

QUANDO A IMAGEM É PROFISSÃO Profissões da imagiologia em contexto hospitalar

João Areosa e Graça Carapinheiro

Contextualização da pesquisa

Este artigo apresenta os resultados de uma investigação sociológica que decorreu entre 2002 e 2003, no âmbito das profissões em contexto hospitalar, com base numa pesquisa de terreno efectuada num serviço de imagiologia de um hospital geral, não universitário, tendo como objecto principal as relações sociais de trabalho que lá se desenvolvem. Iniciamos com um breve referencial teórico, passando de seguida à apresentação dos resultados empíricos obtidos na pesquisa. Apesar de o tema escolhido ser pouco explorado pela investigação sociológica realizada na sociedade portuguesa, julgamos que os referenciais analíticos que advêm deste campo do saber podem constituir um contributo acrescido para o conhecimento já efectuado sobre a realidade das profissões hospitalares (Carapinheiro, 1993; Lopes, 2006).

A metodologia utilizada na investigação, após realizadas algumas entrevistas exploratórias a diversos agentes sociais da organização, foi a pesquisa no terreno, com observação directa e participante. Na parte final da pesquisa recorremos a entrevistas de tipo semidirectivo, com guiões distintos para cada grupo profissional, nomeadamente médicos, técnicos de radiologia e administradores hospitalares. Sendo este trabalho um estudo de caso, não pretende obter um conhecimento amplo e generalizado sobre as profissões no campo da imagiologia a nível nacional. Esta investigação limita-se apenas a recolher e apresentar dados referentes a uma situação particular.

A investigação sociológica das profissões em contexto hospitalar depara-se com inúmeras dificuldades e obstáculos, nomeadamente a diversidade profissional que se desdobra em múltiplas actividades quotidianas, algumas de rotina, outras de carácter excepcional. Estas actividades recorrem normalmente à utilização de diferentes técnicas e tecnologias, de maior ou menor grau de sofisticação (dependendo daquilo que se pretende aferir clinicamente), correspondendo a um aumento exponencial das dificuldades de observação. A densa e complexa teia de relações socioprofissionais, onde se interligam as regras formais e informais do hospital, é, neste campo, outra das barreiras à pesquisa no terreno, para além da resistência dos próprios agentes sociais da organização à presença de elementos estranhos ao serviço, como é o caso dos investigadores.

O papel do cientista social no terreno acaba por se constituir como mais um factor de interferência dentro da organização, nunca conseguindo o investigador alcançar a neutralidade absoluta na sua análise. No fundo, este agente “infiltrado” depende sempre, em larga medida, dos contextos sociais que observa e da forma como consegue a sua própria integração dentro da organização, estando também refém das perspectivas ideológicas de índole pessoal e dos seus próprios capitais

sociais, culturais e simbólicos, ou seja, os investigadores tendem a analisar a realidade social observada à luz dos seus parâmetros e valores individuais. Porém, os factores de enviesamento à pesquisa hospitalar vão muito para além do próprio investigador e da diversidade profissional. Estes obstáculos são ainda largamente ampliados através das especificidades internas que caracterizam a instituição hospitalar, incluindo as representações sociais sobre o papel da medicina e dos seus profissionais.

Sociologia das profissões: breve resenha teórica

A sociologia das profissões surge no quadro das teorias sociológicas funcionalistas, particularmente nos Estados Unidos, durante a segunda metade do século XX, embora aquilo que veio a ser o seu objecto de estudo já fosse ventilado e discutido nas décadas anteriores, inclusive pelos próprios fundadores da sociologia. Na Europa esta temática foi praticamente ignorada até ao início dos anos 80 do século passado, sendo a partir de então “redescoberta” por novos autores e novas formas de abordagem, com conceitos e modelos analíticos inovadores (Rodrigues, 1997). A sociologia das profissões tem como pano de fundo a divisão social do trabalho, nomeadamente qual a origem das profissões e quais os critérios que as distinguem de outras ocupações. Segundo a corrente dominante da sociologia das profissões, é necessário ter em conta que as profissões apresentam, normalmente, um elevado reconhecimento social e simbólico, sendo mesmo consideradas uma forma de “organização social superior” (Durkheim, 1977).

A sociologia das profissões apresenta um vastíssimo leque de opções teóricas para a compreensão e análise das realidades profissionais. Contudo, no nosso estudo acabamos por seguir em diversos momentos da pesquisa, tendencialmente, as principais perspectivas de alguns autores, afastando outros, embora não deixemos de considerar importantes outras abordagens não referenciadas.

Segundo as linhas gerais da obra de Freidson (1986), as profissões não se podem caracterizar como grupos homogéneos de indivíduos, nem se podem constituir como uma verdadeira classe, visto nem sempre partilharem interesses comuns. Pelo contrário, os membros das diversas profissões apresentam características e especificidades múltiplas, histórica e geograficamente variáveis, ocupando posições hierárquicas diversificadas nas organizações onde exercem as suas actividades, podendo obter níveis diferenciados de prestígio, de poder, de competência e de autoridade. Assim, as profissões são formadas por grupos heterogéneos de indivíduos, onde o exercício dos seus poderes, saberes e autonomia é delimitado, quer a partir dos contextos singulares das organizações nas quais e para as quais exercem as suas actividades, quer em função das representações sociais sobre cada profissão.

Freidson defende que a descrição mais elementar de uma profissão é ser definida como um grupo de indivíduos que realiza um determinado conjunto de actividades, desenvolvendo métodos comuns, previamente convencionados, que são transmitidos aos novos membros, considerando que das suas tarefas resulta uma

fonte de rendimento e/ou subsistência. O exercício destas actividades não é realizado por si mesmo, isto é, sem uma finalidade pré-definida, mas sim através da troca de compensações, normalmente de carácter económico. Segundo Freidson, o principal indicador na definição da actividade, enquanto profissão, comparativamente com as outras ocupações, é a sua autonomia, isto é, os profissionais têm a capacidade e o poder para definir a forma como o trabalho deve ser realizado (Freidson, 1978: 83). As fontes privilegiadas de poder das profissões, além da autonomia, são o credencialismo (*gatekeeping*), o monopólio de conhecimento (*expertise*) e o saber especializado (*knowledge*). Este conjunto de recursos de poder, designados como “autonomia técnica”, permite ao profissional controlar de forma quase soberana as suas actividades, independentemente da existência, ou não, de uma hierarquia organizada de competências. O acesso a informações, por vezes confidenciais, alarga a sua esfera de poderes profissionais. “*Gatekeeping*, a segunda maior fonte de poder profissional, é entendida por Freidson como o controlo institucionalizado sobre os recursos desejados, assumindo a forma do credencialismo, isto é, constitui o mecanismo que permite às profissões deter posições e controlar o acesso aos domínios da interpretação, julgamento e solução de problemas que clientes/público pretendem ver resolvidos” (Rodrigues, 1997: 51).

As profissões tendem a manifestar publicamente a importância dos seus saberes e saberes-fazer, para que o seu leque de conhecimentos esotéricos seja reconhecido e legitimado como socialmente útil. Para poderem atingir este objectivo vão gerando um monopólio e uma “uniformização” dos seus desempenhos, papéis e práticas sociais, dentro da sua actividade profissional. Existem também por parte dos grupos profissionais algumas estratégias que procuram maximizar recursos e resultados, restringindo muitas vezes o acesso ao seu grupo profissional, desencadeando processos de fechamento social, o que lhes permite perpetuar as vantagens da inclusão. As estratégias de exclusão e de fechamento social apresentam como principal premissa a perpetuação do monopólio legítimo de saberes sobre determinada actividade, sabendo que aos excluídos (não profissionais) é vedado o acesso aos benefícios da profissão. Esta lógica permite que os recursos sejam distribuídos apenas por um pequeno grupo de profissionais, excluindo todos os restantes agentes sociais. As profissões nas sociedades contemporâneas, segundo as teses da dominação profissional (Freidson, 1970), são formas de poder efectivo, que vendem os seus serviços no mercado profissional. “O poder das profissões depende da sua aptidão em desenvolver uma estratégia de mercado, apoiada na posse de credenciais obtidas através da educação universitária. A profissionalização é um processo de constituição de um monopólio de saberes e competências e de um mercado de clientela para a sua aplicação, requerendo o apoio e a protecção do estado. A este processo interliga-se o exercício da dominação sobre as categorias profissionais concorrentes, que lhe estão funcionalmente articuladas” (Carapinheiro, 1993: 72).

As profissões estabelecem-se na organização social do trabalho através de formas próprias, materializando o exercício da sua actividade sob formas diferenciadas de poder e de exercício de autoridade, em que o desenvolvimento do seu trabalho é apoiado pelo estado, que lhe confere legitimidade, através da atribuição de

credenciais, licenças e *jurisdições* exclusivas (Abbott, 1988). A autoridade imputada ao *expert* permite-lhe controlar de forma eficaz toda a organização e divisão do trabalho, pressupondo que os outros estão persuadidos que somente ele é competente para o desempenho de determinada actividade. A autoridade profissional do *expert* efectiva-se através de processos sociais e políticos, cujo princípio fundamental assenta na autonomia, proporcionada, em grande medida, pelo seu saber singular. Esta forma de conhecimento especializado, específico, abstracto e adquirido em instituições formais, normalmente universidades, expressa uma das fontes privilegiadas do poder das profissões. Existe, assim, uma relação estreita entre os estabelecimentos de ensino superior e o mercado de trabalho que regula o acesso às profissões. Em resumo, as instituições de formação de nível superior atribuem credenciais, com base em conhecimentos abstractos, e possibilitam o acesso a um mercado de trabalho protegido, que exclui os indivíduos não credenciados.

Nas sociedades actuais o conhecimento formal cresce de importância. As elites profissionais assumem o domínio das novas formas de conhecimento, monopolizando-o em benefício próprio, criando condições para a emergência de uma sociedade mais profissionalizada. Esta nova “classe” de *experts* acompanha a reconfiguração das diversas relações de trabalho. Os novos modelos de produção, mais profissionalizados, assentam em princípios como a confiança, a autoridade, a selecção pelo mérito, a capacidade de decisão, a responsabilização, a especificidade de funções, etc. O poder das profissões tornou-se muito mais amplo, regulado essencialmente pelos pares, em associações profissionais e com a anuência do estado.

As actividades profissionais num serviço de imagiologia

As profissões em contexto hospitalar estão sujeitas a diversas regras e normas internas, legitimadas através do poder hierárquico destas organizações. A distinção entre os vários tipos de exames complementares de diagnóstico e terapêutica (técnicas), quem os executa, a diferenciação profissional necessária para os executar, em que moldes e condições são executados, as relações de poder (formal e informal) existentes nos serviços são alguns exemplos ilustrativos da enorme panóplia de interacções sociais no meio hospitalar, constituindo-se como factores determinantes para a interpretação e compreensão da realidade socioprofissional deste espaço, carregado de simbolismo sobre a saúde e sobre a enfermidade.¹ O hospital contemporâneo caracteriza-se, cada vez mais, como um universo fragmentado de saberes e poderes profissionais, frequentemente sobrepostos, devido à ausência de fronteiras ou delimitações objectivas das múltiplas fontes de poderes e saberes. No caso concreto do serviço de imagiologia observado, quer os médicos, quer os técnicos de radiodiagnóstico que lá exercem a sua actividade, aliam os seus saberes à

1 Preferimos normalmente recorrer à expressão imagiologia, em detrimento de radiologia, devido à existência e utilização neste serviço de técnicas não radiológicas, nomeadamente a ecografia.

utilização de tecnologia sofisticada. Este facto aumenta exponencialmente o seu poder profissional, visto que esse manuseamento de tecnologia de ponta se converte normalmente em formas acrescidas de poder.

Segundo Steudler (1974) o hospital contemporâneo apresenta dois sistemas lógicos distintos. Por um lado, existe a lógica científica e técnica do corpo profissional médico, por outro lado, existe a lógica economicista e racionalizadora da administração hospitalar. Sendo estas perspectivas diferenciadas e normalmente antagónicas, a relação profissão médica / administração hospitalar é muitas vezes pausada por orientações de alguma conflitualidade. Às restantes categorias profissionais do meio hospitalar pouco mais sobra do que algumas franjas de poder, situadas na periferia do poder médico e administrativo, embora esta tendência possa futuramente minimizar-se, devido às crescentes qualificações académicas das novas profissões da saúde. Na verdade, algumas formas de predominância do poder técnico sobre o poder administrativo estão longe de ser casos isolados. O poder administrativo só aparentemente é dominante perante o poder oferecido pelo conhecimento técnico, cada vez mais especializado e diferenciado.² O poder formal e informal dos médicos, particularmente das hierarquias de topo da profissão, torna-se cada vez mais visível quando observamos que, por exemplo, a escolha de técnicas diferenciadas foge ao controlo burocrático, visto não estarem baseadas em rotinas (logo, dificilmente controláveis), ou então na forma coerciva como influenciam a escolha de equipamentos, por vezes muito dispendiosos. Esta situação torna alguns membros da profissão médica agentes tão poderosos que chegam a rivalizar com o poder da própria administração hospitalar, sabendo que esta, teoricamente, detém o poder formal.

[...] Depois acresce que numa organização é pressuposto pedir-se parecer ao director de serviço; se assim é, qualquer investimento, em última instância, é decisão do conselho de administração e do administrador delegado a sua adjudicação. Contudo, o poder de influência para a sua aquisição [da tecnologia] e a justificação técnica, como deverá compreender, não será um administrador que vai pôr em causa um bem técnico que um director escreva que é imprescindível para a prestação de cuidados. Mesmo que aquilo seja a coisa mais cara, desde que ele justifique tecnicamente, duvido que haja alguém que tenha a veleidade de não ajustar isto. [...] Mas acaba, como lhe digo, por ser um actor extremamente importante [o director do serviço], porque ele tem o poder de influência para, primeiro, a origem do pedido, é ele que cria a necessidade; segundo, orienta as especificações técnicas daquilo que pretende comprar; e terceiro inclui-se no parecer técnico, dá o parecer técnico. Resta ao gestor a decisão da adjudicação, ou não. E aferir se perante aqueles critérios que ele disse, a razão porque é que ele quer adjudicar ao mais caro e não quer adjudicar ao mais barato. E daí o confronto entre o tradicional gestor e o poder médico, a partir do momento em que o gestor começa a questionar o poder médico acerca deste tipo de situações, [...]. " (AH2)³

2 Após termos terminado esta pesquisa ocorreram pequenas alterações na organização hierárquica hospitalar. Esta situação pode, eventualmente, ter conduzido a algumas diferenças não observadas neste estudo.

As profissões do universo hospitalar, tal como outros mundos profissionais, constituem-se também como microcosmos da vida social, impregnados com todas as principais componentes do meio social onde se encontram inseridas. Porém, não é tanto sobre as semelhanças com outros contextos profissionais que pretendemos colocar a tónica da nossa abordagem, mas sim sobre as eventuais diferenças que precisamente as distingam. As principais especificidades das categorias profissionais observadas decorrem das suas actividades singulares, social e simbolicamente valorizadas, sendo algumas destas valências detentoras de níveis de especialização muito diferenciados. As formas de divisão social do trabalho em meio hospitalar organizam-se em torno de regras formais, mas principalmente através de práticas e condutas informais, e é sobre este ponto que se centra uma significativa parte da riqueza sociológica explicativa da nossa investigação.

As diversas técnicas e tecnologias da imagiologia moderna permitem elaborar uma “cartografia” detalhada do corpo humano, onde as margens de erro são cada vez mais diminutas. A semiologia dos organismos vivos, que recorre à imagiologia médica contemporânea, serve para objectivar e visibilizar aquilo que durante vários séculos não passava de conjecturas (Cascais, 2001). Esta abordagem é realizada, nos dias de hoje, com menores efeitos nocivos para a saúde, quer dos pacientes, quer dos próprios operadores dos equipamentos, comparativamente com as técnicas radiológicas originais. Segundo a expressão de Dagognet⁴ a imagiologia médica tornou-se na espeleologia ao contrário, isto é, traz à superfície aquilo que está oculto nos “abismos” do corpo humano. O desenvolvimento das tecnologias permitiu observar e trabalhar no interior do corpo dos doentes (Serra, 2006: 89). Actualmente a radiologia de intervenção possibilita que sejam evitadas intervenções cirúrgicas mais complexas e com maior grau de risco para os pacientes (Sournia, 1995: 341). As diversas valências ou técnicas da imagiologia médica são, por mérito próprio, um campo imprescindível para alguns diagnósticos e terapêuticas das patologias da era contemporânea, estando as suas potencialidades longe de estarem esgotadas. No entanto, Pinho (2002: 53) adverte que alguns exames complementares, pelo grau de incerteza que incorporam, podem enviesar a elaboração dos diagnósticos.

Pudemos constatar, durante a nossa observação participante, que as práticas privilegiadas do serviço de imagiologia consistem maioritariamente na execução de quase todos os tipos de exames desta especialidade médica,⁵ isto é, realizam estudos imagiológicos nas estruturas ósseas e/ou estruturas moles, com recurso a inúmeras técnicas⁶ e tecnologias que carecem de níveis diversificados de saberes, competências e qualificações. Contudo, é pertinente acrescentar que o mesmo

3 No final de cada excerto de entrevista virá referido, por abreviatura codificada, a categoria profissional do entrevistado supracitado, as quais designamos da seguinte forma: AH — administrador hospitalar; MR — médico de radiologia convencional; MN — médico de neuroradiologia; TR — técnico de radiologia. O número que aparece imediatamente a seguir às siglas corresponde ao número da entrevista efectuada.

4 Cf. Bernard (1993: 33).

5 Excepto ressonância magnética.

órgão ou zona do organismo humano pode ser abordado por diversas técnicas, ou seja, quando uma determinada imagem não é suficientemente esclarecedora, pode recorrer-se a outra técnica imagiológica (normalmente de maior precisão). Nas actividades quotidianas do serviço de imagiologia é também relevante o apoio prestado à formação de novos profissionais, quer médicos, quer técnicos de radiologia. Apesar de o local onde realizámos a nossa pesquisa não ser um hospital universitário, existem algumas ligações, através de protocolos, com instituições universitárias, de modo a possibilitar aos médicos recém-licenciados a realização do seu internato, enquanto que aos técnicos de radiologia permite os primeiros contactos com os doentes e com o equipamento imagiológico. No fundo, a realização de exames, em primeiro lugar, e o acompanhamento formativo de novos membros, em segundo lugar, são os principais vectores de actividade do serviço de imagiologia observado. Este serviço enquadra-se na estrutura do hospital, nos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, prestando apoio a algumas especialidades médicas existentes no hospital.

[...] O serviço de imagiologia penso que é algo decisivo em termos de diagnóstico e, digamos até, como contributo para a terapêutica. Estão situados dentro dos serviços de acção médica na estrutura do hospital, se o quisermos situar no organograma, está a par com qualquer outro serviço. Insere-se nos serviços de acção médica que são os serviços assistenciais e por vezes insere-se nos serviços de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica. Nos serviços auxiliares de diagnóstico e terapêutica a imagiologia, de facto, é um serviço com um peso extraordinariamente importante dada a

-
- 6 As técnicas existentes no serviço de imagiologia observado são as seguintes:
- Radiologia convencional — emissão de RX com sais de prata onde ficam projectadas as estruturas que se pretende estudar (estruturas ósseas ou estruturas moles) que absorvem a radiação. Quanto menor for a radiação emitida melhor será a definição imagiológica das partes moles do organismo.
 - Mamografia — é uma das técnicas da radiologia convencional, com emissão de radiações ionizantes, exclusivamente dedicada ao estudo da estrutura mamária.
 - Ortopantomografia — utiliza as radiações ionizantes para realizar exames referentes à arcada dentária.
 - TAC (tomografia axial computadorizada) — as radiações ionizantes geradas pela ampola atravessam determinada área específica do corpo, onde são emitidos diversos feixes em simultâneo. Neste processo são efectuados arranjos matemáticos que se traduzem em escalas de cinzentos, onde é construída a imagem virtual. O grau de fiabilidade desta técnica é bastante considerável, comparativamente com os outros equipamentos de radiologia convencional, se considerarmos que estuda essencialmente as partes moles do organismo.
 - Angiografia — utiliza-se no estudo das estruturas vasculares dos organismos vivos, onde é tirada uma imagem “virgem” (por exemplo do crânio - estrutura óssea), sendo posteriormente injectado no vaso sanguíneo o líquido ou produto de contraste, opaco às radiações ionizantes. Seguidamente é colocada outra imagem sobreposta que vai anular a primeira imagem, ficando apenas visíveis no monitor as estruturas vasculares a estudar. Este estudo é também designado por angiografia de subtração digital, sendo este equipamento utilizado, quase exclusivamente, pela valência de neurorradiologia.
 - Ecografia — É a única técnica existente no serviço que não utiliza a emissão de radiações ionizantes. Funciona através da emissão e recepção de ultra-sons, construindo imagens virtuais em escalas de cinzento.

tecnologia e os recursos que envolve e a importância que cada vez é mais premente ao nível do diagnóstico do doente, com a utilização de novas tecnologias. Como é que penso... portanto, tem de estar dentro de uma direcção clínica, dentro dos serviços assistenciais, dentro dos meios de diagnóstico, em interacção com os pares ao nível médico e técnico. A passagem do doente aqui é uma passagem temporária, o doente vai lá fazer os exames, portanto, não há uma dependência directa, nem uma responsabilidade directa sobre o doente. O relacionamento com o doente é muito fraco, muito curto, por vezes a interacção, a relação médico / doente é quase inexistente, diria. Inexistente se eu olhar para a prática, porque efectivamente não deveria ser tão inexistente. Contudo, a relação dos imagiologistas é mais feita com os seus colegas. O próprio doente, no fundo, pouco se preocupa quem foi o médico que lhe fez o exame. O doente quer saber quem é o médico que o trata. Foi feito um RX, foi feito um TAC, foi feito um exame, mas quem vai explicar ao doente, afinal qual foi o resultado desse exame é o médico assistente, [...]. (AH 2)

Sabemos que os dois principais pilares da profissão médica na modernidade assentam na elaboração de diagnósticos (observação e inferência) e na respectiva prescrição e execução de actos terapêuticos. Estas duas prerrogativas são a base que estrutura a autoridade profissional dos médicos. É verdade que a actividade médica em geral é considerada dominante no quadro das profissões de saúde, no entanto, já referimos que as profissões não são grupos homogêneos de indivíduos que detenham os mesmos níveis de saberes, poderes e competências. Isto significa que os vários membros de uma mesma profissão podem não partilhar, de forma similar, os mesmos níveis de prestígio, poder, *status*, autoridade e autonomia. No caso concreto dos médicos de radiologia poderíamos, à partida, considerar a sua especialidade como um segmento dominado dentro da profissão médica dominante, visto que a sua actividade é periférica à abordagem clínica. O motivo desta classificação sociológica deve-se ao facto de este grupo de médicos apenas contribuir para a elaboração de diagnósticos (sendo o médico assistente do doente aquele que tem a última palavra sobre o diagnóstico final), faltando-lhe também a prescrição e execução de actos terapêuticos.⁷

Porém, pudemos verificar durante a nossa investigação no serviço de imagiologia que um número diminuto de médicos elaboram na íntegra alguns diagnósticos e eles próprios executam também diversos actos terapêuticos de considerável complexidade. De modo a poder distinguir estes dois segmentos ou valências dentro da mesma especialidade médica (radiologia), utilizamos as categorias de *médicos de radiologia convencional* e *médicos de neurorradiologia*, tal como a própria organização hospitalar as diferencia, visto que no quotidiano exercem actividades relativamente distintas. Aliás, considerámos que os dois segmentos analisados se encontram em estádios de afirmação profissional distintos: enquanto que os médicos de radiologia convencional já conquistaram o seu “território” e definiram de forma

7 Ressalvamos que existe a radiologia de intervenção, que elabora diagnósticos e executa terapêuticas. No entanto, estas actividades não eram praticadas no serviço em observação.

estável o seu estatuto dentro da profissão médica, os médicos de neurorradiologia procuram delimitar o seu campo de actuação, que ainda carece de algum reconhecimento pelo grupo de pares, particularmente por alguns membros da neurocirurgia.

Deste modo, as funções e tarefas primordiais do serviço de imagiologia encontram-se subdivididas em duas grandes valências da profissão médica: a radiologia convencional e a neurorradiologia. Em ambos os segmentos observamos uma certa tendência para a utilização de estratégias dissemelhantes dentro da organização.⁸ Assim, os médicos de radiologia encontram na organização hospitalar uma forma predominante de obter maiores níveis de notoriedade e prestígio que, em última instância, podem resultar num meio de elevação do seu estatuto profissional para utilização no sector privado, enquanto que os médicos de neurorradiologia utilizam, tendencialmente, a organização hospitalar para o desenvolvimento técnico e científico da sua actividade profissional. As estratégias seguidas por cada um dos segmentos levam a trajectórias profissionais distintas, tornando-se visível a diferente credibilidade e reconhecimento, profissional e organizacional, que cada segmento detém.

Relativamente às técnicas existentes no serviço de imagiologia verificou-se que os médicos de radiologia convencional controlam, essencialmente, determinados tipos de equipamentos específicos (normalmente uma ou duas técnicas por cada médico) do designado RX convencional (a mamografia, a ecografia, a TAC e a ortopantomografia), enquanto que os médicos de neurorradiologia utilizam, quase em exclusivo, a angiografia, embora, pontualmente, possam também complementar o seu trabalho recorrendo a outras técnicas imagiológicas, particularmente a TAC. A diferenciação entre estas duas valências médicas do serviço de imagiologia situa-se no tipo de abordagem que efectuam sobre o doente. Enquanto que os médicos dedicados à radiologia convencional apenas contribuem como meio complementar para o diagnóstico clínico, os médicos de neurorradiologia podem efectuar diagnósticos e executar actos terapêuticos. Este facto distingue claramente a diferenciação existente entre as duas valências do serviço de imagiologia.

A actividade dos médicos de radiologia convencional tende a afastar-se de dois dos principais pilares onde assenta o poder médico, isto é, não executam actos terapêuticos e apenas contribuem para os diagnósticos (sem os elaborar efectivamente), enquanto que os seus colegas de neurorradiologia estão na posse de ambas as prerrogativas que sustentam uma parte significativa do poder médico. Vejamos agora como é que os nossos entrevistados percebem a sua própria actividade profissional:

Bom, como médico radiologista nós somos convidados pelos colegas a fazer exames, de várias áreas e de várias técnicas, não é. As áreas são as áreas do corpo humano;

8 Embora, possamos aceitar como estratégia quase transversal à profissão médica a utilização de diversas formas de fuga ao controlo burocrático. Segundo Carapinheiro (1993: 156) a autonomia, o prestígio e o estatuto dos profissionais médicos são tanto mais elevados quanto maior for a sua fuga ao controlo burocrático e institucional.

portanto, cabeça, pescoço, tórax, abdómen, pélvis e há os colegas que têm áreas em particular, como por exemplo, membros, musculo-escléticos e coisas assim. As técnicas que nós usamos são RX, ecografia e é o TAC. A filosofia do serviço, que é orientada pelo director, é que geralmente os médicos têm de rodar pelas várias valências do serviço. As valências são as técnicas, não é, e nós podemos estudar cada órgão por várias técnicas. Há uns anos atrás como você sabe só havia o RX, hoje em dia o RX já não serve para tudo; é o primeiro exame a fazer, não é. Depois recorre-se a outros exames conforme a indicação e o esclarecimento que o colega quer ter do exame, portanto, à ecografia e ao TAC. Isto é referido no pedido do exame. Depois o colega que executa o exame, neste caso o colega radiologista, que somos nós, de livre vontade pode, eu por acaso faço isso mas é do meu feitio, quando vê que um exame não é esclarecedor, eu próprio executo outro exame. Por exemplo, neste momento aquilo que você está a ver é um exemplo “porreiro”; eu tenho aqui um exame de RX que me pediram, eu tive aqui uma dúvida, isto que está aqui não é normal, esta sombra branca, portanto, eu automaticamente disse ao doente para vir fazer um TAC. Na maior parte dos casos o que o colega diz é que sugere outra técnica, eu por mim, porque gosto de esclarecer as minhas dúvidas, se eu não consigo por aqui saber o que é isto, a dúvida é minha. Eu faço o TAC que é o exame que eu tenho aqui com maior qualidade, porque não temos ressonância, não é. Mas esta é a minha maneira de ser, normalmente os colegas dizem assim: exame a complementar com TAC. Eu como gosto de resolver as minhas dúvidas, como gosto de fazer o diagnóstico, entre aspas, faço o exame. Como vê são as condições que temos nestes dois casos aqui. (MR 4)

Apesar de neste momento a especialidade médica ser apenas uma, a radiologia ou imagiologia, pensamos que a médio prazo esta situação possa vir a alterar-se, dando origem a uma segmentação formal das duas valências. Aliás esta questão não seria inovadora, visto que já ocorreu noutros países, onde a neurorradiologia está colocada na estrutura organizacional hospitalar junto das restantes neuro-ciências. A presente unificação das duas valências deve-se a diversos factores, nomeadamente: a especialidade médica de radiologia ter uma formação comum, sendo a neurorradiologia apenas uma subespecialidade efectuada por um grupo restrito de membros; a neurorradiologia ser uma actividade relativamente recente a nível nacional; o seu campo de actuação ser substancialmente mais reduzido, em comparação com a radiologia convencional, que recorre a diversas técnicas; e, finalmente, deve-se ainda considerar que a actividade da neurorradiologia é uma abordagem paralela à neurocirurgia, logo, concorrente com esta especialidade, e quanto maior for a sua afirmação maior será a concorrência com a especialidade mais antiga. No entanto, a neurorradiologia acaba por ter um relacionamento muito mais próximo com a neurocirurgia (reunindo-se semanalmente os seus especialistas para discussão de casos clínicos), do que propriamente com os seus pares de radiologia convencional, cujo contacto é esporádico. As actividades profissionais dos médicos de neurorradiologia caracterizam-se essencialmente por intervenções do tipo:

Vascular, quer de uma maneira mais abrangente, quer reconstruindo, isto é, tapando e reconstruindo aquilo que está mal, que a doença provocou, quer muitas vezes ter de

obstruir, isto é, deconstrutiva, nós vamos ocluir determinadas estruturas vasculares ou determinadas coisas em áreas fonte de patologias. Cada vez mais pretendemos ser reconstrutivos e não deconstrutivos, mas tudo o que seja patologia vascular embólica, oclusiva ou para-occlusiva, de vasos, aneurismas, malformações vasculares, tumores, isto é já tão lato que já chega para exemplo. Além da angiografia de diagnóstico, embora esta se utilize cada vez menos, a angiografia será cada vez mais terapêutica e cada vez menos de diagnóstico. Porque passámos a ter outros meios de diagnóstico não invasivos, menos agressivos para o doente, e quando formos actuar no doente já vamos na vertente terapêutica. (MN 13)

Apesar de a especialidade de neurocirurgia não estar propriamente incluída no nosso objecto de estudo, não deixa de ter um papel importante na nossa observação do serviço de imagiologia, particularmente na análise que incide sobre a valência de neurorradiologia. A relação entre a neurorradiologia e as designadas neurociências, particularmente a neurocirurgia, é pautada por um “sistema labiríntico” de interesses pessoais, estatutos profissionais, valores morais e éticos sobre a melhor forma de abordar a situação concreta de cada doente. Este facto demonstra que a relação entre as diversas valências ligadas ao sistema neurológico se caracteriza por alguma dose de ambiguidade e ausência de fronteiras objectivas sobre quem pode intervir em cada paciente. Normalmente estas situações são discutidas casuisticamente, tendo em conta que os seus saberes estão equiparados. Aquilo que difere substancialmente é o tipo de poder que cada subgrupo profissional detém, isto se considerarmos aquele que é atribuído à neurorradiologia (com menor influência e prestígio do que a neurocirurgia). Nesta situação, os saberes ainda não se transformaram em poderes, devido à neurorradiologia ser uma valência muito recente, que procura uma identidade e um território legitimado dentro da profissão médica.

Os doentes que chegam à neurorradiologia são, em termos formais, doentes que pertencem a outras especialidades médicas. No fundo, são estas especialidades que enviam doentes para a neurorradiologia e, posteriormente, os acompanham, ou seja, toda e qualquer intervenção efectuada pela neurorradiologia, quer de diagnóstico, quer terapêutica, tem sempre de ter a anuência do médico que inicialmente enviou o doente. Este facto é bastante relevante, visto ser decisivo para a compreensão de toda a dinâmica funcional e organizacional da neurorradiologia. Esta valência está de certo modo dependente das outras especialidades que lhes enviam os doentes.⁹

Por este motivo, a relação da neurorradiologia com as outras especialidades médicas acaba por ter, de certa forma, algum carácter de “submissão” embora esta situação, em termos práticos, seja mais aparente do que real. A este fenómeno não são alheias as elevadas qualificações e competências dos profissionais da neurorradiologia, particularmente do seu chefe de serviço. Não deixa de ser importante ter presente que a neurorradiologia é uma valência bastante recente e que “luta

9 Isto também acontece com os médicos de radiologia convencional, embora com implicações e consequências distintas, devido às diferentes estratégias que as valências imagiológicas têm dentro da organização hospitalar.

contra” o estatuto e prestígio das especialidades mais antigas, já instituídas no meio hospitalar, onde o reconhecimento e a legitimidade socioprofissional já não carece de afirmação. A neurorradiologia é uma valência em emergência, que procura definir, através de contornos mais claros e objectivos, o seu espaço próprio e a sua situação dentro da organização hospitalar e dentro da própria profissão médica, onde se encontra em nítida “ascensão”. A grande maioria dos utentes que chegam à neurorradiologia são provenientes da neurocirurgia, embora tanto a neurologia, como algumas das outras especialidades médicas do hospital ligadas às neurociências, possam também elas enviar doentes, quer para diagnóstico, quer para terapêutica. A interacção e os contactos entre a neurorradiologia e a neurocirurgia (especialidade dominante) é, normalmente, de aparente cooperação e colaboração. Pelo menos os discursos oficiais dos agentes sociais intervenientes tentam demonstrar esse espírito de coesão, embora as práticas reais de trabalho observadas nem sempre sejam tão coincidentes como os seus discursos. A terapêutica endovascular efectuada pela neurorradiologia tornou-se numa alternativa bastante eficaz à abordagem cirúrgica efectuada pela neurocirurgia, considerando que apresenta menores riscos para os doentes e uma recuperação mais célere (logo mais económica). Através da citação seguinte, pudemos verificar as diferenças de poder e autonomia entre os médicos de neurorradiologia e de neurocirurgia, relativamente a quem pode determinar a intervenção ao doente.

[...] os aneurismas cerebrais foram durante muito tempo abordados pelos neurocirurgiões, era quem tratava cirurgicamente toda a patologia vascular, criou-se todo um pedestal, era um neurocirurgião de alto gabarito. Eram eles que abordavam as cirurgias vasculares, fossem más formações vasculares, fossem aneurismas. Com a evolução da neurorradiologia de intervenção passamos nós também a abordar aneurismas. É evidente que passamos a abordar aneurismas quando os neurocirurgiões já tinham 10, 20 anos de experiência, e passamos a ser uma alternativa rápida, com resultados iguais ou melhores, e especialmente em alguns locais onde a neurocirurgia não conseguia chegar com a mesma certeza. Ora isto criou um problema entre nós, porque criou duas vertentes, uns são os neurocirurgiões que aceitaram de maneira extremamente fácil a nossa abordagem e que não tiveram problema nenhum porque achavam que não tinham pedestal nenhum, foi uma questão de seriedade para com o doente, por outro lado houve outros que se sentiram invadidos pela nossa invasibilidade dentro do doente. E não quiseram perder o seu pedestal ou a sua imagem. [...]” (MN 13)

A eventual emergência da neurorradiologia, como valência ou segmento independente da especialidade de radiologia, pode originar a usurpação de competências (ou, no mínimo, uma forma terapêutica alternativa)¹⁰ às especialidades que lhes enviam doentes, além da demarcação em relação à especialidade original (radiologia), tornando-se ela própria numa especialidade autónoma. Durante a nossa pesquisa no terreno conseguimos saber que o responsável da neurorradiologia (chefe

10 Na prática, esta situação já se verifica.

de serviço) procurava obter um espaço físico próprio (uma sala dentro do hospital), onde lhe fosse possível dar consultas e acompanhar os doentes no pós-operatório, visto que essas actividades eram efectuadas exclusivamente pelos médicos das especialidades que enviavam os doentes. Deste modo, e se esta ideia for avante, os doentes deixariam de estar ao cuidado das outras especialidades, para passarem a ser, na íntegra, pacientes da neurorradiologia. Este seria, seguramente, um passo muito importante na afirmação da autoridade, autonomia, prestígio e reconhecimento da valência imagiológica de neurorradiologia.

Das múltiplas situações que acompanhámos, relativas às actividades do serviço de imagiologia, não pudemos deixar de registar as significativas diferenças no funcionamento geral das duas valências médicas do serviço. Por um lado, enquanto que a neurorradiologia efectua reuniões periódicas, semanais, com outras especialidades médicas, onde são discutidos alguns casos de maior complexidade e dificuldade para a apreciação médica, a radiologia convencional, normalmente, não promove com carácter regular este tipo de reuniões para estudo das situações mais complexas.¹¹

Acho que deveria haver mais comunicação entre os médicos, acho que sim. Mais porque todos os dias de manhã o médico chega e vai para a sua área, vai para a TAC, ou vai para a ecografia e está lá, faz os seus exames, está com os colegas e depois sai. Eu acho que devia haver uma reunião matinal ou qualquer coisa assim, de discussão de casos, discussão de casos difíceis, que isso permite mais contacto e não só, mais possibilidades de troca de conhecimentos e de experiências e por aí fora. As reuniões deveriam ser, por exemplo, uma vez por semana. (MR 10)

A ausência de reuniões periódicas para discussão e acompanhamento de casos clínicos entre os médicos de radiologia convencional e os médicos das outras especialidades existentes no hospital (visto serem eles que enviam a maioria dos doentes ao serviço de imagiologia de modo a ali serem efectuados os exames de radiodiagnóstico) revela, por si só, uma política de gestão dos serviços baseada em rotinas adquiridas e sem consonância com os objectivos da medicina moderna. No entanto, os problemas de funcionamento e de gestão do serviço de imagiologia não se ficam apenas por esta questão.

Ao nível das características funcionais, se me pergunta enquanto trabalhadora deste hospital, é caracterizado, por um serviço que não é muito organizado, por um serviço que não tem uns bons tempos de resposta, que pode ter bons técnicos, técnicos no sentido de médicos e técnicos [de radiologia], mas, de facto, é claramente conhecido dentro da instituição por um serviço que não é cumpridor dos seus deveres; ou seja, tem que ver com um certa indisciplina que está directamente relacionada com o tipo de mercado de trabalho que esta profissão tem. Apresenta uma grande solicitação do

11 Lembramos que a medicina, enquanto ciência, deve tentar articular os vários tipos de saberes dentro do próprio grupo de pares, efectuando trocas de experiências e resultados para melhorar os seus níveis de conhecimento e desempenho.

exterior e para tal basta ver a fatia que nós pagamos ao SNS [Serviço Nacional de Saúde] ao nível dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Portanto, isto está dito que a grande especificidade dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, dentro de um hospital público, central, é o grande problema e promiscuidade que existe entre o público e o privado. Como há uma grande dependência do privado, vamos perceber que estes médicos não trabalham em exclusividade connosco, nem estes técnicos, têm todos duplo emprego, triplo emprego e quádruplo emprego, e portanto, isto significa que estamos perante pessoas muito ocupadas. Como não há uma estrutura organizacional muito forte, como é o caso de uma instituição destas, são de facto um exemplo acabado da maior indisciplina cá dentro.

Penso que em termos técnicos, como lhe disse e quero frisar, é bom, é reconhecido, tem tecnologia de ponta, tem os últimos gritos tecnológicos, digamos, e os médicos e os técnicos estão altamente treinados, aliás, são eles que estão nas melhores clínicas no exterior. Nada disso se lhes aponta, aqui é um problema claramente organizacional e disciplinar. É muito mais a forma de funcionar. Penso que a insatisfação será relativa aos tempos de espera, aliás, já temos feito alguns estudos internamente, a grande insatisfação é isto, dada a grande importância que têm no diagnóstico. Podemos ter doentes internados que podem esperar x dias por um TAC, ou que vai esperar x dias por um exame, clister-opaco, por exemplo, e que depois ainda vai aguardar x tempo por a resposta desse resultado. Donde se percebe que a questão já não é do fazer, é *timing* de execução e o *timing* de aparecer um resultado, é o que está em causa neste serviço. Eu até me custa estar a falar nisto porque isto é uma questão de gestão. (AH 2)

Outra das situações que identificámos como sendo das mais problemáticas do serviço é a forma como são elaborados alguns relatórios médicos resultantes dos exames executados no serviço de imagiologia. Neste serviço são efectuados dois tipos de exames: os exames de urgência e os exames programados. Existem essencialmente dois tipos de problemas referentes aos relatórios médicos dos exames programados. O primeiro resulta dos elevados tempos de espera aos quais doentes estão sujeitos até obterem o relatório médico final.¹² Pudemos também verificar que em situações extremas os tempos de espera podem rondar cerca de duas semanas ou até mais, isto só para obter o resultado do exame (relatório médico), porque se adicionarmos ainda os tempos de espera entre a marcação do exame e a sua execução, o período pode aumentar significativamente. O segundo problema, e seguramente mais grave, resulta de eventuais enviesamentos nos resultados dos exames, devido quer ao *timing* da elaboração dos relatórios (porque o médico nem sempre

12 Os relatórios dos exames de urgência, pela sua própria natureza, acabam por ser executados de forma mais célere. Contudo, em relação aos exames programados (agendados antecipadamente) pudemos constatar que os médicos de radiologia convencional, por vezes, eram pressionados pelos colegas de outras especialidades para entregar os relatórios de forma mais rápida. Aqui eram tendencialmente utilizados os conhecimentos pessoais (relacionamento informal entre médicos) para obter os resultados (relatórios) dos exames de forma menos morosa. Estas práticas reflectem jogos de poder, de influência e de algum compadrio entre pares.

relata o exame quando o termina ou no final do dia de trabalho por vezes pode fazê-lo alguns dias após a sua execução, o que implica já não ter tão presente a situação concreta do doente), quer a possíveis correcções efectuadas posteriormente no relatório. Estas correcções de relatórios ocorrem quando o pessoal administrativo do serviço, incumbido de dactilografar informaticamente o exame, comete algum tipo de erro (ou porque não compreendeu a caligrafia do médico — no caso de ser relatório escrito —, ou porque a gravação áudio não se encontrava nas melhores condições — no caso de ser um relatório gravado por voz). No caso de o relatório se reportar a qualquer exame ecográfico, o risco de esta situação ocorrer aumenta exponencialmente, devido às imagens serem construídas e trabalhadas pelo próprio operador¹³ e, conseqüentemente, apresentarem maior grau de incerteza.

Centremos agora a nossa atenção sobre outras tarefas e funções do serviço de imagiologia. Relativamente à actividade dos técnicos de radiologia verifica-se que os membros desta categoria profissional rodam (através de uma escala pré-definida) por quase todos os sectores do serviço de imagiologia, excepto em três das suas valências — a angiografia, a TAC e a mamografia —, devido a estas valências requererem saberes com maior grau de diferenciação. De forma sucinta, as funções dos técnicos de radiologia aquando da execução de exames de radiologia convencional são: chamar o doente; colocar a cassete no equipamento de radiologia; posicionar o doente de modo adequado (deitado, sentado ou em pé) para executar o exame; dar algumas instruções ao doente (do tipo: não mexe e não respira) e fazer o disparo no aparelho; solicitar ao doente que aguarde e fazer a revelação da película na máquina de revelação, designada por *day-light*. Posteriormente, o técnico de radiologia verifica se a película radiológica apresenta uma imagem nítida sobre a situação do doente e, em caso afirmativo, o doente é convidado a vestir-se e a sair. No caso de o exame apresentar qualquer anomalia (por exemplo, imagem sem nitidez suficiente), este é repetido de imediato.

Os exames pedidos ao serviço de radiologia, exclusivamente executados por técnicos de radiologia, provêm de quase todos os serviços do hospital, embora a ortopedia e a medicina sejam dos sectores que mais solicitações apresentem. Alguns técnicos de radiologia queixam-se da falta de comunicação entre médicos e técnicos, particularmente os técnicos que não trabalham nas mesmas salas onde estão os médicos. Esta situação ocorre maioritariamente nas salas de RX convencional, onde não existe uma presença contínua dos médicos. Para a elaboração de todos os exames existe uma requisição onde, regra geral, vem discriminado um pré-diagnóstico. Os técnicos de radiologia, com base nesse pré-diagnóstico, verificam se o doente necessita de qualquer outro tipo de abordagem imagiológica e, caso necessário, os técnicos mais experientes acabam por executar esses exames complementares, que não foram referidos na requisição médica. Apenas aos técnicos mais velhos e com mais experiência é permitida a alteração às requisições médicas, devendo contudo justificar a sua acção nas observações do envelope onde são colocadas

13 No caso das ecografias o operador que executa o exame é sempre um médico e não um técnico de radiologia, visto que esta técnica é do domínio exclusivamente médico.

as películas. Esta é uma das múltiplas regras informais no funcionamento do serviço. Por norma, as gerações mais novas apenas executam os pedidos que constam na requisição médica. Os técnicos que exercem a sua actividade profissional sem a presença permanente do médico acabam por ter maiores margens de autonomia, devido a executarem a maioria dos exames sem a observação directa do médico. O controlo sobre o desempenho das suas tarefas é frágil, sendo apenas verificado administrativamente, através do número de exames efectuados. A qualidade dos exames não é verificada, visto que neste tipo de exames raramente é colocado qualquer relatório médico. Vejamos também a percepção dos técnicos de radiologia sobre a sua actividade profissional diária:

[...] Então é assim: o técnico de radiologia, falo em meu nome e em nome dos meus colegas, nós entramos no campo do diagnóstico, ajudamos os médicos no diagnóstico, ou seja, fazemos os exames pedidos pelo médico, orientados ou não pelo médico. Portanto isto tem várias vertentes, tem a vertente da TAC, que vem um pedido, quer do balcão, quer de outro serviço qualquer, em que o médico pede o exame. Nós fazemos esse exame, mas muitas vezes orientados pelo médico radiologista. Somos menos autónomos nesta vertente; na vertente da radiologia convencional já somos mais autónomos porque vem, muitas vezes, pedido o que é que o doente se queixa e nós já sabemos o que devemos radiografar, as posições, etc. Neste caso, elaboramos os exames que lhes dá melhor leitura para o diagnóstico final. Na radiologia convencional o técnico é bastante mais autónomo do que na TAC ou na angiografia; na angiografia então muito menos. Neste local é o sítio onde eu acho que somos menos autónomos porque só damos imagens e fotografamos os exames, mais nada. Em relação à mamografia também já somos um pouco autónomos, dependendo, muitas vezes da nossa experiência, porque se virmos uma imagem já sabemos que temos de completar com outros exames, não é, não é preciso o médico estar a pedir. Já falei na TAC, na radiologia convencional, na angiografia, na mamografia, não falo na ressonância porque não temos. No bloco operatório, eu já fiz, mas agora não faço, mas nesse local o técnico também tem de arranjar as imagens do local onde o médico está a intervir, e colocar o equipamento de forma a poder obter essas imagens, em tempo real. Existem os intransportáveis que são os doentes que não se podem deslocar ao serviço, para fazer os seus exames, e é pedido que o técnico se desloque até ao doente para fazer esses exames e aí é mais ou menos uma radiologia convencional, mas nós já sabemos o que é que o doente vai precisar porque o médico prescreve, diz RX disto ou RX daquilo. Em termos de técnico de radiologia, tecnicamente é isto. (TR 5)

Das diversas prerrogativas teóricas utilizadas para caracterizar as profissões, Freidson (1978: 93) afirma que a autonomia é aquela que apresenta maior relevância para a definição da diferenciação e do poder profissional, embora, na perspectiva de Lopes (2006), existam desiguais possibilidades de autonomia profissional que não decorram exclusivamente dos saberes (*endógenos* ou *delegados*). Os níveis de autonomia são um aspecto decisivo para as profissões que exercem a sua actividade em contexto organizacional. Segundo Stelling e Bucher¹⁴ a organização e divisão do trabalho médico está assente numa *autonomia elástica*. Este conceito decorre de capacidades para identificar e resolver problemas, sendo uma das formas manifestas para controlar o

próprio trabalho. Considera-se *autonomia elástica* porque não existe um domínio fixo de autonomia, nem qualquer conexão com posições hierárquicas bem definidas dentro da organização. Deste modo, a autonomia destes agentes pode contrair-se ou expandir-se de forma variável, dependendo essencialmente da construção local de competências específicas.

Os níveis de autonomia dos profissionais do serviço de imagiologia (médicos e técnicos de radiologia) dependem de dois factores, com níveis de importância distintos. Se, por um lado, reflectem o estatuto de prestígio atribuído à profissão, enquanto conjunto ou grupo “coeso” de indivíduos e, sob esta perspectiva, os níveis de autonomia são relativamente homogêneos, ou seja, é um factor de reconhecimento social atribuído a uma profissão, do qual todos os seus membros usufruem de forma similar, por outro lado, podemos considerar, pontualmente, os factores particulares dentro do mesmo grupo profissional. Por este prisma podemos concluir que os níveis de autonomia dependem não só da profissão a que cada indivíduo pertence, mas também da posição específica de cada agente social dentro do seu grupo profissional, dependendo da sua forma de actuar dentro da organização. No entanto, a autonomia dos profissionais (médicos e técnicos de radiologia) varia mediante uma complexa rede de factores que interagem entre si, nomeadamente a posição hierárquica que cada elemento ocupa na carreira, o tempo de serviço, os saberes reconhecido pelos pares e pelas restantes categorias profissionais, a capacidade de angariação e mobilização de recursos, o interesse demonstrado na resolução dos problemas técnicos e burocráticos do serviço, o grupo etário (às classes etárias mais velhas são atribuídos normalmente maiores níveis de autonomia), as formas de relacionamento (formal e informal) com os colegas e doentes e, eventualmente, o carisma individual.

Faz parte da representação profissional dos médicos possuem um amplo poder decisório. O médico auto-reconhece-se normalmente como um agente livre e sem constrangimentos de ordem “extratécnica”. Os seus julgamentos e práticas são relativamente independentes e as suas decisões são baseadas nos seus saberes e conhecimentos singulares. Porém, a autonomia não se constrói fora do mundo social, sabendo-se que actividade médica é uma prática social, inserida no mundo do trabalho, onde as suas possibilidades de acção dependem da articulação com outras profissões (Schraiber, 1993: 175).

No caso dos técnicos de radiologia, a questão da autonomia profissional assume uma importância fundamental no seu projecto de profissionalização. Para esta categoria profissional ainda é notória uma dependência funcional do trabalho médico, das suas directrizes, orientações e decisões. Os níveis de autonomia dos técnicos de radiologia dependem da maior ou menor proximidade com o médico; isto é, se o técnico executar o seu trabalho junto do médico, como é o caso da TAC e da angiografia, a sua autonomia contrai-se, nas restantes técnicas onde o seu trabalho é executado sem a presença do médico, esta situação corresponde à expansão da sua autonomia profissional, que se caracteriza por maior liberdade de acção e menor

14 Cf. Carapineiro (1993: 50).

controlo. Mesmo nas situações em que os técnicos de radiologia estão a trabalhar sem a presença constante do médico, os seus níveis de autonomia são variáveis, ou seja, determinados técnicos de radiologia executam apenas os pedidos médicos, sem nunca alterarem o pedido efectuado na requisição que acompanha o doente, mesmo quando não concordam com esses mesmos pedidos; pelo contrário, existem outros técnicos de radiologia que alteram o pedido inicial dos médicos, quando percebem que este não está consonante com a patologia do doente. São sociologicamente relevantes os diferentes tipos de atitude adoptadas pelos técnicos de radiologia em relação aos níveis de autonomia na execução da sua actividade profissional. Vejamos como as suas atitudes são, por vezes, distintas perante o mesmo tipo de situação:

Sim, sim, mas essa pergunta é relevante. Eu executo sempre aquilo que o médico pretende; têm surgido casos, por exemplo, em que o doente é operado à anca esquerda e o médico pede o exame referente à anca direita e o doente diz que nunca teve nada na anca direita; a solução para esse caso é eu entrar em contacto telefónico com o gabinete do médico e questiono-lhe que o doente tal teve uma fractura da anca esquerda e o médico requisitou a anca direita, o que é que eu vou fazer; então aí ele diz: desculpe, tem razão, é à anca esquerda, portanto, eu consigo ultrapassar esta situação telefonando para o médico. Nas restantes situações eu limito-me a executar aquilo que o médico requisita na folha de exame. Caso não consiga falar com o médico executo aquilo que vem na requisição.

Quando não consigo contactar o médico não altero o pedido inicial, e vou já dizer porquê, porque inicialmente eu fazia essa situação e depois fui confrontado com um clínico que me questionou que poderes tinha eu para alterar aquilo que ele tinha escrito. A partir daí limitei-me sempre a fazer os exames que são pedidos. Esta situação aconteceu aqui com um médico de consulta externa, em que eu verifiquei que o pedido não estava compatível com a patologia que o doente reclamava, chamemos-lhe assim entre aspas, e eu por minha iniciativa fiz um exame não muito diferente daquele que era requisitado, e depois o médico chamou-me à atenção no sentido de saber qual era o poder que eu tinha, ou vá lá, estava a ultrapassar as minhas próprias funções e que ele queria o exame executado de determinada maneira e que eu tinha de obedecer àquilo que a requisição pretendia. A partir daí eu tomei como lógico que tudo o que o médico pede eu tento fazer o melhor possível. (TR 6)

Noutras situações os técnicos de radiologia afirmavam alterar os pedidos iniciais dos médicos que constavam nas requisições de exames complementares de diagnóstico:

Cheguei a fazer isso, eu fiz pouco tempo urgência, urgência na sala porque quando estava na urgência normalmente vinha para o TAC. Mas, por exemplo, pediam um RX do pé e eu fazia o RX do pé e via que a fractura era afinal na tibiotársica eu fazia; porque acho que é um disparate o doente vir ao RX, depois ir ao balcão e para a ortopedia, e depois voltar novamente ao RX, é uma perda de tempo, não é, acho que nós devemos fazer

sempre melhor para evitar estes contratempos aos doentes, andarem de um lado para o outro. Em princípio fazia sempre isto independentemente do médico que pedisse o exame. Eu acho que o doente quando sai duma sala de RX deve ir em termos de imagens o melhor documentado possível. (TR 11)

Pudemos observar que o médico é o agente dominante no serviço de imagiologia. Os seus saberes e competências atribuem-lhe elevados níveis de autonomia profissional, o que vai condicionar e inibir os patamares de autonomia das categorias profissionais que exercem a sua actividade sob a sua esfera de influência. Embora os níveis de autonomia profissional possam ser variáveis de profissão para profissão, ou mesmo dentro do próprio grupo de pares, também não deixa de ser verdade que existem algumas regularidades que tendem a cristalizar essas formas de autonomia, perpetuando-as ao longo dos tempos. Na situação aqui estudada verificou-se que os técnicos de radiologia têm vindo a conquistar e a ampliar os níveis da sua autonomia profissional, porém, ainda não deixaram de estar subjugados às seculares amarras do prestígio, poder e autoridade da profissão médica.

Os sistemas de poder e autoridade dentro das organizações hospitalares são muito distintos dos existentes noutros tipos de organizações (Nogueira, 1999: 133). Para a afirmação da autoridade do médico e do técnico de radiologia contribui o tipo de relacionamento que o profissional consegue estabelecer com o doente. O bom relacionamento e a empatia mútua entre profissional e utente é decisivo para a manifestação e reconhecimento da autoridade profissional. No decurso do nosso trabalho de campo pudemos verificar que, algumas vezes, o relacionamento com os doentes nem sempre era o melhor. Pontualmente, presenciámos algumas situações de conflito entre os profissionais do serviço de imagiologia e os doentes que recorriam aos serviços do hospital. Regra geral, os motivos destes momentos de alguma tensão deviam-se aos elevados tempos de espera para a execução dos exames complementares de diagnóstico.

Segundo Carapinheiro (1993: 184) a autoridade e responsabilidade do pessoal não médico é definida em grande medida, quer em extensão, quer nos seus limites, a partir de parâmetros definidos pela profissão médica. Habitualmente é atribuída ao médico uma posição dominante nas redes de relações sociais dentro da organização hospitalar, embora esta condição seja fortemente determinada pelo conjunto de competências técnicas, sociais e humanas do médico. Depende ainda do seu nível ou escalão hierárquico e do estatuto adquirido na organização hospitalar (ou em alguns casos fora dela). O elevado capital técnico do médico traduz-se numa autoridade moral e social, legitimada e justificada a partir do valor científico dos seus saberes (Carapinheiro, 1993: 197). As formas de organização do trabalho, a sua divisão, e formas de produção de serviços dependem maioritariamente da perspectiva dada pelo médico. No fundo, os níveis de autoridade, quer individual, quer do colectivo profissional, são directamente proporcionais aos níveis de prestígio conquistado. Vejamos como é que os nossos entrevistados percebem a autoridade médica:

Bem, em princípio é na sua formação, nos seus conhecimentos e na sua responsabilidade, que é aquilo que nós falámos há bocado. Isto é o principal. Também tenho muita

dificuldade em conceber um grande médico ou um bom médico sem um certo perfil moral, sem uma certa nobreza, enfim, de carácter. Tenho dificuldade em desligar o trabalho profissional de aspectos mais subjectivos, mais éticos, isto para mim está inteiramente ligado. Contudo, o que se tem visto é que a complexidade das técnicas que existem em todos os níveis e as restrições de vária ordem, tendem a transformar muito o médico num técnico, em executante de técnicas muito difíceis. Talvez esteja menos com o doente. Mas acho que é nisso que se baseia a autoridade, no conhecimento, na eficácia e na responsabilidade. (MN 15)

As margens de autoridade dos técnicos de radiologia estão, na maioria das vezes, pendentes e dependentes do trabalho médico. Os técnicos de radiologia entrevistados referiram inúmeros factores que contribuem para a sua autoridade profissional. Do vasto leque apresentado, destacamos as seguintes características: a legislação que regulamenta a carreira; a experiência profissional; as relações sociais no serviço; a qualidade do trabalho efectuado e a demonstração de conhecimentos; as habilitações académicas; o cumprimento efectivo dos horários de trabalho; a capacidade de diálogo com as outras categorias profissionais, etc. A manifestação da autoridade profissional passa também pelo reconhecimento institucional e organizacional do trabalho dos técnicos. Em resumo, a autoridade do técnico de radiologia passa essencialmente pela capacidade técnica para executar as melhores imagens para o diagnóstico dos doentes e pelo tipo de relação que estabelece com o utente do hospital. Observemos como os técnicos de radiologia definem a sua autoridade profissional:

Na orientação e execução de exames; quem é que faz, como é que faz, quando é que se chama, quem é que vem a acompanhar, quem é que entra e quem é que não entra. A gestão dos exames de uma tarde, por exemplo, é feita pelo técnico. Pelo menos no meu serviço é assim, não sei se nos outros serviços é assim, mas pelo menos no meu serviço é assim. Sou eu que faço a gestão no meu trabalho mediante os doentes e os exames que tenho.

Normalmente quem está a fazer o exame sou eu, e eu sei como é que tenho de posicionar os doentes, e em termos de gestão de tempo, por exemplo, eu tenho um determinado exame no início, tenho outro igual passado três doentes, se eu, embora eles estejam marcados, mas se eu puder poupar tempo em não mudar alguma coisa do equipamento que seja preciso, eu mando entrar esse doente e aproveito que já está tudo no sítio e coloco esse doente escusando de estar a montar e a desmontar o equipamento. É nesse sentido; e os médicos dão-nos perfeita autoridade para fazer isso. Nunca houve problema nenhum, a não ser que haja um interesse do médico em dizer: olhe, desculpe lá, se não se importa faz este primeiro, porque eu prefiro ver já este, ou por qualquer outro motivo, e aí tudo bem, eu não me importo. (TR 5)

Durante o período em que decorreu esta investigação, a autoridade dos técnicos de radiologia estava a passar por um período de clara remodelação e reconfiguração. O seu sistema de credenciação e *curriculum* académico registara significativas

alterações. A formação académica dos técnicos de radiologia passou obrigatoriamente (embora apenas para os recém-chegados à profissão) a ser uma licenciatura, o que implica uma viragem estratégica no seu estatuto socioprofissional. Na verdade, os seus saberes eram até então considerados como absolutamente subordinados aos saberes médicos. Com esta nova condição e com este novo estatuto socioprofissional os técnicos de radiologia passaram a ter a oportunidade de autonomizar dimensões significativas dos seus saberes e transformar a relação da sua autoridade profissional com a autoridade profissional médica.

Decorrendo daquilo que foi dito anteriormente sobre os níveis de autoridade e prestígio de cada categoria profissional, torna-se relevante aferir como é que é estabelecida a relação entre as diferentes categorias profissionais do serviço de imagiologia, bem como a relação existente entre pares, isto é, entre membros da mesma profissão. Assim, a relação entre pares, baseada na comunicação e na troca de experiências individuais, assume um papel decisivo na redução do grau de incerteza da actividade médica. O tipo de relações interprofissionais vem demonstrar que este factor contribui com um peso inestimável para o sucesso ou insucesso dos actos médicos. Deste modo, iremos centrar a nossa atenção sobre a compreensão do tipo de relações interprofissionais e intraprofissionais existentes no serviço de imagiologia. Verificou-se que o grau de comunicação e de relacionamento é relativamente heterogéneo. Vejamos o seguinte exemplo, que ilustra a relação entre os médicos de neurorradiologia e os de radiologia convencional:

Como reparou nós [a neurorradiologia] e a radiologia damo-nos pouco, porque fomos tirar-lhes uma área que eles podiam ganhar na privada, é uma concorrência. Eles durante muito tempo bloquearam a nossa diferenciação; há sempre aqui uma certa disputa. Mas o que é curioso é que nós na neurorradiologia temos consensos e fazemos as coisas de uma maneira mais ou menos igual, falamos todos entre nós, discutimos as coisas, e chegamos à radiologia e eles, entre eles, não discutem nada. Isto é, cada um faz as suas coisas, cada um tem o seu protocolo, todos acham que o seu protocolo é o melhor, e não há consenso, o que é preocupante. Raramente há discussão dos exames que fazem com as áreas médicas ou cirúrgicas, e não existem reuniões, cada um chega cá, faz as suas coisas e vai embora. Eventualmente, de tempos a tempos, lá procuram, lá perguntam, mas são raras as vezes. É chocante, cada um organiza as coisas como quer, é a antítese da medicina. (MN 13)

Ao nível do relacionamento entre as diferentes categorias profissionais voltamos a defini-lo como um factor de extrema diversidade, sendo apenas possível fazer uma avaliação casuística das situações. A delimitação de fronteiras e territórios de actuação de cada grupo profissional nem sempre se encontra bem definida em sentido formal. Por conseguinte, é natural que em contexto hospitalar as regras informais dominem os modos de funcionamento dos serviços. A eficiência e a produtividade dos serviços seriam enfraquecidas caso não existissem as referidas regras informais de funcionamento. Por este motivo, é decisivo compreender as zonas de ambiguidade e de indeterminação nas relações intraprofissionais (Carapinheiro, 1993: 193 e segs.). Se, por um lado, surgem situações de alguma

conflitualidade com a categoria profissional dominante, susceptíveis de aumentar as situações de risco social (Carapinheiro, 2006), por outro lado, também são descritas situações de grande cumplicidade no relacionamento entre médicos e técnicos de radiologia. Porém, a conflitualidade e a cumplicidade podem interagir em simultâneo nos relacionamentos sociais intraprofissionais, ou seja, não se auto-excluem mutuamente.

Relativamente aos técnicos de radiologia, as relações interpessoais e as redes de comunicação apresentam-se bastante mais dificultadas, por comparação com as que acontecem na profissão médica. As razões que podem impedir ou inibir um relacionamento de maior proximidade entre técnicos de radiologia são muito diversificadas. Ao longo da nossa pesquisa no terreno fomos recolhendo e anotando no nosso “diário de campo” as mais significativas, nomeadamente, as múltiplas diferenças geracionais entre pares, a existência de uma autoridade hierárquica menos permissiva e com diversos níveis ou escalões intermédios, as aspirações pessoais não correspondidas pela organização hospitalar (devido à descoincidência entre as suas habilitações académicas e o seu estatuto socioprofissional), a desmotivação pessoal que resulta particularmente das diferenças de posição na carreira, as assimetrias e alegadas injustiças nas classificações anuais que possibilitam a subida na carreira profissional, a rotatividade de funções e o trabalho por turnos, as distintas representações sobre o valor das competências dos técnicos que trabalham no serviço central ou na urgência, os conflitos pessoais que podem originar a falta de comunicação entre pares, questões salariais, situações frequentes de duplo e triplo emprego entre os técnicos de radiologia, etc. Toda esta larga panóplia de factores são potenciais causadores de divergências, conflitos, tensões e fricções no relacionamento interpessoal dos técnicos de radiologia.

Enfim, os técnicos de radiologia são um bocadinho “mauzinhos” uns para os outros. Porque, o que eu noto é que há muitas “quintinhas”, percebe. Formam-se muitos grupos, eu não estou a falar da urgência, porque aí eles contactam uns com os outros e estão mais próximos, pela experiência que tive na urgência acho que estão mais próximos uns dos outros do que propriamente aqui no central. Aqui no central acho que há um bocadinho o sentido de empurrar o trabalho para o colega. Porque é assim, pode haver uma escala, mas entre nós se não nos der jeito hoje pedimos ao colega se ele não se importa, porque estamos doentes, não temos disposição ou não apetece, e pedimos para trocar o posto, mas apesar de alguma cumplicidade há muito quem não faça à espera que o colega que está ao lado o faça. Isto é um aspecto, outro aspecto é a subida na carreira. Cada vez mais se nota que há muita dificuldade em subir na carreira, pelo menos na radiologia, os técnicos são muitos e as vagas são poucas, e a disponibilidade de descongelamento de vagas é quase nula, e aí as pessoas “atropelam-se” um bocadinho umas às outras, o que quer dizer que vão a congressos e não dizem aos colegas, organizam trabalhos e não dizem nada aos colegas, portanto, só aparecem com as coisas feitas. Não há uma solidariedade de dizer: olha, vamos todos, vai haver isto querem ir, há isto para fazer querem fazer, vamos todos fazer, como é que é, percebe, isso não há. Eu acho que as pessoas se querem “atropelar” umas às outras para precisamente progredirem na carreira e cada um por si. (TR 5)

Conforme fomos tentando demonstrar os diversos tipos de relacionamento, interprofissional e intraprofissional, que se podem estabelecer entre os agentes de uma organização, são absolutamente decisivos para uma aproximação ou distanciamento aos objectivos e à missão propostos para essa mesma organização. Redes de relacionamento e de comunicação deficientes podem deitar por terra toda a política estratégica do hospital. O serviço de imagiologia estudado carece, no geral, de melhores níveis de comunicação e interacção entre os vários agentes sociais que lá exercem a sua actividade profissional.

Notas finais

Esta pesquisa teve como meta principal oferecer um pequeno contributo para a explicação da importância da actividade imagiológica em contexto hospitalar, embora esta investigação seja apenas um estudo de caso. Deste modo, as conclusões daqui retiradas não podem ser extrapoladas para outras realidades. Ao longo da nossa pesquisa no terreno pudemos retirar diversas ilações das inúmeras acções sociais que se estabelecem dentro deste espaço hospitalar. Pudemos chegar à conclusão que os médicos do serviço de imagiologia detêm elevados níveis de autonomia, de autoridade e de poder.

O facto de os médicos de radiologia convencional não executarem actos terapêuticos, significa que estes médicos apenas executam exames complementares para o diagnóstico, e não o diagnóstico em si. No entanto, esta situação acaba por não lhes diminuir de forma muito visível o prestígio profissional, nem torna os seus saberes e competências tendencialmente menos importantes para a organização hospitalar. A realidade dos factos observados vem até contrariar as nossas expectativas iniciais, que pressupunham uma certa subalternização ou satelitização deste segmento da profissão médica. Observou-se também que o outro grupo médico do serviço de imagiologia, designado como médicos de neurorradiologia, além dos diagnósticos, executa também actos terapêuticos. Porém, este recurso, que se poderia facilmente converter num efectivo factor de diferenciação profissional, acaba por não transformar substancialmente a sua posição, nem convertê-la em maiores dividendos pessoais, profissionais, organizacionais, económicos e simbólicos.

Na verdade, acabámos por não confirmar totalmente uma das nossas hipóteses iniciais, que presumia existirem diferenças significativas nas situações de poder, de prestígio, de estatuto profissional, de autonomia e de autoridade entre alguns segmentos da profissão médica, nomeadamente numa das valências da especialidade de radiologia, devido ao facto de não executar actos terapêuticos. Não só pudemos confirmar que algumas eventuais diferenças nestes parâmetros, a existirem, não são muito notórias, e que quando existem detêm um carácter residual, visto decorrerem das especificidades de trabalho desta especialidade médica. Também constatámos que os médicos que exercem actividades clínicas dependem muitas vezes da perícia dos médicos e técnicos de radiologia para efectuarem diagnósticos rápidos e assertivos. Aliás, uma das múltiplas fontes de poder da especialidade de radiologia é a

posse e uso de tecnologias de ponta no serviço (designada pelos diversos agentes da organização como *tecnologia pesada*). O facto de os profissionais do serviço de imagiologia utilizarem algumas técnicas muito diferenciadas e equipamentos tecnológicos sofisticados converte-se num instrumento de poder dentro da organização hospitalar.

Pudemos observar durante a nossa pesquisa que os médicos do serviço de imagiologia conseguem “reduzir” ou transformar os saberes da esmagadora maioria das outras categorias profissionais do serviço em saberes relativamente periféricos, nomeadamente os saberes especializados dos técnicos de radiologia e dos enfermeiros. Admitimos que nem sempre o façam de forma clara, mas a realidade constatada acaba por se constituir deste modo. Contudo, não podemos deixar de afirmar que a nossa visão sobre a posição dos saberes das categorias profissionais não médicas do serviço de imagiologia é considerável e relevante para a organização hospitalar e vai muito para além de meros saberes periféricos, embora o *status* e prestígio dos saberes médicos acabem por ofuscar os saberes, as competências e até as qualificações destas categorias profissionais.

Referências bibliográficas

- Abbott, Andrew (1988), *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, University of Chicago Press.
- Bernard, Jean (1993), *Esperanças e Sabedoria da Medicina*, Lisboa, Instituto Piaget.
- Carapineiro, Graça (1993), *Saberes e Poderes no Hospital*, Porto, Edições Afrontamento.
- Carapineiro, Graça (2006), “A saúde enquanto matéria política”, em Graça Carapineiro (org.), *Sociologia da Saúde: Estudos e Perspectivas*, Coimbra, Pé de Página Editores.
- Cascais, António Fernando (2001), “A cabeça entre as mãos: Egas Moniz, a psicocirurgia e o prémio Nobel”, em João Arriscado Nunes e Maria Eduarda Gonçalves (orgs.), *Enteados de Galileu? A Semiperiferia no Sistema Mundial da Ciência*, Porto, Edições Afrontamento.
- Durkheim, Émile (1977), *A Divisão do Trabalho Social*, Lisboa, Editorial Presença.
- Freidson, Eliot (1970), *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, Nova Iorque, Atherton Press, Inc.
- Freidson, Eliot (1978), *La Profesión Médica*, Barcelona, Ediciones Península.
- Freidson, Eliot (1986), *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*, Chicago, University of Chicago Press.
- Lopes, Noémia (2006), “Tecnologias da saúde e novas dinâmicas de profissionalização”, em Graça Carapineiro (org.), *Sociologia da Saúde: Estudos e Perspectivas*, Coimbra, Pé de Página Editores.
- Nogueira, Fátima (1999), “Dos lugares da cura: a perspectiva sociológica na organização hospitalar”, *Fórum Sociológico*, 1/2.
- Pinho, A. Soares (2002), *Médicos, Doenças e Doentes*, Porto, Campo das Letras.
- Rodrigues, Maria de Lurdes (1997), *Sociologia das Profissões*, Oeiras, Celta Editora.
- Schraiber, Lilia Blima (1993), *O Médico e Seu Trabalho: Limites da Liberdade*, São Paulo, Editora HUCITEC.

Serra, Helena (2006), "Da tecnologia à tecnocracia. Estratégias de poder médico no limiar das fronteiras entre especialidades: o caso da transplantação hepática", em Graça Carapinheiro (org.), *Sociologia da Saúde: Estudos e Perspectivas*, Coimbra, Pé de Página Editores.

Sournia, Jean-Charles (1995), *História da Medicina*, Lisboa, Instituto Piaget.

Stuedler, François (1974), *L' Hôpital en Observation*, Paris, A. Colin.

João Areosa. Doutorando do ISCTE. *E-mail*: joao.areosa@metrolisboa. pt.
Graça Carapinheiro. Professora do Departamento de Sociologia do ISCTE e investigadora do CIES. *E-mail*: graca.carapinheiro@iscte. pt.

Resumo/ abstract/ résumé/ resumen

Quando a imagem é profissão: profissões da imagiologia em contexto hospitalar

As actividades e relações profissionais num serviço de imagiologia de um hospital público, não universitário, são o tema central do trabalho de investigação aqui apresentado. Tendo como pano de fundo a sociologia das profissões, são transpostas para esta pesquisa questões como a autonomia e autoridade profissionais, as relações, tensões e conflitos intra e interprofissionais, as configurações assumidas pela tecnologia no campo da imagiologia, o poder da profissão médica e os seus efeitos sobre a emergência e afirmação de novas profissões da saúde.

Palavras-chave imagiologia médica, profissões hospitalares, relações sociais de trabalho, autonomia e poder profissional.

When image is an occupation: imaging occupations in a hospital context

The occupational activities and relationships in an imaging department at a public, not university, hospital are the central topic of the research work presented here. With the sociology of occupations as the background, this research covers issues such as occupational independence and authority, the relationships, tensions and conflicts within and between occupations, the configurations taken on by technology in the imaging field, and the power of the medical profession and its effects on the appearance and establishment of new health occupations.

Key-words medical imaging, hospital occupations, social relations at work, independence and occupational power.

Quand l'image est une profession: métiers de l'imagerie médicale en contexte hospitalier

Les activités et les relations professionnelles dans un service d'imagerie d'un hôpital public, non universitaire, tel est le thème central du travail de recherche présenté ici. Avec en toile de fond la sociologie des professions, cette recherche aborde des questions comme l'autonomie et l'autorité professionnelles, les relations, les tensions et les conflits intra et interprofessionnels, les configurations de la technologie dans le domaine de l'imagerie, le pouvoir de la profession médicale et ses effets sur l'émergence et l'affirmation de nouveaux métiers de la santé.

Mots-clés imagerie médicale, métiers hospitaliers, relations sociales de travail, autonomie et pouvoir professionnel.

Cuando la imagen es una profesión: profesiones de imaginería a nivel hospitalario

Las actividades y relaciones profesionales en un servicio de imaginería de un hospital público, no universitario, son el tema central del siguiente trabajo de investigación. Teniendo como telón la sociología de las profesiones, se transponen para esta búsqueda cuestiones como la autonomía y la autoridad profesional, las relaciones, tensiones y conflictos intra e interprofesionales, las configuraciones asumidas por la tecnología en el campo de la imaginería, el poder de la profesión médica y sus efectos sobre la emergencia y afirmación de nuevas profesiones de salud.

Palabras-llave imaginería médica, profesiones hospitalarias, relaciones sociales de trabajo, autonomía y poder profesional.