- 4 – Tempo de funções neste hospital
- 5 – Categoria Profissional
- 6 – Vinculo laboral actual. Foi alterado?
- 7 – Hospitais por onde passou antes deste e porquê?
- 8 – Motivo por estar neste hospital. Convite/nomeação?

### **Bloco 2**

- 1 – Para si, o que é ser gestor hospitalar? Profissionalmente, o que procura? Objectivos profissionais por concretizar.
- 2 – Como é que acha que os médicos o vêem? E os outros gestores?
- 3 – Quando pensou em ser gestor hospitalar pela primeira vez?
- 4 – Quem ou o quê mais influenciou nessa escolha? Porque não escolheu outra profissão?
- 5 – Na altura, como idealizava esta profissão?
- 6 – Coincidiu posteriormente com a sua experiência profissional?
  - 6.1. – Caso não tenha coincidido, o que mudou? Porquê?
- 7 – Considera-se um bom gestor? Porquê?

### **Bloco 3**

- 1 – Pensando na sua experiência, o que é que a gestão hospitalar de hoje difere do passado?

- 2 – Quais são os principais factores que lhe parecem estar associados a estas mudanças?
- 3 – Da sua experiência, a gestão de um hospital depende dos gestores ou existem lógicas de funcionamento muito restritas (tutela)?
- 4 – Existem limites à prossecução de uma política de equilíbrio financeiro dos hospitais? (espaço à preocupação com os doentes)
- 5 – Como caracteriza a gestão deste hospital? Quais as medidas de gestão introduzidas?
  - 5.1. E a gestão em particular dos serviços de medicina interna e cirurgia?
- 6 – As medidas de gestão costumam ser implementadas uniformemente entre os serviços médicos (caso específico medicina interna e cirurgia)?
  - 6.1. Se não, o que justifica essa diferença?
  - 6.2. Até que ponto são prejudiciais?
- 7 – Quais eram as suas principais urgências no projecto de empresarialização deste hospital?
  - 7.1. Sente que a pressão dos médicos fez mudar alguma coisa nesse seu projecto?
- 8 – Da sua experiência noutros hospitais, tem seguido sempre as mesmas orientações no seu projecto de gestão? (gestão muda com os gestores e/ou com os hospitais)
- 9 – Para si é diferente trabalhar num hospital SPA, EPE ou SA? (Experiência ou expectativa)

#### **Bloco 4**

- 1 – Quais são as suas aspirações profissionais? O que é que falta fazer enquanto gestor e não consegue? (projecto profissional)
  - 1.1. A que se deve essa impossibilidade?
  - 1.2. O que mais e menos aprecia na relação com médicos?
  - 1.3. e com os outros gestores?
- 2 – Teve alguma experiência em que médicos conseguiram condicionar/afectar a concretização dos seus objectivos de gestão? (experiência ou expectativa)
- 3 – Para conseguir os seus objectivos, o que é que à partida sabe que não pode fazer com médicos e directores de serviço?
  - 3.1. Porque adopta essa estratégia? (alguma coisa aconteceu?)
- 4 – Qual o lugar que os médicos deveriam ter no hospital?
- 5 – Qual o lugar que os gestores deveriam ter no hospital?
- 6 – Quais as regras que os médicos não podem deixar de cumprir?
- 7 – Para si, o que é controlar o trabalho médico? Que importância representa para o modo como concebe o seu projecto de gestão?
- 8 – Existe algum tipo de regras que considere serem menos cumpridas por parte dos médicos (medicina interna e cirurgia)? Quais? Porquê? O que faz nessas situações?
- 9 – Quais os serviços mais importantes do ponto de vista da gestão e porquê?

**Bloco 5**

- 1 – Recordando o tempo em que estive a fazer observação, o que inicialmente senti quando iniciei a observação? Foi, de algum modo, alterando esse sentimento em relação à minha presença?
- 2 – Em que medida a minha presença alterava o modo como as reuniões do CA decorriam?
- 3 – O que mais e menos gostou na minha presença?

A entrevista termina aqui. Gostaria de agradecer a sua disponibilidade.

## Guião de entrevista a directores de serviço

Recordo-lhe que a realização desta entrevista destina-se à recolha de dados para a realização da minha tese de doutoramento em sociologia pelo ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa. Neste sentido, a entrevista será gravada apenas como meio de trabalhar futuramente a informação recolhida. Fica formalmente assegurado que, a coberto do código deontológico em vigor para a prática da investigação científica em sociologia, os dados serão tratados apenas pelo investigador, não revelando em qualquer momento nem a ninguém elementos que possam comprometer o anonimato do interveniente nesta entrevista.

Não existem respostas boas nem más, correctas ou incorrectas. Pretendo apenas que seja o mais sincero possível.

### Bloco 1

1 - Idade

2 - Habilitações Académicas (especialidade médica).

3 – Actividades académicas. O que representam em relação à actividade assistencial.

4 - Tempo de serviço desde fim de internato

5 - Tempo de funções como director de serviço

6 – Categoria Profissional

7 – Vinculo laboral actual. Foi alterado?

8 – Área cirurgia/medicina interna que se especializou.

Porque não noutra?

Profissionalmente o que procura nessa área sub-especializada?

O que é aliciante?

O que representa?

9 – Trajectória profissional e funções ocupadas

10 – Tempo de funções neste serviço

11 – Objectivos e motivos com aceitação do cargo de director de serviço. Como avalia a experiência?

11.1. Correspondeu às expectativas?

### Bloco 2

1 – Para si, o que é ser internista/cirurgião? Profissionalmente, o que procura? O que mais e menos gosta no seu trabalho?

2 – Como é que acha que os médicos o vêem? E os gestores? (reconhecimento dos outros)

3 – Quando pensou em ser internista/cirurgião pela primeira vez?

4 – Quem ou o quê mais influenciou nessa escolha? Porque não escolheu outra especialidade?

5 – Na altura, como idealizava a medicina interna/cirurgia?



6 – Coincidiu posteriormente com a sua experiência profissional?

6.1. – Caso não tenha coincidido, o que mudou? Porquê?

7 – Considera-se um bom director de serviço? Porquê?

### **Bloco 3**

1 – Como caracteriza o funcionamento deste hospital?

1.1. E deste serviço em particular?

2 – Pensando na sua experiência profissional, considera que para os gestores os diversos serviços médicos têm a mesma importância? Sendo director de serviço como se sente em relação a isso?

3 – Que medidas de foram implementadas neste serviço?

3.1. Foi envolvido na sua definição e implementação?

3.2. Qual a sua opinião sobre elas?

3.3. Têm sido cumpridas uniformemente no seu serviço?

3.4. Que tipo de regras são geralmente do desagrado dos médicos deste serviço? E do seu?

3.4.1. Como reagem os médicos? (não cumprimento)

3.5. Por que é que as regras são/não são cumpridas?

4 – O que é para si a sua autonomia profissional?

4.1. Quais as regras que sente que afectam a sua autonomia profissional? O que faz? Porquê?

5 – Quem é o que o pode controlar?

6 – Para si é diferente trabalhar num hospital SPA, EPE ou SA? (Experiência ou expectativa)

### **Bloco 4**

1 – Quais são as suas aspirações profissionais? O que é que falta fazer enquanto director de serviço e não consegue? (projecto profissional para o serviço. As mudanças que introduziu e porquê)

1.1. A que se deve essa impossibilidade?

1.2. O que mais e menos aprecia na relação com gestores e com os seus médicos?

2 – O que idealiza para este serviço?

2.1. Teve alguma experiência em que gestores conseguiram condicionar/afectar a concretização dessa idealização?

2.2. Para conseguir os seus objectivos, o que é que à partida sabe que não pode fazer com médicos e gestores?

2.2.1. Porque adopta essa estratégia? (alguma coisa aconteceu?)

3 – Qual o lugar que os médicos deveriam ter no hospital?

4 – Qual o lugar que os gestores deveriam ter no hospital?

5 – Qual o lugar que os directores de serviço deveriam ter no hospital?

6 – Existe algum tipo de regras que considere não ter que cumprir? Quais? Porquê? O que faz nessas situações?

7– Na sua experiência, quais são as situações que geram maior conflitualidade com os gestores hospitalares?

7.1. E com a direcção clínica?

### **Bloco 5**

1 – Recordando o tempo em que estive a fazer observação, o que inicialmente sentiu iniciei esse processo? Foi, de algum modo, alterando esse sentimento em relação à minha presença?

2 – Em que medida sentiu que a minha presença alterava o modo como os médicos se comportavam?

3 – O que mais e menos gostou na minha presença?

A entrevista termina aqui. Gostaria de agradecer a sua disponibilidade.

## Guião de entrevista a internos

Recordo-lhe que a realização desta entrevista destina-se à recolha de dados para a realização da minha tese de doutoramento em sociologia pelo ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa. Neste sentido, a entrevista será gravada apenas como meio de trabalhar futuramente a informação recolhida. Fica formalmente assegurado que, a coberto do código deontológico em vigor para a prática da investigação científica em sociologia, os dados serão tratados apenas pelo investigador, não revelando em qualquer momento nem a ninguém elementos que possam comprometer o anonimato do interveniente nesta entrevista.

Não existem respostas boas nem más, correctas ou incorrectas. Pretendo apenas que seja o mais sincero possível.

**Bloco 1**

- 1- Idade
- 2- Tempo de serviço (há quanto tempo é interno)

**Bloco 2**

- 1- Porque motivo escolheu medicina?
  - 1.1. Quem mais o influenciou nessa escolha?
- 2- Porque motivo escolheu esta especialidade médica?
  - 2.1. Quem mais o influenciou nessa escolha?
- 3- Quais eram as suas expectativas em relação à actividade médica?
- 4- Para si o que significa ser médico?
  - 4.1. Consegue sentir esse significado no seu dia-a-dia?
    - 4.1.1. Porquê?
- 5- A sua experiência tem correspondido a essa expectativa?
  - 4.1. Se sim em quê?
  - 4.2. Se não em quê?
- 6- Quem é a pessoa que mais o influencia no seu quotidiano? (tutor/director de serviço?)
- 7- Em que medida a sua experiência profissional tem moldado a forma como é?
- 8- Sente que a medicina o mudou enquanto indivíduo ou acha que a forma como exerce a medicina depende daquilo que é enquanto indivíduo?
  - 8.1. Onde sente essas diferenças? (médico enquanto pessoa ou pessoa enquanto médico)
- 9- Houve alguma situação em que tivesse que fazer algo contra a sua vontade?
  - 9.1. O que foi?
  - 9.2. Quem o solicitou?
  - 9.3. Porque era contra a sua vontade?
  - 9.4. Porque cumpriu/não cumpriu o que lhe foi dito?
- 10- Até que ponto considera que as regras definidas pelos médicos da sua equipa/direcção do serviço têm que ser sempre cumpridas?
  - 10.1. O que o/a levaria a não cumprir uma regra definida hierarquicamente?

A entrevista termina aqui. Gostaria de agradecer a sua disponibilidade.



**CURRICULUM VITAE****1. PERSONAL INFORMATION**

Complete Name	Tiago João Correia Fonseca da Conceição
Quoting Name	Correia, Tiago
Institutional Address	CIES/ISCTE-IUL Edifício ISCTE, Av. das Forças Armadas, 1649-026 Lisbon
Institutional telephone	+351 217 903 077 or +351 217 941 404
Institutional fax	+351 217 940 074
Personal telephone	+351 916 885 912
E-mail	tiago.correia@iscte.pt (institutional) tiago.correiaconceicao@gmail.com (personal)
Nationality	Portuguese
Birth place and day	Lisbon, 03-09-1984

**2. EDUCATION**

Date	From 2007 – present
Degree	Ph.D. in Sociology
Institution	Lisbon University Institute (ISCTE-IUL)
Detailed information	The implications of New Public Management to the professional relation between managers and doctors in the Portuguese hospital sector

Date	From 2007 to 2008
Degree	Course in Advanced Studies in Sociology (Ph.D. curricular part)
Institution	Lisbon University Institute (ISCTE-IUL)
Final mark	17/20

Date	From 2002 to 2007
Degree	Bs.c in Sociology and Planning (5 years structure)
Institution	Lisbon University Institute (ISCTE-IUL)
Final mark	Good with distinction (16/20)

**3.1. ACADEMIC ACTIVITIES**

Date	From 2008 – present
Company/Department/University	Egas Moniz Health Sciences Superior School, Portugal
Position	Teaching assistant
Detailed Information	Lecturer of Sociology of Health and Sociology of Organizations and Professions in the following undergraduate courses: Radiology (1 <sup>st</sup> and 3 <sup>rd</sup> year), Cardiopneumology (1 <sup>st</sup> and 3 <sup>rd</sup> year), Physiotherapy (2 <sup>nd</sup> year) and Pathological Anatomy, Cytological and Tanatologic (3 <sup>rd</sup> year).

### 3.2. RESEARCH ACTIVITIES

Date	From 2011 to 2013
Company/Department/University	Convention between FCT (Portugal) / CAPES (Brazil), involving the Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) and the Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP)
Position	Researcher
Detailed Information	Research Project “Health and Illness politics and rationalities”
Date	From 2010 to 2011
Company/Department/University	Calouste Gulbenkian Foundation and CIES-IUL
Position	Researcher
Detailed Information	Research project “SER: Health in Net”
Date	From 2010 to 2012
Company/Department/University	CIES -IUL
Position	Researcher
Detailed Information	Research Project “The teachers of public sector and the professor’s associativism in Portugal: identities and reconstruction of discourses”
Date	From 2007 to 2008
Company/Department/University	CIES -IUL
Position	Research Assistant
Detailed Information	Research Project “Employment Relations and Organizational Changes within the Portuguese Public Administration Reforms: the role of unions and workers”.
Date	2007
Company/Department/University	DINAMIA-IUL
Position	Research Assistant
Detailed Information	Research Project “Albufeira’s Council Plan for Education, Professional Formation and Employment”
Date	From 2005 to 2008
Company/Department/University	National Union of Airline Cabin Crew and CIES-IUL
Position	External Research
Detailed Information	Study on work conditions, work-family relation and labour relations

### 3.3. OTHER PROFESSIONAL ACTIVITIES

Date	2008
Company/Department/University	Freelancer
Position	External Consultant
Detailed Information	Member of the team in charge for several market studies (related with consumption) for several enterprises

Date	2007
Company/Department/University	City Council of Torres Vedras, Portugal
Position	Member of the team in charge for the participative methodologies sessions of the City's Health Plan
Detailed Information	Coordination of the brainstorming sessions involving the city's public and private stakeholders
Date	From 2004 to 2006
Company/Department/University	Students Association of Sociology and Planning, ISCTE-IUL
Position	Explainer
Detailed Information	Explainer of statistics

#### 4.1. PEER-REVIEWED PUBLICATIONS

- Correia, Tiago (forthcoming), "An open-system approach of medical professionalism: a controversy within the sociology of professions", in *Interface - Communication, Health, Education*.
- Correia, Tiago (forthcoming), "A systemic approach of medical professionalism in a changing system", as a chapter of the proceeding book from the 3rd International Colloquium: Professional Groups, professionalism and Knowledge Society, Aveiro, University of Aveiro (in Portuguese)
- Correia, Tiago (forthcoming), "Notes for a critical reflection on the international publication in sociology of health", *Sociologia ONLINE*, special issue on Sociology of Health (in Portuguese).
- Correia, Tiago (2011), "New Public Management in the Portuguese health sector: a comprehensive reading", *Sociologia ONLINE*, 2.
- Antunes, Ricardo; Correia, Tiago (2009), "Sociology of Health in Portugal: contexts, themes and protagonists", *Sociologia Problemas e Práticas*, 61, pp. 101 – 128 (in portuguese).
- Stoleroff, Alan; Correia, Tiago (2009), "The place of health, safety and work conditions in the demand priorities of workers: The case of airline cabin crews", Morin, E., Ramalho, N., Neves, J. and Savoie, A. (2009). *New research trends in effectiveness, health, and work: A Criteos scientific and professional account*. Montreal: Criteos/HEC-Montreal, pp. 17 – 34.
- Correia, Tiago (2009), "The Reconceptualisation of the Healthcare Modes Production within the Context of the Portuguese Hospital Reform", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85, pp. 83-103 (in portuguese).
- Stoleroff, Alan; Correia, Tiago (2008). "The corporatization of the portuguese public hospital sector: the doctor's labour market de-regulation and the syndical challenges for its re-regulation", *CIES e-Working Papers*, n.º 47/2008, Lisbon, CIES-ISCTE (in portuguese).
- Correia, Tiago (2007), "The place of the self-help groups in the configuration of the Welfare State", *Sociologia, Problemas e Práticas*, 55, pp. 117-141 (in portuguese).

#### **4.2. FULL PAPERS IN SCIENTIFIC ENCOUNTERS**

- Correia, Tiago (2010) "Managing the uncertainties of managerial certainty: towards a systemic approach to individual action in the study of medical professionalism", Post-graduate Research Student Training School of COST ACTION IS0903: ENHANCING THE ROLE OF MEDICINE IN MANAGEMENT, IFROSS: Lyon, (23-24 November)
- Correia, Tiago (2010), "Rethinking professions: a conceptual framework of analysis by reflexive agency", 6<sup>th</sup> Interim Meeting of the European Sociological Association Research Network 19 'Sociology of Professions', EHESS: Paris (22 – 24 April) (the conference was cancelled due to the volcanic ash over Europe)
- Correia, Tiago (2009), "The new meanings of the public healthcare provision in Portugal", 10th Portuguese-African-Brazilian Congress of Social Sciences, University of Minho: Braga (4 – 7 February) (in portuguese)
- Correia, Tiago (2009), "The structure/Action's reflection and application to the sociology of professions: theoretical arguments", CIES research Workshop, ISCTE - IUL, Lisbon (30 September) (in portuguese)
- Correia, Tiago (2009), "Different ways of Being: a theoretical discussion of professions through the reflexive agency ", 4th Congress of the Portuguese Association of Anthropology, Lisbon: ICS-UL/ISCTE-IUL (9-11 September) (in portuguese)
- Stoleroff, Alan; Correia, Tiago (2009), "The Specific Professional Conflicts of Teachers and Doctors within the Portuguese Reform of the Public Administration and Civil Service", 9th European Sociological Association Conference , ISCTE - IUL, Lisbon (2-5 September)
- Correia, Tiago (2008), "(Dis)pleasure and contracts: the impacts of employment on the individual perceptions – a statistical exploration", 6th Congress of the Portuguese Association of Sociology, FCSH: Lisbon (25 – 29 June) (in portuguese)
- Stoleroff, Alan; Correia, Tiago (2008), "Unionisms within the portuguese reform context of the public services: the hospital sector, 6th Congress of the Portuguese Association of Sociology, FCSH: Lisbon (25 – 29 June) (in portuguese)
- Stoleroff, Alan; Correia, Tiago (2007), "Impacts of professional life in the health state perception: the case of airline cabin aircrews", 12th National Encounter of SIOT, Gulbenkian Foundation: Lisbon (in portuguese)

#### **4.3. FINAL REPORTS AND OTHER SCIENTIFIC PUBLICATIONS**

- Stoleroff, Alan; Correia, Tiago; Pereira, Irina (2008), Employment Relations and Organizational Changes within the Portuguese Public Administration Reforms: the role of unions and workers, Final Report, Lisbon: CIES-ISCTE-IUL (in portuguese)
- Correia, Tiago, et al (2008), "Health problems and work conditions", in Stoleroff, Alan (coord.), An inquire to the airline cabin crew about work conditions, personal and familiar life and labour relations, Final Report, Lisbon: CIES-ISCTE/SNPVAC (in portuguese)



- Suleman, Fátima (coord.); Ana Saint-Maurice; Ricardo Mamede; Tiago Correia; Sofia Santos; Alexandra Figueiredo (2008), Final report of the Albufeira's Council Plan for Education, Professional Formation and Employment, Lisbon: DINÂMIA-ISCTE-IUL (in portuguese)
- Correia, Tiago (2007), Strengths and constraints in the definition of the labour relations in Portugal, Degree dissertation, Lisbon: ISCTE-IUL (in portuguese)

#### 4.4. PAPERS FOR SCIENTIFIC DISSEMINATION

- Correia, Tiago (2011), "The portuguese NHS under the rules and processes of private sector", *Le Monde Diplomatique*, 51 – January (Portuguese edition)
- Correia, Tiago (2008), "What public hospital care in Portugal?", *Revista Autor*, VIII (8) (available at [http://revistaautor.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=232&Itemid=1](http://revistaautor.com/index.php?option=com_content&task=view&id=232&Itemid=1)) (in Portuguese)
- Correia, Tiago (2008), "(Un)certainties in public hospitals", in *Journal Meia Hora*, ed. 18/2/2008 (in portuguese)
- Stoleroff, Alan; Correia, Tiago (2006), "Um inquérito sindical sobre condições de trabalho dos tripulantes da aviação civil em Portugal", *Journal of the Portuguese Union of airline cabin crew*. (in portuguese)

#### 5. R&D NETWORKS

2009-2013: COST Action IS0903 Enhancing the role of medicine in the management of European health systems - implications for control, innovation and user voice

#### 6. AWARDS AND ACADEMIC PRIZES

Date	2011
Responsible Entity	European Sociological Association
Detailed Information	Grant for the participation in the ESA's PhD workshop, Geneva (will be held in September 2011)
Date	2010
Responsible Entity	European Science Foundation
Detailed Information	Grant for the participation in the 1 <sup>st</sup> Post-graduate Research Student Training School of COST ACTION IS0903: ENHANCING THE ROLE OF MEDICINE IN MANAGEMENT, Lyon
Date	From 2008 – present
Responsible Entity	Foundation for Science and Technology
Detailed Information	Ph.D. grant

Date 2007  
Responsible Entity Presidency of ISCTE – IUL  
Detailed Information Academic merit prize for the ISCTE’s department of sociology best student of the year

Date 2007  
Responsible Entity Portuguese Ministry of Science, Technology and Higher Education  
Detailed Information Grant for academic merit as the best student of the ISCTE’s degree in sociology and planning

Date 2006  
Responsible Entity Presidency of ISCTE – IUL  
Detailed Information Academic merit prize for the ISCTE’s department of sociology best student of the year

Date 2006  
Responsible Entity Portuguese Ministry of Science, Technology and Higher Education  
Detailed Information Grant for academic merit as the best student of the ISCTE’s degree in sociology and planning

## **7. ADDITIONAL INFORMATION**

Languages spoken and written (Portuguese and English). Languages read (French and Spanish)  
Former Rugby Player