

Departamento de Gestão

**EVOLUÇÃO DAS LÓGICAS INSTITUCIONAIS NO CAMPO DA
SAÚDE EM PORTUGAL**

Paulo Cristiano do Nascimento Simões

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

**Doutor em Gestão Geral, Estratégia e
Desenvolvimento Empresarial**

Orientador:

Prof. Doutor Francisco Nunes, Prof. Auxiliar, ISCTE Business School, Departamento de
Gestão

Co-orientador:

Prof. Doutor José Fragata, Prof. Catedrático, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de
Ciências Médicas

Março 2017

Evolução das Lógicas Institucionais no campo da Saúde em Portugal

Resumo

O campo organizacional da Saúde em Portugal foi sujeito nos últimos anos a mudanças significativas na sua composição, nas lógicas institucionais presentes e nas relações entre atores e sectores de atividade.

O presente estudo baseado numa abordagem metodológica qualitativa, exploratória e descritiva, analisa o sistema de saúde português e a evolução das lógicas institucionais, com a transição do profissionalismo para o controlo do Estado, posteriormente com a imposição legislativa pelo governo de uma nova lógica institucional com a empresarialização dos hospitais públicos e finalmente com a centralização, controlo de gestão e restrição orçamental imposta pela Troika através do programa de estabilidade financeira implementado em Portugal a partir de 2011.

Como forma de introdução concebemos dois estudos, o primeiro sobre a evolução do campo organizacional da saúde em Portugal entre 1961 e 2014, e o segundo em que integramos os conceitos de profissionalismo e da teoria institucional para analisar as interações entre os principais atores no campo.

Para o terceiro estudo, sobre a intervenção da Troika, concebemos um estudo de caso de dois hospitais públicos portugueses, que incluiu vários componentes e níveis de análise.

O modelo conceptual desenvolvido procura analisar as conexões entre os atores principais no campo da saúde e o modo como estas conexões condicionam os processos de mudança no campo. A análise multinível efetuada pretende incorporar uma visão integrada do campo, incluindo as relações entre os diversos *stakeholders*, de forma a estudar os interesses, os valores, a política e a ação na interação entre os atores.

Palavras-chave: mudança das lógicas institucionais, hospitais públicos portugueses, profissionalismo, gestão empresarial, profissionais de saúde

JEL Classification System:

I18 Health: Government Policy; Regulation; Public Health

L32 Public Enterprises; Public-Private Enterprises

Abstract

The organizational field of Health in Portugal has been subject in the last years to significant changes in its composition, in institutional logics and in relations between actors and sectors of activity.

The present study, based on a qualitative, exploratory and descriptive methodological approach, analyses the Portuguese health system and the evolution of institutional logics, with the transition from professionalism to State control, later with the legislative imposition by the government of a new institutional logic with the business-like health care and, finally, the centralization, management control and budgetary restriction imposed by the Troika due to the financial stability program implemented in Portugal from 2011.

As a form of introduction, we conceived two studies, the first one on the evolution of the field of health in Portugal between 1961 and 2014, and the second in which we integrate the concepts of professionalism and institutional theory to analyse the interactions between main actors in the field.

For the third study, on the intervention of the Troika, we conceived a case study of two Portuguese public hospitals, which included several components and levels of analysis.

The conceptual model developed seeks to analyse the connections between the main actors in the field of health and the way in which these connections affect the processes of change in the field. The multilevel analysis carried out intends to incorporate an integrated vision of the field, including the relations between the different stakeholders, in order to study interests, values, politics and action in the interaction between the actors.

Keywords: institutional logics change, Portuguese public hospitals, professionalism, managerialism, health care professionals

JEL Classification System:

I18 Health: Government Policy; Regulation; Public Health

L32 Public Enterprises; Public-Private Enterprises

Sumário executivo

O campo organizacional da Saúde em Portugal foi sujeito nos últimos anos a mudanças significativas na sua composição, nas lógicas institucionais presentes e nas relações entre atores e sectores de atividade.

O presente trabalho de investigação baseado numa abordagem metodológica qualitativa, exploratória e descritiva, analisa o sistema de saúde português e a evolução das lógicas institucionais, com a transição do profissionalismo para o controlo do Estado, posteriormente com a imposição legislativa pelo governo de uma nova lógica institucional com a empresarialização dos hospitais públicos e finalmente com a centralização, controlo de gestão e restrição orçamental imposta pela Troika através do programa de estabilidade financeira implementado em Portugal a partir de 2011.

Os três estudos que integram a tese analisam no seu conjunto o processo de mudança institucional no campo organizacional da saúde. No primeiro estudo foi desenvolvido um quadro analítico teórico que permitiu identificar as alterações cognitivas e estruturais ocorridas a nível do campo e deste modo determinar a evolução das lógicas institucionais no campo organizacional. No segundo estudo realizou-se uma análise mais profunda das interações a nível dos atores principais do campo, associando os conceitos de profissionalismo com as lógicas institucionais para avaliar o papel de agência dos profissionais e das associações profissionais médicas nas mudanças institucionais ocorridas no campo da saúde. No terceiro estudo, a partir de um estudo de caso, desenvolveu-se um quadro de análise multinível de modo a integrar a visão, o posicionamento e as interações dos atores principais no campo organizacional. O objetivo definido era obter um melhor entendimento sobre as influências recíprocas entre os atores nos processos de reestruturação e no pluralismo institucional no campo organizacional.

Os estudos realizados procuram no seu conjunto alargar o conhecimento dos processos de mudança no campo organizacional, através de uma perspetiva multinível, sendo suportado por uma análise qualitativa de dados longitudinais e, no caso do terceiro artigo, em entrevistas semiestruturadas sobre o processo de recomposição ocorrido no campo da saúde em Portugal. Na análise qualitativa, exploratória e descritiva selecionada procuramos entender as motivações, ações e visão política dos diferentes atores nas suas interações e como estas condicionaram as mudanças institucionais no campo. Uma das preocupações expressas no trabalho desenvolvido foi a possibilidade do conhecimento obtido nestes estudos poder servir de suporte teórico para futuras iniciativas dos agentes políticos

intervenientes no campo, criando uma ponte entre a academia e a sociedade.

Executive summary

The organizational field of Health in Portugal has been subject in the last years to significant changes in its composition, in institutional logics and in relations between actors and sectors of activity.

The present research work, based on a qualitative, exploratory and descriptive methodological approach, analyses the Portuguese health system and the evolution of institutional logics, with the transition from professionalism to State control, later with the legislative imposition by the government of a new logic, *business-like health care* of the public hospitals, and finally with the centralization, management control and budgetary restriction imposed by the Troika through the financial stability program implemented in Portugal from 2011 onwards.

The three studies that integrate this thesis analyse the whole process of institutional change in the organizational field of health. In the first study a theoretical analytical framework was developed that allowed to identify the cognitive and structural changes that occurred at the field level and thus determine the evolution of the institutional logics in the organizational field. In the second study, a deeper analysis of the interactions at the level of the main actors of the field was carried out, associating the concepts of professionalism with the institutional logics to evaluate the role of the agency of professionals and medical professional associations in the institutional changes in the field of health. In the third study, from a case study, a multilevel analysis framework was developed in order to integrate the vision, positioning and interactions of the main actors in the organizational field. The objective was to obtain a better understanding of the reciprocal influences between the actors in the processes of restructuring and institutional pluralism in the organizational field.

The studies carried out seek to broaden the knowledge of the processes of change in the organizational field, through a multilevel perspective, supported by a qualitative analysis of longitudinal data and, in the case of the third article, in semi-structured interviews about the recomposition process that occurred in Portuguese field of health. In the selected qualitative, exploratory and descriptive analysis we try to understand the motivations, actions and political vision of the different actors in their interactions and how they conditioned the institutional changes in the field. One of the concerns expressed in the work developed was the possibility that the knowledge obtained in these studies could serve as a theoretical support for future initiatives of the political agents involved in the field, creating a bridge between academia and society.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.2. Enquadramento do tema	2
1.2.1. Contexto geral	2
1.2.2. Contexto específico	4
1.3. Estrutura da tese	7
1.4. Objetivos e âmbito da tese	10
1.4. Bibliografia	12
2. OS PERÍODOS INSTITUCIONAIS DA SAÚDE EM PORTUGAL	
2.1. Introdução	16
2.2. Revisão da literatura	19
2.2.1. A complexidade institucional do campo da saúde: múltiplos atores, múltiplas lógicas	19
2.2.2. As estruturas de governação no campo da saúde	21
2.3. Método	24
2.4. Resultados	26
2.4.1. A evolução do campo da saúde em Portugal entre 1961 e 2014: o papel dos atores, das lógicas institucionais e das estruturas de governação	26
2.4.1.1. Os atores institucionais	27
2.4.1.2. As lógicas institucionais	27
2.4.1.3. As estruturas de governação	30
2.4.1.4. O caso do desenvolvimento das Associações Hospitalares e dos Agrupamentos Hospitalares	34
2.4.2. Os períodos institucionais da saúde em Portugal	41
2.4.2.1. Domínio social e profissional	41
2.4.2.2. Passagem para o controlo do Estado	42
2.4.2.3. Migração para novas formas de governação	44
2.5. Discussão e conclusões	48
2.6. Bibliografia	52
3. AS CARREIRAS MÉDICAS COMO PARADIGMA DO PROFISSIONALISMO MÉDICO: ABORDAGEM DA SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO E FORMAS DE LEGITIMAÇÃO	
3.1. Introdução	58
3.2. Revisão da literatura	61
3.2.1. O profissionalismo médico	61
3.2.2. As associações profissionais enquanto atores institucionais	63
3.2.3. As associações profissionais enquanto fontes de legitimação	64
3.3. Método	67
3.4. O profissionalismo médico em Portugal	69
3.5. As associações profissionais enquanto agentes reguladores	82
3.6. As carreiras médicas e as suas fontes de legitimação	96

3.7. Discussão e conclusões	103
3.8. Bibliografia	109
4. A EVOLUÇÃO DAS LÓGICAS INSTITUCIONAIS NO CAMPO DA SAÚDE: ESTUDO DE CASO EM HOSPITAIS PÚBLICOS PORTUGUESES	
4.1. Introdução	117
4.2. O contexto do estudo de caso: as reformas no serviço nacional de saúde em Portugal	118
4.3. O memorando de entendimento no campo da saúde	121
4.4. Revisão da literatura	127
4.5. Método	133
4.6. Os atores e as lógicas institucionais	137
4.6.1. Atores e lógicas institucionais a nível macro	137
4.6.2. Atores e lógicas institucionais a nível meso	152
4.6.3. Atores e lógicas institucionais a nível micro	156
4.7. Análise e Discussão	170
4.7.1. Controlo e desempenho	173
4.7.2. Identificação e tradição	178
4.7.3. Dinamismo e mudança	179
4.7.4. Resistência e conflito	181
4.8. Contribuições e implicações	184
4.9. Conclusões	195
4.9. Bibliografia	197
5. CONCLUSÕES	
5.1. Descrição da abordagem	204
5.2. Dificuldades encontradas	206
5.3. Limitações do trabalho empírico	206
5.4. Investigação futura	207
5.5. Contributos desta investigação	209
5.6. Bibliografia	211
ANEXOS	213

LISTA DE QUADROS

2. OS PERÍODOS INSTITUCIONAIS DA SAÚDE EM PORTUGAL	
Quadro 2.1. Fontes de dados consultados entre 1961 e 2015	25
Quadro 2.2. Linha do tempo dos principais acontecimentos chave (1961-2014)	37
3. AS CARREIRAS MÉDICAS COMO PARADIGMA DO PROFISSIONALISMO MÉDICO: ABORDAGEM DA SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO E FORMAS DE LEGITIMAÇÃO	
Quadro 3.1. Fontes de dados consultados entre 1961 e 2011	68
Quadro 3.2. Orçamentos de Estado e para a Saúde em Portugal, 1982-89	76
Quadro 3.3. Resumo da linha do tempo dos principais acontecimentos chave (1961-2011)	77
Quadro 3.4. Acontecimentos-chave e a sua análise institucional (1961-2011)	97
Quadro 3.5. Medidas de gestão promovidas pelo governo e pelos hospitais SA/EPE, (2002-2008)	99
4. A EVOLUÇÃO DAS LÓGICAS INSTITUCIONAIS NO CAMPO DA SAÚDE: ESTUDO DE CASO EM HOSPITAIS PÚBLICOS PORTUGUESES	
Quadro 4.1. Resumo das medidas do Programa de Apoio Económico e Financeiro a Portugal com impacto na Saúde contidas no Memorando de Entendimento com a <i>Troika</i> , 2011	122
Quadro 4.2. Fontes e marcadores das lógicas presentes nos hospitais	131
Quadro 4.3. Fontes de dados publicados entre 2011 e 2015	135
Quadro 4.4. Processo de análise dos dados a nível macro obtidos de acordo com a metodologia de Gioia	149
Quadro 4.5. Exemplos ilustrativos de títulos de artigos da comunicação social geral e especializada entre os anos de 2011 e 2015, na dimensão “controlo e desempenho”	150
Quadro 4.6. Exemplos ilustrativos de títulos de artigos da comunicação social geral e especializada entre os anos de 2011 e 2015, na dimensão “identificação e tradição”	151
Quadro 4.7. Exemplos ilustrativos de títulos de artigos da comunicação social geral e especializada entre os anos de 2011 e 2015, na dimensão “resistência e conflito”	152
Quadro 4.8. Processo de análise dos dados a nível meso obtidos de acordo com a metodologia de Gioia	156
Quadro 4.9. Processo de análise dos dados a nível micro obtidos de acordo com a metodologia de Gioia	170

LISTA DE FIGURAS

2. OS PERÍODOS INSTITUCIONAIS DA SAÚDE EM PORTUGAL

Figura 2.1. Hospitais, Centros Hospitalares e ULS 2015 36

Figura 2.1. Acontecimentos chave de acordo com os três componentes em estudo 47

3. AS CARREIRAS MÉDICAS COMO PARADIGMA DO PROFISSIONALISMO MÉDICO: ABORDAGEM DA SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO E FORMAS DE LEGITIMAÇÃO

Figura 3.1. Acontecimentos chave de acordo com os dois componentes em estudo – profissionalismo e lógicas institucionais 102

4. A EVOLUÇÃO DAS LÓGICAS INSTITUCIONAIS NO CAMPO DA SAÚDE: ESTUDO DE CASO EM HOSPITAIS PÚBLICOS PORTUGUESES

Figura 4.1. Quadro de referência do estudo: o campo da saúde como constelação de *stakeholders* portadores de lógicas 134

Figura 4.2. Estrutura de dados de acordo com metodologia de Gioia 173

Figura 4.3. Processo de mudança institucional nos hospitais públicos portugueses como resultado da intervenção da Troika (MdE) 184

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS – Administração Central de Sistemas de Saúde
ACT – Acordo Colectivo de Trabalho
AHA – American Hospital Association
ANF – Associação Nacional das Farmácias
APAH - Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares
APDH - Associação Portuguesa para Desenvolvimento Hospitalar
APDP - Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal
APIFARMA – Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica
AR - Assembleia da República
ARS – Administração Regional de Saúde
AUE - Autorizações de Utilização Excecional
BCE – Banco Central Europeu
BE – Partido Bloco de Esquerda
CA – Conselho de Administração
CATUS - Centro de Atendimento e Tratamentos Urgentes
CDS-PP – Partido do Centro Democrático Social, Partido Popular
CH – Centro hospitalar do grupo E
CIT – Contrato Individual de Trabalho
CM – Carreiras Médicas
CdM - Correio da Manhã
CNE - Conselho Nacional Executivo
CNECV - Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida
CP – Comboios de Portugal
CRI – Centros de Responsabilidade Integrados
CUF – Companhia União Fabril
DCI – Denominação Comum Internacional
DE - Diário Económico
DL – Decreto-lei
DN – Diário de Notícias
DGS – Direção Geral de Saúde
EPE - Entidade Pública Empresarial
ERS – Entidade Reguladora de Saúde
EUA – Estados Unidos da América
FMI - Fundo Monetário Internacional
FNAM – Federação Nacional dos Médicos
GDH – Grupos de Diagnósticos Homogéneos
GH: Gestão Hospitalar
HCL – Hospitais Cívicos de Lisboa
HD – Hospital do grupo D
HFF – Hospital Fernando da Fonseca
HVF – Hospital Vila da Feira
IASIST – Empresa privada ibérica de apoio à gestão de serviços de saúde
IEFP – Instituto de Emprego e Formação Profissional
IMAR – Índice de mortalidade ajustado ao risco
INDEG – INDEG-ISCTE *Executive Education*
INE – Instituto Nacional de Estatística
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica de Portugal
IOM – Institute of Medicine
IP – Instituto Público
IPO – Instituto Português de Oncologia
IRAR - Taxa de Readmissões Não Programadas Ajustadas ao Risco
ISCTE-IUL – Instituto Universitário de Lisboa

JI - Jornal I
JM - Jornal Médico
JMF - Jornal Médico de Família
JN - Jornal de Negócios;
MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MdE - Memorando de Entendimento
Mk - *Marketeer*
MS – Ministro da Saúde
MSA - Ministério da Saúde e Assistência
NOC - Normas de Orientação Clínica
NPM – *New Public Management*
OE – Ordem dos Enfermeiros
OdE – Orçamento de Estado
OF – Ordem dos Farmacêuticos
OM – Ordem dos Médicos
OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PAF – Polineuropatia Amiloidótica Familiar
PCP – Partido Comunista Português
PNS - Plano Nacional de Saúde
PPP - Parcerias Público Privadas
PR – Presidência da República
PS – Partido Socialista
PSD – Partido Social-Democrata
RCP - Rádio Clube Pombal
ROM – Revista da Ordem dos Médicos
RTP – Rádio Televisão Portuguesa
RX – Raios X
SA – Sociedade Anónima
SAP – Serviço de Atendimento Permanente
SIADAP - Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública
SIC – Sociedade Independente de Comunicação
SINAS - Sistema Nacional de Avaliação em Saúde
SIM - Sindicato Independente dos Médicos
SLS – Sistemas Locais de Saúde
SNS - Serviço Nacional de Saúde
SPA - Serviço Público Administrativo
SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SRS – Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos
STSS - Sindicato dos Técnicos Superiores de Saúde das áreas de diagnóstico e terapêutica
TAC – Tomografia axial computadorizada
TC – Tribunal de Contas
TM - Tempo de Medicina
TSF – TSF Rádio Notícias
TVI – Televisão Independente
UE - União Europeia
ULS - Unidade Local de Saúde
UMHSA - Unidade Missão Hospitais SA
USF - Unidades Saúde Familiar
VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

AGRADECIMENTOS

A presente dissertação não teria sido possível sem a colaboração e o apoio de um vasto grupo de pessoas que disponibilizando o seu tempo e atenção permitiram a recolha de dados, a análise e a elaboração deste projeto de investigação. Pela extensão não nos é possível enumerar individualmente, mas não posso deixar de destacar a preciosa participação do grupo de médicos, enfermeiras, farmacêuticos, técnicos de saúde, e administrativos das duas unidades de saúde que colaboraram nas entrevistas e recolha de dados. Igualmente devo destacar a preciosa colaboração dos conselhos de administração das unidades de saúde, dos dirigentes das ordens profissionais, das associações da indústria e de doentes e dos grupos parlamentares que tão generosamente disponibilizaram o seu tempo para a partilha da sua visão sobre o tema em estudo.

Ao longo do meu trajeto contei naturalmente com o apoio e a orientação de um grupo restrito de pessoas que merecem um destaque particular. Em primeiro lugar o Professor José Fragata, pela orientação e estímulo inicial que permitiu-me participar no 12º curso de mestrado de gestão de serviços de saúde do INDEG e posteriormente integrar o doutoramento em gestão geral, estratégica e desenvolvimento empresarial do ISCTE-IUL. Seguidamente o Professor Luís Martins pelo apoio e orientação na elaboração do projeto de tese e pelo incentivo constante ao longo destes anos de recolha e análise de dados. Por último, *last, but not least*, o Professor Francisco Nunes, que soube identificar muito precocemente o contexto teórico mais apropriado para o projeto de investigação e colaborou ativamente na revisão dos diversos estudos que compõem a presente dissertação.

A todos os meus colegas de trabalho no centro hospitalar, na companhia de seguros, no secretariado nacional do sindicato médico que integro, aos meus amigos e a todos os meus familiares pelo apoio que manifestaram ao longo destes anos, sem os quais não teria sido possível empreender esta aventura fantástica.

À Isabel, à Sara e ao Pedro, as minhas fontes de apoio emocional, agradeço a paciência de partilharem a minha vida, e todo o tempo de convívio que lhes roubei para o desenvolvimento deste projeto.

1.1. Introdução

As reformas ocorridas nos últimos vinte anos nos hospitais públicos portugueses podem ser analisadas dentro da teoria institucional e do campo organizacional (Scott, 2014), pelas dinâmicas da mudança institucional no campo organizacional, onde os atores, as estruturas de governação e as lógicas institucionais são considerados os fatores mais relevantes (Greenwood e Hinings, 1996; Dacin *et al.*, 2002; Scott, 2012).

Se considerarmos a crise da dívida soberana nos países europeus e o acordo de assistência financeira assinado pelo governo português com o Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Central Europeu (BCE) e Comissão Europeiaⁱ em Março de 2011, como o epicentro de um extenso programa de reformas políticas e económicas (Memorando de Entendimento, 2011), podemos encarar as mudanças ocorridas no sector da Saúde como mudanças organizacionais revolucionárias (Greenwood e Hinings, 1996). Estas mudanças devem, no entanto, ser enquadradas num movimento mais amplo de reformas no sector da saúde em Portugal, que tiveram o seu início nos anos 90 do século XX e envolveram em 2002 a empresarialização dos hospitais e a imposição legislativa pelo governo de uma mudança das lógicas institucionais (Thornton e Ocasio, 2008) no campo organizacional da saúde (Scott, 2014).

A investigação que desenvolvemos insere-se numa corrente de investigação promovida dentro do novo institucionalismo definido por DiMaggio e Powell (1983) e Meyer e Rowan (1977), e da teoria do campo organizacional (Scott, 1994), mais tarde desenvolvida por Patrícia Thornton e William Ocasio a partir da sua apresentaçãoⁱⁱ na conferência realizada em 2006 na Universidade de Alberta (Thornton *et al.*, 2012) com base no conceito das lógicas institucionais (Friedland e Alford, 1991). Estes conceitos serviram de suporte teórico para os estudos desenvolvidos nos últimos anos, a nível do campo organizacional da saúde, nos Estados Unidos e Canadá (Ruef *et al.*, 1998; Scott *et al.*, 2000; Reay e Hinings, 2005, 2009; Goodrick e Reay, 2011).

Para esta investigação descrevemos e analisamos o sistema de saúde português, submetido a alterações estruturais profundas, inicialmente com a transição do profissionalismo para o controlo do Estado, posteriormente com a imposição legislativa do governo de uma nova lógica institucional no campo com a empresarialização dos hospitais públicos e a criação dos centros hospitalares e posteriormente com a centralização, controlo de gestão e restrição orçamental imposta pela Troika em virtude do programa de estabilidade financeira implementado em Portugal a partir de 2011.

Os estudos realizados procuram no seu conjunto alargar o conhecimento dos processos de mudança no campo organizacional, através de uma perspectiva multinível, sendo suportado por uma análise qualitativa de dados longitudinais e, no caso do terceiro artigo, em entrevistas semiestruturadas sobre o processo de recomposição ocorrido no campo da saúde em Portugal. Na análise qualitativa, exploratória e descritiva selecionada procuramos entender as motivações, ações e visão política dos diferentes atores nas suas interações e como estas condicionaram as mudanças institucionais no campo. Uma das preocupações expressas no trabalho desenvolvido foi a possibilidade do conhecimento obtido nestes estudos poder servir de suporte teórico para futuras iniciativas dos agentes políticos intervenientes no campo, criando uma ponte entre a academia e a sociedade.

1.2. Enquadramento do tema

Consideramos no enquadramento do tema, o contexto geral conceptual (2.1) e o contexto específico da realidade portuguesa (2.2) que permitiu a adopção sucessiva ou associada do profissionalismo, da lógica do Estado, da lógica empresarial e do mercado no campo organizacional da saúde.

1.2.1. Contexto geral

No contexto geral procuramos definir os conceitos mais relevantes que serão objeto do nosso estudo nomeadamente o profissionalismo médico, a empresarialização dos hospitais, as lógicas institucionais e os diferentes níveis de análise que serão utilizados no seu estudo.

O profissionalismo médico pode ser identificado por três elementos fundamentais e relacionados: o direito exclusivo a exercer numa determinada área, o direito à autonomia profissional e o dever, quer individual quer colectivo, de colocar o doente em primeiro lugar (Bradburn, 2012). Este último princípio sublinha o mais importante e que está no âmago do profissionalismo médico: a relação médico-doente (Davies, 2011).

A empresarialização dos hospitais insere-se no contexto das reformas organizacionais propostas pela *New Public Management* (NPM). A NPM tem a sua origem no Reino Unido e nos Estados Unidos, estendendo-se gradualmente para muitos outros países nomeadamente os de influência anglo-saxónica. Na sua génese estão os problemas relacionados com o financiamento do Estado, da discussão pública sobre as atividades e funções primordiais

inerentes a este e das pressões para a adoção de novos modelos de gestão nas empresas do Estado (Dent, 2003). Os objetivos defendidos assentavam na assunção que a cultura empresarial do sector privado apresentava melhores desempenhos, maior transparência e responsabilização e permitia uma supervisão mais profissional dos prestadores (Bloom *et al.*, 2015).

As lógicas institucionais podem ser definidas como “*the socially constructed, historical patterns of cultural symbols and material practices, assumptions, values and beliefs by which individuals produce and reproduce their material subsistence, organize time and space, and provide meanings to their daily activity*” (Thornton *et al.*, 2012: 51). Suportado nos conceitos de Jackall (1988) e Friedland e Alford (1991) estes autores desenvolvem uma metateoria das lógicas institucionais baseada no sistema interinstitucional que permite entender como as instituições intervêm nos múltiplos níveis de análise, integrando os aspetos simbólicos e materiais destas instituições. Estes autores utilizam os conceitos definidos por Friedland e Alford (1991) que ligam os processos cognitivos internos com rituais sociais externos e consideram três níveis de análise (individual, organizacional e de sociedade), para desenvolver um modelo teórico multinível incorporando mais níveis de análise, como por exemplo, o nível de campo institucional (Thornton *et al.*, 2012).

Os campos organizacionais podem ser definidos como uma “*community of organizations that partake of a common meaning system and whose participants interact more frequently and fatefully with one another than with actors outside the field*” (Scott, 1994: 207-8) e são constituídos por fornecedores, consumidores de recursos e produtos, agências reguladoras e outras organizações que produzem serviços e produtos semelhantes (DiMaggio e Powell, 1983). Esta abordagem das organizações numa perspetiva mais ampla e contextualmente situada permite não só analisar a sua estrutura e atividade, mas também as suas relações dentro e fora do campo. DiMaggio e Powell (1983) sublinham a importância da estrutura no estabelecimento do campo. Nesta perspetiva, a mudança do campo depende duma mudança estrutural significativa, como por exemplo, a entrada de novos atores, ou a mudança das lógicas institucionais presentes no campo (Scott *et al.*, 2000).

As alterações das lógicas institucionais tem sido associadas a períodos de mudança no campo organizacional da saúde (Ruef *et al.*, 1998; Scott *et al.*, 2000; Kitchener, 2002), do mesmo modo que as mudanças normativas e reguladoras surgem como condicionantes da mudança de um modelo cognitivo para outro no campo organizacional (Hoffman, 2001). A maioria dos estudos de mudança do campo organizacional assentes nas lógicas institucionais tendem a associar uma lógica prevalente ou dominante no campo com períodos identificáveis

ou pontos de equilíbrio no tempo. Mas também como um processo evolutivo ao longo do tempo (Scott *et al.*, 2000), onde atores do campo ou de fora dele atuam como agentes de mudança mobilizando a ação colectiva para a mudança institucional (Seo e Creed, 2002).

Mais recentemente, a investigação institucional aprofundou o estudo das relações entre as lógicas, os campos e as organizações, procurando identificar as estratégias adoptadas pelas organizações perante múltiplas lógicas (Pache e Santos, 2010, 2013), como estas múltiplas lógicas se refletem nas estruturas e nas práticas organizacionais expressas nos diferentes tipos de organizações “híbridas” (Battilana e Dorado, 2010; Greenwood *et al.*, 2011; Smets *et al.*, 2012). Ou ainda, como este processo de segmentação permite efetuar uma avaliação histórica da evolução das lógicas institucionais numa profissão (Goodrick e Reay, 2011)

No início da primeira década do século XXI os investigadores alteraram o foco de análise procurando integrar as atividades diárias dos atores individuais nas lógicas a nível organizacional e do campo. O enfoque era agora o modo como estas atividades do dia-a-dia promoviam processos discretos de mudança nas organizações e no “dado-por-adquirido” à medida que os atores adoptavam as diferentes lógicas às suas necessidades e às pressões existentes a nível das organizações (Reay e Hinings, 2009; Smets *et al.*, 2012; 2015).

1.2.2. Contexto específico

No contexto específico do estudo, pretendemos definir a evolução do ambiente institucional no campo organizacional da saúde em Portugal, determinado pelo posicionamento dos atores principais, pelas lógicas institucionais dominantes (Thornton e Ocasio, 2008) e pela mudança das estruturas de governação (Streeck e Schmitter, 1985). Identificamos um período inicial correspondente ao modelo associativo de Streeck e Schmitter (1985) dominado pelo profissionalismo, onde a Ordem dos Médicos desempenha um papel preponderante na definição do futuro modelo do sistema nacional de saúde. No início dos anos 60 do século XX, um movimento reivindicativo controlado por um grupo de jovens médicos, mais tarde dirigentes da Ordem dos Médicos, contando com o apoio da própria associação médica portuguesa publica um documento que se torna referencial para o sistema de saúde português, o Relatório sobre as Carreiras Médicas ([1961] 2007). Com base neste estudo – onde é referido pela primeira vez a ideia de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) - será implementado um conjunto de reformas que irão ter reflexo não só na criação

das carreiras dos profissionais de saúde, mas também na elaboração do futuro SNS (Costa, 2007). A publicação do diploma que verterá para a legislação portuguesa os princípios e as ideias defendidas pela associação médica, criando o SNSⁱⁱⁱ é paradoxalmente o marco do início do controlo do Estado no sistema de saúde português e do declínio da lógica profissional no campo organizacional.

No final dos anos 70 surgem as associações profissionais sindicais que irão tornar-se proeminentes a partir de meados dos anos 80 do século XX no confronto com a lógica do Estado e na defesa das carreiras profissionais e do profissionalismo^{iv}. Mas a visão da administração pública e dos agentes políticos no campo organizacional da saúde era de mudança, para uma nova lógica institucional, apostando agora na gestão empresarial e no modelo de Mercado. As ideias que servirão de base a esta mudança serão transpostas para a legislação nacional a partir de 1988, com os diplomas que regulamentam a gestão hospitalar^v e definem a Lei de Bases da Saúde^{vi}. Nos anos seguintes estes princípios serão reforçados com o diploma que estabelece o novo estatuto do SNS^{vii}, integrando na rede nacional de prestação de cuidados de saúde (mais tarde designada por sistema nacional de saúde) as entidades particulares e profissionais em regime liberal que se articulavam com o SNS. E, em 1996, surgirão as primeiras experiências inovadoras de gestão, com a concessão da gestão a privados do Hospital Fernando da Fonseca e a primeira experiência em gestão empresarial no hospital de Vila da Feira (Hospital de São Sebastião). O esforço do Estado nesta área enfrentará nos anos seguintes algumas dificuldades relacionadas com a falta de articulação e concertação dos organismos e agências responsáveis pelo planeamento, financiamento e monitorização do sector. De forma a resolver este problema o governo avançará com a criação das agências de contratualização dos serviços de saúde (ACSS)^{viii} procurando centralizar as decisões e coordenar as restantes agências. Outro dos problemas que o governo irá enfrentar ao longo dos anos 90 são as reivindicações das associações profissionais do sector, nomeadamente dos sindicatos médicos e de enfermagem, que veem a sua posição reforçada pelas negociações das respetivas carreiras^{ix}.

Mas a necessidade económica em nome da sustentabilidade do sistema e a vontade política na promoção da integração europeia serão determinantes no posicionamento do ator principal no campo, o Estado. O governo^x iniciará o processo de empresarialização dos hospitais públicos portugueses^{xi} em 2002 com a transformação de 34 hospitais do Sector Público Administrativo (SPA) em 31 hospitais SA^{xii}. Os objetivos definidos desta reforma eram o aprofundamento das formas de gestão de natureza empresarial, preservando o princípio constitucional de assegurar a responsabilidade do Estado pela prestação de cuidados

de saúde. Subjacente a esta reforma a necessidade de assegurar o financiamento e a sustentabilidade do SNS. Com estes diplomas legais o governo determinará a imposição de uma nova lógica institucional, a empresarial e do Mercado, que irá tornar-se proeminente nos anos subsequentes.

Em 2005, com um novo governo de maioria absoluta^{xiii}, o processo de empresarialização dos hospitais será alterado, com a adopção de uma figura jurídica diferente, a Entidade Pública Empresarial (EPE), que promove a transformação dos hospitais SA em hospitais EPE^{xiv} associada mais tarde à transformação de mais um grupo de hospitais SPA em EPE e a criação dos primeiros centros hospitalares EPE^{xv}. Este período corresponde a um novo período de agudização das relações entre as associações profissionais do sector e o governo, perante o processo de empresarialização dos hospitais e a aparente intenção de extinguir as carreiras profissionais^{xvi}. Este processo terá reflexos no campo organizacional, com uma movimentação de profissionais de saúde do sector público para o sector público-privado e privado e a aposentação de um grupo importante de profissionais seniores. A saída destes profissionais do sector público será determinante nos problemas subsequentes nas equipas e serviços e estarão na base do colapso dos serviços de urgência verificado a partir de 2007.

Em 2008, com a mudança de titular da pasta da Saúde e o compromisso da resposta dos serviços públicos de saúde às necessidades da população, as associações sindicais médicas promovem uma ação junto do governo procurando demonstrar a relação entre o compromisso das carreiras médicas e o compromisso do SNS. E criam uma plataforma comum de negociação que será determinante para a assinatura de um acordo com o governo em Setembro de 2009^{xvii}. Para trás ficava a elaboração, negociação, o acordo e publicação dos diplomas “gemelares” que recriavam as Carreiras Médicas^{xviii}, e onde será reconhecido que as carreiras profissionais são um fator decisivo para a qualidade dos cuidados de saúde e para os resultados de todos os estabelecimentos de saúde integrados no SNS^{xix}.

A crise financeira internacional em 2008 terá consequências desastrosas dentro da União Europeia para os países periféricos onde se incluem Portugal (Barros, 2012). O Memorando de Entendimento (MdE) (2011) assinado a 17 de Maio de 2011, irá impor medidas draconianas para todos os sectores, incluindo o da saúde, onde são estabelecidas medidas detalhadas para a poupança de 550 milhões de euros (MdE, ponto 1.10). Os objetivos serão definidos em cerca de dez pontos onde pontuam o aumento da eficiência e eficácia do sistema, a racionalização da utilização dos serviços, o controlo das despesas, o controlo das prescrições médicas, a publicação de normas de orientação clínica, a

reorganização e a racionalização da rede hospitalar, a especialização e a concentração de serviços hospitalares e de urgência e a gestão conjunta de hospitais. Com esta intervenção, o processo de empresarialização dos hospitais EPE será objeto de uma análise crítica e reformadora que irá condicionar uma centralização dos processos de decisão e uma nova mudança das lógicas institucionais no campo da Saúde em Portugal.

1.3. Estrutura da tese

Ao propormos um estudo exploratório, descritivo das mudanças institucionais ocorridas no campo organizacional da saúde e nos hospitais públicos portugueses no período de intervenção da Troika e da implementação do MdE, consideramos uma análise longitudinal demasiado curta para o entendimento da evolução das lógicas institucionais no campo organizacional da saúde. Esta limitação obrigou-nos a considerarmos o alargamento do estudo para um período de tempo mais longo, como forma de contextualizar e identificar os acontecimentos mais relevantes que condicionaram o nosso objeto de estudo, o sistema de saúde português em geral e os hospitais públicos em particular. Neste sentido, e de forma a integrarmos na nossa análise os antecedentes que constituíram a base do sistema de saúde português estendemos o estudo até ao início dos anos 60 do século XX.

Em termos gerais, a tese apresentada será dividida em cinco partes:

- A introdução, que procura clarificar os conceitos utilizados no nosso estudo de investigação e o seu enquadramento na teoria.
- O primeiro estudo intitulado “Os períodos institucionais da saúde em Portugal”.
- O segundo estudo intitulado “As carreiras médicas como paradigma do profissionalismo médico: abordagem para a sua institucionalização e formas de legitimação”.
- O terceiro estudo intitulado “A evolução das lógicas institucionais no campo da saúde: estudo de caso em hospitais públicos portugueses”.
- As conclusões, limitações do estudo, contributos e pistas para a investigação futura.

Os três estudos que integram a tese analisam no seu conjunto o processo de mudança institucional no campo organizacional da saúde. No primeiro estudo desenvolvemos um quadro analítico teórico que permitiu-nos identificar as alterações cognitivas e estruturais ocorridas a nível do campo e deste modo determinar a evolução das lógicas institucionais no

campo organizacional. No segundo estudo realizamos uma análise mais profunda das interações a nível dos atores principais do campo, associando os conceitos de profissionalismo com as lógicas institucionais para analisar o papel de agência dos profissionais e das associações profissionais médicas nas mudanças institucionais ocorridas no campo da saúde. No terceiro estudo, a partir de um estudo de caso desenvolvemos um quadro de análise multinível de modo a integrar a visão, o posicionamento e as interações dos atores principais no campo organizacional. Desta forma procuramos melhorar o nosso entendimento sobre as influências recíprocas nos processos de reestruturação e no pluralismo institucional no campo organizacional.

Primeiro estudo, “*Os períodos institucionais da saúde em Portugal*”.

No primeiro estudo realizamos uma análise longitudinal, a partir de dados de arquivo, de cerca de cinquenta anos (1961-2014) de evolução do sistema de saúde em Portugal. Com base na teoria institucional e das lógicas institucionais (Thornton e Ocasio, 2008) e nos conceitos de componentes institucionais (Scott *et al.*, 2000) e estruturas de governação (Streeck e Schmitter, 1985) desenvolvemos um quadro de análise que nos permitiu delimitar três períodos institucionais: um período inicial, entre 1961 e 1979, em que as associações profissionais serão determinantes nos mecanismos de governação no campo; um segundo período, entre 1979 e 2002, em que a lógica do Estado se impõe como dominante; e um terceiro período entre 2002 e 2011, em que o ator principal do campo, o Estado, decide impor uma nova lógica institucional, a lógica empresarial e do mercado. Os estudos prévios que referenciamos, sobretudo americanos (Ruef *et al.*, 1998; Scott *et al.*, 2000; Reay e Hinings, 2005) mostram uma recomposição do campo da saúde com uma mudança das lógicas institucionais do domínio do profissionalismo para o da gestão empresarial. Estes autores identificam uma instabilidade permanente no campo resultante da tensão persistente entre os atores principais, o governo ou as agências governamentais e os profissionais médicos (Reay e Hinings, 2005). Outros estudos sublinham a multiplicidade de lógicas e a acomodação pelos profissionais de saúde das múltiplas lógicas existentes a nível da sociedade (Goodrick e Reay, 2011) permitindo fenómenos de hibridização (Pache e Santos, 2010). No caso do sistema de saúde português verificamos que a imposição pelo governo de uma nova lógica institucional permitiu uma rápida reestruturação a nível do campo e das estruturas de governação, sem que as alterações cognitivas previamente identificadas (Reay e Hinings, 2005; 2009; Scott *et al.*, 2000) tenham sido incorporadas pelos restantes atores, nomeadamente pelos profissionais de saúde, de forma a suportar esta mudança. Esta situação

poderia ter sido evitada se o governo tivesse equacionado obter o apoio, mesmo que parcial, dos restantes atores chave do campo organizacional.

Segundo estudo, “*As carreiras médicas como paradigma do profissionalismo médico: abordagem para a sua institucionalização e formas de legitimação*”.

No segundo estudo procuramos aprofundar a nossa análise sobre as mudanças cognitivas ocorridas nos atores principais a nível do campo organizacional. Para tal, focamos a nossa investigação nas motivações, ações e visão política dos diferentes atores, nas suas interações e no modo como estas condicionaram as mudanças a nível do campo. Considerando que o serviço de saúde público teve a sua génese no processo de promoção das carreiras profissionais e que estas resultaram de uma ação persistente da associação profissional médica (Relatório sobre as Carreiras Médicas, 2007), decidimos investigar com algum pormenor as interações entre os profissionais médicos e o governo. Ao promovermos a associação entre o profissionalismo e as lógicas institucionais, relevamos o papel dos profissionais enquanto agentes institucionais, baseando a nossa assunção na ideia que as profissões são condicionadas pelo contexto institucional onde se integram e detêm capacidade para atuarem enquanto agência (Scott, 2008). Os dados analisados neste estudo resultaram de documentos produzidos e divulgados pelas associações profissionais, de diplomas legais publicados pelo governo ou pelo parlamento e de artigos de jornais nacionais e especializados sobre o campo organizacional entre os anos de 1961 e 2011. Através da análise longitudinal efetuada identificamos os processos de institucionalização das carreiras profissionais médicas e o modo como o governo promoveu a desestruturação e a “desprofissionalização” (Reed e Evans, 1987) dos serviços hospitalares e as consequências deste processo a nível do campo.

Terceiro estudo, “*A evolução das lógicas institucionais no campo da saúde: estudo de caso em hospitais públicos portugueses*”.

No terceiro estudo, adoptamos a abordagem de estudo de caso (Yin, 2009) que realizamos em dois hospitais públicos portugueses, definindo para o efeito os três componentes analisados: atores, lógicas e estruturas de governação (Scott *et al.*, 2000) e os três níveis de análise: macro, meso e micro. Para tal concebemos um modelo de investigação baseado em entrevistas semiestruturadas dos diferentes *stakeholders* do campo da saúde, tendo como suporte a compilação de documentos de arquivo, de artigos de jornais nacionais e especializados sobre o campo da saúde e as reformas dos cuidados de saúde, para além de

estudos e legislação publicada pelo governo e parlamento no período definido do estudo. Com base nos dados referidos realizamos a análise do discurso utilizando para o efeito a caracterização abstrata das quatro lógicas definidas previamente (Thornton *et al.*, 2012; Goodrick e Reay, 2011) e a metodologia definida por Gioia *et al.* (2013). Este trabalho permitiu estender os estudos prévios (Goodrick e Reay, 2011; Maguire *et al.*, 2004; Smets *et al.*, 2012), demonstrando como a imposição de uma lógica institucional por um ator poderoso no campo específico da saúde pode determinar a estrutura e a atividade profissional nesse campo. Ao contrário dos estudos referenciados, em que a atividade profissional é influenciado pela lógica das corporações e dos mercados, verificamos neste estudo a imposição da lógica do Estado pelo governo (perante uma crise financeira e uma intervenção externa) no campo da saúde e o modo como os diferentes atores, situados em vários níveis, se adaptaram a esta imposição (Thornton *et al.*, 2012).

1.4. Objetivos e âmbito da tese

No seu conjunto esta tese procura alargar o conhecimento sobre os campos organizacionais no âmbito da teoria organizacional. As atividades inter-organizacionais, quer no sector público, quer no sector privado, tem vindo a aumentar progressivamente, associando-se a novas formas de relacionamento entre sectores, como é o caso das parcerias público-privadas, diluindo de forma marcada as fronteiras entre áreas de atividade. As reformas e as mudanças no campo da saúde ocorridos nos últimos vinte anos têm sido pouco estudados, quando consideramos a perspectiva institucional e sobretudo quando analisamos as interações entre os atores a nível do campo. Ao focalizarmos os estudos nas conexões entre os atores principais procuramos identificar as dinâmicas do processo de mudança nos campos organizacionais, onde aos componentes previamente identificados (Scott *et al.*, 2000) das estruturas de governação, das lógicas institucionais e dos atores (individuais ou colectivos) associamos uma perspectiva política e uma motivação profissional.

Esta investigação centrou-se no campo organizacional da saúde por dois motivos. O primeiro relacionado com o investigador, que sendo um profissional de saúde e dirigente associativo médico vivenciou a evolução do sistema, funcionando ora como espectador, ora como ator de um processo de mudança profunda da organização dos serviços de saúde em Portugal. O segundo, porque o processo de mudança ocorrido nos últimos vinte anos no sistema público de saúde teve consequências organizacionais, sociais e políticas que importa sublinhar e analisar. Este último motivo foi a base para a tese que agora propomos apresentar,

onde sublinhamos a importância da participação ativa e participada de todos os atores do campo da saúde nos processos de mudança. O sistema público de saúde depende cada vez mais do esforço concertado de todos os prestadores, públicos, público-privados e privados e as reformas no sistema não devem ser instituídas sem a participação e o apoio, mesmo que parcial, de todos os intervenientes. Os agentes políticos e os responsáveis pelas agências governamentais necessitam de todo o conhecimento disponível sobre a organização e a prestação de cuidados de saúde nas suas tomadas de decisão. Foi nesse sentido que desenvolvemos a nossa investigação procurando identificar os problemas e as eventuais soluções subjacentes às reformas no sector da saúde e desta forma estabelecer a ligação entre a Academia e a Sociedade.

1.5. Bibliografia

- Barros, P.P. (2012), Health policy reform in tough times: The case of Portugal, *Health Policy* 106, 17–22.
- Battilana, J., e S. Dorado (2010), Building sustainable hybrid organizations: The case of commercial microfinance organizations, *Academy of Management Journal* 53, 1419–1440.
- Bloom, N., C. Propper, S. Seiler, e J. Van Reenen (2015), The impact of competition on management quality: evidence from public hospitals. *The Review of Economic Studies* 82(2), 457-489.
- Bradburn, M., H. Staley (2012), Professionalism, *Surgery* 30(9), 499–502.
- Costa, R.M.P. (2007), A Ordem dos Médicos e a condição do trabalho médico no Estado Novo, *Revista da Faculdade de Letras, História* III(8), 355-381.
- Dacin, M.T., J. Goodstein e W.R. Scott (2002), Institutional theory and institutional change: Introduction to the special research forum, *Academy of Management Journal* 45(1), 45–57.
- Davies, G.L. (2011), Professionalism of surgeons; a collective responsibility, *ANZ J Surg* 81, 219-26.
- Dent, M. (2003), *Remodelling Hospitals and Health Professions in Europe: Medicine, Nursing and the State*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- DiMaggio, P.J., e W.W. Powell (1983), The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields, *American Sociological Review* 48, 147–160.
- Ferguson, P.P. (1998), A cultural field in the making: Gastronomy in 19th century France, *American Journal of Sociology* 104(3), 597-641.
- Friedland, R., e R.R. Alford (1991), Bringing society back in: Symbols, practices and institutional contradictions, in *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, ed. Walter W. Powell e Paul J. DiMaggio, Chicago, University of Chicago Press, 232-263.
- Gioia, D.A., K.G. Corley e A.L. Hamilton (2013), Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology, *Organizational Research Methods* 16(1), 15-31.
- Goodrick, E., T. Reay (2011), Constellations of Institutional Logics: Changes in the Professional Work of Pharmacists, *Work and Occupations* 38(3), 372-416.
- Greenwood, R., C.R. Hinings (1996), Understanding Radical Organizational Change: Bringing Together the Old and New Institutionalism, *Academy of Management Review* 27(4), 1022-1054.
- Greenwood, R., M. Raynard, F. Kodeih, E. Micelotta, e M. Lounsbury (2011), Institutional complexity & organizational responses, *Academy of Management Annals* 5(1), 317-371.

Hoffman, A.J. (2001), *From heresy to dogma: An institutional history of corporate environmentalism*, Stanford University Press.

Jackall, R. (1988), *Moral Mazes, The World of Corporate Managers*, New York: Oxford University Press.

Kitchener, M. (2002), Mobilizing the logic of managerialism in professional fields: The case of academic health centre mergers, *Organization Studies* 23(3), 391-420.

Maguire, S., C. Hardy, e T. Lawrence (2004), Institutional entrepreneurship in emerging fields: HIV/AIDS treatment advocacy in Canada, *Academy of Management Journal* 47(5), 657–679.

Memorando de Entendimento (2011), *Portugal: Memorandum Of Understanding On Specific Economic Policy Conditionality*, 3 May 2011.

Meyer, J.W., e B. Rowan (1977), Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony, *American Journal of Sociology* 83, 340-363.

Pache, A.C., F. Santos (2010). When worlds collide: The internal dynamics of organizational responses to conflicting institutional demands, *Academy of Management Review* 35, 455-476.

Pache, A.C., F. Santos (2013), Inside the Hybrid Organization: Selective Coupling as a Response to Competing Institutional Logics, *Academy of Management Journal* 56(4), 972-1001.

Reay, T., e C.R. Hinings (2005), The recomposition of an organizational field: Health care in Alberta, *Organization Studies* 26, 351–384.

Reay, T., C.R. Hinings (2009), Managing the Rivalry of Competing Institutional Logics, *Organization Studies* 30, 629-652.

Reed, R.R., D. Evans (1987), The deprofessionalization of medicine: causes, effects and responses, *JAMA* 258(22), 3279-82.

Relatório sobre as Carreiras Médicas, 2007, Reedição Ordem dos Médicos/CELOM a partir da versão de 1967.

Ruef, M., P. Mendel, e W.R. Scott (1998), An organizational field approach to resource environments in healthcare: comparing entries of hospitals and home health agencies in the San Francisco Bay region, *Health services research* 32(6), 775-803.

Scott, W.R. (1994), Conceptualizing organizational fields: Linking organizations and societal systems, in *Systemrationalität und Partialinteresse*. H. Derlien, U. Gerhardt and F. Scharpf (eds), 203–221, Baden-Baden, Germany: Nomos Verlagsgesellschaft.

Scott, W.R., M. Ruef, P.J. Mendel e C.A. Caronna (2000), *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*, Chicago, University of Chicago Press.

Scott, W.R. (2008), Lords of the dance: professionals as institutional agents, *Organization Studies* 29(2), 219–238.

Scott, W.R. (2012), Embedding the Examination of Multilevel Factors in an Organization Field Context, *Journal of the National Cancer Institute Monographs* 44, 32-33.

Scott, W.R. (2014), *Institutions and Organizations: ideas, interests and identities*, 4th Ed., SAGE Publications, Stanford University.

Seo, M.G., e W.E.D. Creed (2002), Institutional Contradictions, Praxis, and Institutional Change: A Dialectical Perspective, *Academy of Management Review* 27(2), 222-247.

Smets, M., T. Morris, e R. Greenwood (2012), From practice to field: A multilevel model of practice driven institutional change, *Academy of Management Journal* 55, 877–904.

Smets, M. , P. Jarzabkowski, G. Burke, e P. Spee (2015), Reinsurance Trading in Lloyd's of London: Balancing Conflicting-yet-complementary Logics in Practice, *Academy of Management Journal* 58(3), 932-970.

Streeck, W., e P.C. Schmitter (1985), Community, Market, State-and Associations? The Prospective Contribution of Interest Governance to Social Order, *European Sociological Review* 1(2), 119-138.

Thornton, P. H., e W. Ocasio (2008), Institutional logics, In R. Greenwood C. Oliver & R. Suddaby, *The SAGE handbook of organizational institutionalism*, London: SAGE Publications Ltd., 99-129.

Thornton, P. H., W. Ocasio, M. Lounsbury (2012), *The Institutional Logics Perspective – A New Approach to Culture, Structure, and Process*, Oxford University Press, United Kingdom.

Yin, R. K. (2009), *Case study research: Design and methods*, 4th., Thousand Oaks.

2. OS PERÍODOS INSTITUCIONAIS DA SAÚDE EM PORTUGAL

2.1. Introdução	16
2.2. Revisão da literatura	19
2.2.1. A complexidade institucional do campo da saúde: múltiplos atores, múltiplas lógicas	19
2.2.2. As estruturas de governação no campo da saúde	21
2.3. Método	24
2.4. Resultados	26
2.4.1. A evolução do campo da saúde em Portugal entre 1961 e 2014: o papel dos atores, das lógicas institucionais e das estruturas de governação	26
2.4.1.1. Os atores institucionais	27
2.4.1.2. As lógicas institucionais	27
2.4.1.3. As estruturas de governação	30
2.4.1.4. O caso do desenvolvimento das Associações Hospitalares e dos Agrupamentos Hospitalares	34
2.4.2. Os períodos institucionais da saúde em Portugal	41
2.4.2.1. Domínio social e profissional	41
2.4.2.2. Passagem para o controlo do Estado	42
2.4.2.3. Migração para novas formas de governação	44
2.5. Discussão e conclusões	48
2.6. Bibliografia	52

2.1. Introdução

A análise sobre o modo como se prestam e governam os cuidados de saúde em Portugal tem sido objecto de inúmeros estudos nos últimos anos. Pinto da Costa (2012) apresenta uma extensa revisão sobre sistemas de saúde, referenciando os principais eventos que condicionaram o sistema de saúde português. Paralelamente, vários investigadores procuraram traçar a evolução deste sistema, ou de algumas das suas componentes, tais como o número e tipo de entidades (Raposo e Harfouche, 2011) ou a evolução de resultados internacionalmente aceites como indicadores do estado da saúde, usualmente em confronto com o registado noutros países (Barros *et al.*, 2011). Mais recentemente, Fernandes e Nunes (2016) descreveram os principais eventos que caracterizam o período de desenvolvimento do sector privado na prestação de cuidados de saúde que relacionaram com a contração do sector público.

O mérito destas abordagens é o de permitir conhecer o elenco de acontecimentos que moldaram o campo da saúde em Portugal, bem assim como dispor de dados que permitam registar a evolução de importantes indicadores do sistema. Contudo, as meras cronologias estão longe de constituir explicações compreensivas dos mecanismos que dão forma ao processo evolutivo deste campo tão complexo, composto por diversos atores e modos de pensar frequentemente em oposição, alvo de múltiplas experiências tendentes a lidar com os problemas com os quais o sistema se confronta, usualmente designadas por reformas. Por seu turno, os estudos que, de forma quantitativa, apresentam o progresso de indicadores da saúde como a taxa de mortalidade, os gastos em saúde per capita, ou a evolução de elementos organizacionais constitutivos deste campo, como o número de hospitais ou os quantitativos das principais profissões, deixam de lado a análise dos sistemas de crenças subjacentes às decisões que deram lugar a momentos disruptivos no sistema de saúde e dos dispositivos instalados para o governar, no seu todo ou em partes do mesmo.

O presente estudo adopta uma direcção diversa das que acabam de ser referidas e procura identificar períodos distintos na evolução do campo da saúde em Portugal entre 1961 e 2014, baseados em mudanças substanciais nos modos de organizar o sistema, mudanças estas vistas não como totalmente disruptivas, no sentido em que os arranjos organizacionais passados são apagados para darem lugar a novos, mas sim como sendo, em simultâneo, diferentes e iguais, na medida em que alguns elementos do passado persistem durante largos períodos de tempo, podendo ser abandonados, transformados ou mesmo mantidos nas suas formas originais. O ano de 1961 foi seleccionado como um ponto de partida adequado na

medida em que corresponde à data de publicação de um documento que consideramos referencial na constituição futura do mesmo, o “Relatório sobre as Carreiras Médicas”([1961] 2007), que mais que definir uma proposta de estruturação de carreiras profissionais promove a integração de um sistema de saúde incorporando os cuidados primários, de proximidade, e os cuidados diferenciados, hospitalares, na visão global da Saúde Pública.

A teoria institucional, ou mais propriamente, neo-institucional, proporciona um quadro de referência genérico que parece ser adequado para explicar o modo como evoluem os sistemas de saúde e o seu valor empírico foi já demonstrado noutros países (Scott *et al.*, 2000; Reay e Hinings, 2005). Na sua formulação original (Meyer e Rowan, 1977; Zucker, 1977) esta abordagem avançou um argumento claramente desafiador das correntes contingenciais então dominantes, mais concretamente, que a estrutura formal das organizações, mais do que refletir imperativos tecnológicos ou dependências de recursos, mostrava os efeitos de pressões institucionais, apresentadas como regras a cumprir, mitos racionais, legitimação de conhecimento oriundo de sistemas educacionais, a procura de prestígio social ou os efeitos da legislação.

Na mesma linha de pensamento teórico, DiMaggio e Powel (1983) enunciaram a existência de processos de reprodução institucional, destacando as pressões coercivas, normativas e miméticas geradoras de convergência de formas organizacionais responsáveis pelo isomorfismo. Que foram desenvolvidos por Scott ([1995]/2014) quando avança com a existência de três pilares da ordem institucional: regulatória, normativa e cultural/cognitiva, cada uma proporcionando uma explicação distinta para a procura de legitimidade organizacional. A legitimidade atinge-se como resposta a regras e a sanções (elemento regulatório), como uma obrigação (elemento normativo) ou como uma forma adequada de pensar (elemento cultural/cognitivo). No seu conjunto, estas contribuições sublinham o papel dos atores, portadores de modos de pensar diversos, na determinação da forma como os diferentes domínios da atividade económica e social evoluem.

Uma noção central desenvolvida no seio desta abordagem é a de campo, ou seja, o lugar onde a dinâmica institucional tem lugar. DiMaggio e Powel (1983) definem campo como sendo composto pelas organizações que, no seu conjunto, constituem um domínio identificável da vida institucional. Deste modo, o campo vai para além do sector de atividade, para integrar, para além das organizações produtoras dos mesmos produtos e serviços (por exemplo, sector químico), os principais fornecedores e consumidores, as agências reguladoras e os financiadores. O campo integra, portanto, os principais atores individuais ou colectivos, as lógicas institucionais, vistas como os quadros de referência culturais e as

crenças generalizadas que definem os papéis a serem desempenhados pelos atores e o modo como estes devem interpretar a realidade e, por fim, os mecanismos de governação, entendidos como os arranjos utilizados para exercer o controlo (Scott *et al.*, 2000).

Não raras vezes, ao longo dos últimos 50 anos, decisões tomadas por atores poderosos do campo da saúde deram lugar à criação ou à transformação de elementos organizacionais muito diversificados, tais como as unidades de cuidados de proximidade (centros de saúde), as unidades de cirurgia ambulatória, as unidades de cuidados continuados, os centros de responsabilidade integrados ou as associações e os agrupamentos hospitalares. As ideias para a sua implementação serão, na sua maioria, oriundas da envolvente, mas uma vez inscritas nas organizações, sob a forma de produtos ou serviços a prestar, culturas, rotinas, regras e procedimentos, ou mesmo elementos distintos no campo, tenderão a persistir no tempo, não obstante a existência de múltiplas tentativas de mudança. Frequentemente, estes elementos organizacionais instituídos, perante a necessidade de mudança num determinado período, não desaparecem repentinamente, mas antes integram processos de combinação com novos elementos, mecanismo que foi designado por *imprinting* (Stinchombe, 1965). Esta noção revela-se de extrema importância para compreender como decisões sobre a organização do sistema, tomadas num dado momento histórico, condicionam fortemente as possibilidades de mudança futura.

De forma consistente com a ideia de periodicidade (Glynn e Abzug, 2002; Navis e Glynn, 2010), a qual sublinha a importância que certos períodos históricos têm na determinação de mudanças significativas em sectores, organizações e em grupos e, por outro lado, na noção de *imprinting*, ao acentuar os processos de retenção de elementos organizacionais anteriores que, em momentos de mudança, são combinados com novos elementos num processo de sedimentação (Cooper *et al.*, 1996) este trabalho procura responder à seguinte questão: *que períodos institucionais se podem identificar na evolução do campo da saúde em Portugal entre 1961 e 2014?* Mais especificamente, estuda-se o modo como diferentes atores, lógicas e estruturas de governação contribuíram para configurar e (re)criar o campo da saúde em Portugal neste período.

A resposta a esta questão está baseada na análise qualitativa de um extenso conjunto de documentos (Cf. Quadro 2.1. Fontes de dados consultados entre 1961 e 2015) publicados em diversas fontes. Os resultados obtidos mostram que é possível identificar três períodos claros na evolução do campo da saúde em Portugal correspondendo a outras tantas configurações de lógicas institucionais, atores e mecanismos de governação: de 1961 a 1979, designado “domínio social e profissional”; de 1979 a 2002, denominado “passagem para o

controle do Estado”; de 2002 a 2014, apelidado “migração para novas formas de governação”.

Este artigo está estruturado do seguinte modo: na primeira seção é efetuada uma breve revisão da literatura sobre os conceitos chave. Na segunda seção é apresentado o método empregue no estudo. Na terceira seção, são avaliados os três componentes do campo institucional da saúde em Portugal: os atores, as lógicas institucionais e as estruturas de governação identificadas ao longo dos cinquenta anos do estudo, referenciando-se o caso do desenvolvimento das associações hospitalares e dos agrupamentos hospitalares como paradigma da mudança organizacional no campo. Na quarta seção são analisados os períodos institucionais definidos a partir dos três componentes previamente estudados. Na última seção apresentamos as limitações e propostas para investigação futura e a discussão e as conclusões do estudo.

2.2. Revisão da literatura

2.2.1. A complexidade institucional do campo da saúde: múltiplos atores, múltiplas lógicas

Os campos organizacionais definidos como o conjunto de organizações interligadas que interagem de forma assídua e produtiva (Scott, 2014) são constituídos por fornecedores, consumidores de recursos e produtos, agências reguladoras e outras organizações que produzem serviços ou produtos semelhantes¹ (DiMaggio e Powell, 1983). Esta abordagem das organizações numa perspetiva mais ampla e contextualmente situada permite não só analisar a sua estrutura e atividade, mas também as suas relações dentro e fora do campo. Nesta perspetiva, a mudança do campo depende duma mudança estrutural significativa, como por exemplo, a entrada de novos atores ou a mudança das lógicas institucionais presentes no campo (Scott *et al.*, 2000).

Porque o campo, por definição, coincide com “*an institutionally defined area of social activity*” (Scott, 2004: 9) podemos definir o conceito de campo institucional como o sistema de crenças e de estruturas reguladoras e normativas que prevalecem num determinado campo organizacional (Scott *et al.*, 2000). Deste modo, as organizações dependem do sistema de crenças, regras e ideias definidas no seu campo institucional

¹ tradução dos autores de “suppliers, resource and product consumers, regulatory agencies, and other organizations that produce similar services or products” (DiMaggio & Powell, 1983: 63-64).

(Friedland e Alford, 1991) e este sistema determina a forma como os recursos são utilizados pelas organizações através dos arquétipos que desenvolvem para os atores, das lógicas que são legitimadas, dos sistemas de governação e das regras sociais que são suportadas dentro do campo (Scott, 2014).

As lógicas institucionais podem ser definidas como “*the socially constructed, historical patterns of material practices, assumptions, values, beliefs, and rules by which individuals produce and reproduce their material subsistence, organize time and space, and provide meaning to their social reality*” (Thornton e Ocasio, 1999: 804). As lógicas definem não só os objetivos e valores envolvidos como os meios considerados mais apropriados para os alcançar (Scott, 2014). Assim, podemos falar de uma dimensão cultural-cognitiva, de uma dimensão reguladora e de uma dimensão normativa nas lógicas institucionais.

De acordo com Scott *et al.* (2000) todos os atores sociais são construídos de forma institucional, uma vez que as suas identidades são socialmente definidas. De acordo com os mesmos autores podemos identificar no campo da saúde diversos tipos de atores, desde indivíduos, organizações, associações e populações de indivíduos ou populações de organizações, desempenhando funções de controlo, regulação, intermediação, aquisição ou prestação de serviços.

Os atores, quer individuais quer colectivos, podem ser encarados como agentes com capacidade e poder para criar ou alterar as lógicas do campo, ou como portadores (*carriers*) capazes de incorporar ou potenciar as estruturas, capacidades e direitos definidos de forma institucional e deste modo refletir os seus interesses nas estruturas de governação (Scott *et al.*, 2000; Currie *et al.*, 2012). Assim, as mudanças internas na composição do campo ou o aparecimento de novos atores no campo podem ser interpretados como uma alteração nos interesses ou na legitimidade dentro do campo (Scott *et al.*, 2000; Reay e Hinings, 2005).

Nos diversos estudos que analisam as mudanças institucionais no campo da saúde (Ruef *et al.*, 1998; Scott *et al.*, 2000; Reay e Hinings, 2005) são identificadas as lógicas dominantes, resultantes do consenso entre atores institucionais poderosos, como o Estado, as corporações, e os profissionais médicos. No entanto, as lógicas secundárias ou reprimidas, na maioria das situações persistem no campo, representando interesses subordinados que com o tempo podem submergir e tornar-se proeminentes no campo, como é o caso dos profissionais de enfermagem no estudo de Reay *et al.* (2006). Para autores como Scott *et al.* (2000), estas lógicas secundárias podem atuar como precursoras na mudança institucional, embora nem sempre tenham sucesso na sua ação (McCann *et al.*, 2013). Mais recentemente, a investigação institucional aprofundou o estudo das relações entre as lógicas, os campos e as

organizações, procurando identificar as estratégias adoptadas pelas organizações perante múltiplas lógicas (Pache e Santos, 2010, 2013), como estas múltiplas lógicas se refletem nas estruturas e nas práticas organizacionais expressas nos diferentes tipos de organizações “híbridas” (Battilana e Dorado, 2010; Greenwood *et al.*, 2011; Smets *et al.*, 2012). Ou ainda, como através de um processo de segmentação destas múltiplas lógicas, é possível efetuar uma avaliação histórica da evolução das lógicas institucionais numa profissão (Goodrick e Reay, 2011).

O conceito de “*imprinting*” no estudo das organizações foi introduzido por Stinchcombe (1965) que descreveu como as organizações incorporavam elementos do seu ambiente na sua criação e o modo como estes elementos originais persistiam apesar de mudanças significativas no seu ambiente ou campo organizacional. Este conceito evoluiu ao longo do tempo incorporando períodos sensitivos múltiplos, permitindo realizar uma análise multinível de variados fenómenos (Marquis e Tilcsik, 2013). Associado a este conceito surgiu a ideia de sedimentação (Cooper *et al.*, 1996), como um processo em que as novas práticas e características das organizações se sobrepõem sobre as anteriores, não as substituindo integralmente.

2.2.2. As estruturas de governação no campo da saúde

A governação pode ser definida, de modo abrangente, como “*o conjunto de ações e meios adoptados por uma sociedade para promover a ação colectiva e lançar soluções na procura de objectivos comuns*” (Ferreira e Raposo, 2006). Podemos também encarar a governação como o processo de fragmentação resultante de reformas sucessivas dos departamentos do Estado, iniciado pela *New Public Management* (NPM), na procura de um novo modelo de gestão no domínio público (Rhodes, 1996). Mas a definição que melhor parece adequar-se ao presente estudo é a que refere que as estruturas de governação podem ser identificadas como todas as formas pelos quais o poder e a autoridade são exercidos a nível do campo, de modo formal ou informal, no âmbito público ou privado, por entidades com ou sem fins lucrativos, e por mecanismos reguladores ou normativos (Scott *et al.*, 2000; Schmitter, 2010).

Para a análise realizada recorreremos à tipologia definida por Streeck e Schmitter (1985) que identifica quatro modelos de governação: o modelo comunitário, onde famílias ou oligarquias exercem a sua autoridade baseada no respeito e na confiança, o modelo do mercado, onde as empresas e outras organizações concorrem pelos recursos ou pelos apoios,

o modelo do Estado, onde as agências governamentais exercem o controle suportadas pela lei e pelo poder coercivo que lhes é atribuído e o modelo associativo, onde as associações detêm o monopólio do sector exercendo o controle normativo e concertando os interesses dos diversos grupos. Este último modelo constitui a originalidade da proposta, diferenciado pelos autores por permitir “*private interest governments*” em alguns sectores.

Os sistemas de saúde analisados como campos têm sido objeto de vários estudos como os realizados nos Estados Unidos e Canadá (Ruef *et al.*, 1998; Scott *et al.*, 2000; Reay e Hinings, 2005). Estes estudos, no seu conjunto, mostraram uma recomposição do campo da saúde com uma mudança das lógicas institucionais do domínio do profissionalismo para o Estado e deste para a gestão empresarial, resultante da emergência de novos atores e financiadores dentro do campo (Scott, 2000) ou de uma imposição jurídico-legal do governo (Reay e Hinings, 2005).

O primeiro destes estudos (Ruef *et al.*, 1998), foi realizado nos EUA, mais precisamente na Baía de S. Francisco, analisando dentro da teoria institucional, da ecologia organizacional e da economia da saúde, como diferentes tipologias de unidades de saúde, mais especificamente os hospitais e as unidades de cuidados domiciliários (*home health agency*), se desenvolveram e integraram no campo da saúde. Na análise efetuada, estes autores identificaram três períodos no ambiente institucional da saúde: um período de domínio profissional (1945-1965), um período de aumento da responsabilidade federal, quer em termos de financiamento, quer em termos de regulação (1966-1982) e um último período de controlo empresarial e das corporações, baseado em mecanismos do mercado (1983-presente). Este estudo conclui que existem muitos efeitos secundários, alguns deles inesperados, resultantes das políticas e mudanças regulatórias impostas pelas agências federais ou de estado, que podem condicionar o futuro do campo ao atuarem como barreiras ou bloqueios à emergência de novas entradas ou atores no mercado. Na sequência deste estudo, os mesmo autores desenvolveram um segundo estudo, mais profundo e extenso, publicado na forma de livro (Scott *et al.*, 2000), sobre a natureza e a extensão das mudanças no sistema de saúde da Baía de S. Francisco. Recorrendo a uma perspetiva de gestão estratégica, ecologia organizacional e da teoria institucional, os autores descrevem as mudanças ocorridas ao longo de cinquenta anos na região definida, utilizando múltiplos níveis, designadamente conjunto, população e campo organizacional; e múltiplas envolventes como os recursos materiais com os fatores dependentes da procura, da oferta, das tecnologias e da estrutura industrial e as envolventes institucionais com os atores, as lógicas institucionais e os sistemas de governação. Neste estudo os atores principais referenciados são os

profissionais, sobretudo os médicos, as agências governamentais e os gestores das corporações da saúde, o que permite definir três períodos sequenciais de governação e, deste modo, três períodos distintos durante os quais é possível identificar uma lógica predominante e diferentes atores privilegiados no campo. Os períodos definidos são os previamente identificados no estudo de Ruef *et al.* (1998), com um primeiro período, de domínio dos profissionais e das associações profissionais suportadas pela autoridade do Estado, onde o valor central na prestação de cuidados é a qualidade dos cuidados determinados pelos prestadores médicos; um segundo período, de envolvimento federal, simbolizado pelo aparecimento dos programas *Medicare* e *Medicaid*, quando o governo federal passa a financiador e regulador do sistema, onde o valor central da lógica dominante é a equidade no acesso aos serviços; e um terceiro período, de controlo empresarial e dos mecanismos de mercado, quando a política governamental de desregulação permite a emergência das grandes corporações de saúde, onde o valor central das práticas de governação é a eficiência na prestação dos serviços.

O terceiro estudo referenciado (Reay e Hinings, 2005), corresponde a um estudo qualitativo de caso, baseado na teoria institucional, efetuado em Alberta, Canadá, onde o governo provincial decidiu implementar uma reforma no sistema de saúde local com o objetivo de cortar nas despesas e melhorar a eficiência. Para obter este desiderato o governo substituiu mais de 200 conselhos de administração dos hospitais e unidades de cuidados ambulatoriais (*nursing home agencies*) por 17 agências regionais (*regional health authorities*), excluindo os profissionais médicos dos órgãos de gestão destas unidades de saúde. De acordo com os autores, esta ação governamental pode ser encarada como uma mudança estrutural radical e revolucionária (Greenwood and Hinings 1996), de imposição de uma nova lógica institucional (empresarial e de mercado) sobre a lógica previamente dominante do profissionalismo médico. Este estudo demonstrou que a recomposição do campo foi suportada pelo uso persistente do poder coercivo e regulador do governo local, mas que a imposição e o domínio da nova lógica empresarial, não substituiu completamente a lógica pré-existente, que permaneceu fortemente enraizada nos profissionais médicos. Tal situação condicionou uma “trégua instável” e persistente entre os principais atores do campo, o governo e os profissionais médicos.

Se considerarmos o campo da saúde em Portugal nos últimos cinquenta anos identificamos uma evolução paralela, com três períodos críticos semelhantes, onde os profissionais médicos desempenharam um papel fundamental na definição inicial do campo, que irá persistir nas décadas seguintes apesar das mudanças subseqüentes no ambiente

institucional (Marquis, 2003). Esta ação dos profissionais, enquanto “*imprinters*” (Simsek *et al.*, 2015) será determinante na dominância de um dos atores principais do campo e, desta forma, condicionante da evolução das lógicas institucionais e dos modelos de governação nos períodos seguintes.

2.3. Método

Esta investigação foi concebida como uma análise qualitativa para o estudo dos períodos institucionais da Saúde em Portugal de acordo com os três componentes propostos: a evolução das lógicas institucionais (Thornton *et al.*, 2012), o posicionamento dos atores (Scott *et al.*, 2000) e as modificações das estruturas de governação (Streeck e Schmitter, 1985) no campo da Saúde nos últimos cinquenta anos. Tratando-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo (Cassell e Symon, 2004), optamos por efetuar uma abordagem narrativa interpretativa (Barley e Tolbert, 1997; Greenwood *et al.*, 2002) dos acontecimentos que identificamos como relevantes para a definição dos períodos institucionais. Para a identificação destes períodos seguimos os princípios propostos por Scott *et al.* (2000), Reay e Hinings (2005) e Goodrick e Reay (2011) definindo um conjunto de indicadores para identificar as mudanças nas lógicas institucionais ocorridas ao longo do tempo. Assim, a mudança do discurso ou do próprio conteúdo das publicações das associações profissionais ou específicas do sector da saúde, de jornais ou revistas de circulação geral, da forma como são encarados na comunicação social as ideias e argumentos dos diferentes atores do campo e da legitimação destes perante a sociedade (Deephouse e Suchman, 2008) foram utilizados como marcadores para identificar a mudança das lógicas institucionais ou a sua “hibridação” (Battilana e Dorado, 2010). Para a identificação dos atores principais no campo e das estruturas de governação recorreremos aos estudos prévios referenciados (Scott *et al.*, 2000; Reay e Hinings, 2005), associado à análise de documentos de arquivo das associações profissionais e outros *stakeholders*, bem como à legislação publicada pelo governo e restantes órgãos de soberania portugueses. O nosso enfoque foram as interconexões e o posicionamento dos atores principais do campo nas suas ações e posições públicas, o aparecimento de novos tipos de organizações (Greenwood e Hinings, 1993), novas estruturas de governação (Reay e Hinings, 2005) ou novos atores no campo (Scott *et al.*, 2000). Ao considerarmos o sistema de saúde português como um campo organizacional optamos por uma perspetiva mais alargada que acreditamos permitirá analisar os processos de decisão no

sector público, entender a evolução dentro do campo e manter uma visão estrutural, normativa e simbólica dentro de um modelo organizacional global.

Os dados são compostos por três tipos de material escrito: documentos de arquivo e notas de imprensa tornadas públicas pelos principais atores do campo da saúde, legislação publicada pelo governo ou parlamento português, e artigos de jornais nacionais e especializados sobre o campo da saúde e as reformas dos cuidados de saúde. Os documentos analisados foram produzidos e/ou publicados entre 1961 e 2014.

Quadro 2.1. Fontes de dados consultados entre 1961 e 2015

Tipo de documentos analisados	Nº de documentos	Nº páginas
<i>Material publicado por ator chave</i>		
Governo, incluindo acordos coletivos de trabalho	52	368
Agências governamentais: ACSS, DGS, UMHSA	28	187
Assembleia da República – Legislação, Plenários e Comissão de Saúde	36	425
Outros órgãos soberania - TC	4	1086
Ordens profissionais – OM, OE, OF	72	860
Associações profissionais – SIM, FNAM, STSS	56	656
Indústria da saúde – APIFARMA, ANF	14	186
Associações de doentes – APDP, Acreditar	5	200
Outros <i>Stakeholders</i>	17	142
<i>Artigos de Imprensa</i>		
TV (RTP, TVI, SIC), Rádios (TSF, RCP)	17	26
Nacionais (CdM, DE, DN, Expresso, JI, JN, Lusa, Público, Sábado, Sol, Visão)	483	827
Imprensa especializada (GH, JM, JMF, TM)	118	323
Entrevistas em órgãos de comunicação social ou outros	11	91

Legendas: ACSS: Administração Central dos Serviços de Saúde; APDP - Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal; CdM: Correio da Manhã; DE: Diário Económico; DGS: Direção Geral de Saúde; DN: Diário de Notícias; FNAM: Federação Nacional dos Médicos; GH: Gestão Hospitalar; JI: Jornal I; JM: Jornal Médico; JMF: Jornal Médico de Família; JN: Jornal de Negócios; OE: Ordem dos Enfermeiros; OF: Ordem dos Farmacêuticos; OM: Ordem dos Médicos; RCP: Rádio Clube Pombal; SIM: Sindicato Independente dos Médicos; STSS: Sindicato dos Técnicos Superiores de Saúde; TC: Tribunal de Contas; TM: Tempo de Medicina; UMHSA: Unidade Missão Hospitais SA.

Neste quadro teórico seguiu-se a abordagem dos tipos ideais para estudar as lógicas institucionais e comparar as observações empíricas entre instituições (Freidson, 2001;

Thornton e Ocasio, 2008). Assim, o tipo ideal da lógica profissional assenta na organização e controlo do trabalho pela profissão, que determina os programas de formação pré e pós-graduados, define a qualidade dos serviços e a remuneração dos profissionais (Abbott, 1988). No tipo ideal da lógica do Estado, o governo controla os profissionais, que são empregados do Estado, e determina quer os conhecimentos, quer as credenciais requeridas para a prática da profissão, controlando os *standards* de qualidade e as remunerações praticadas (March e Olsen, 1984). No tipo ideal da lógica empresarial, os gestores controlam tarefas, credenciais, requisitos educacionais, qualidade e remuneração dos profissionais, que são seus empregados (Goodrick e Reay, 2011). Por último, o tipo ideal da lógica da comunidade, é a comunidade que pelas suas necessidades determina as tarefas, o desempenho e a qualidade, não existindo credenciais ou programa definido, atuando os profissionais como agentes liberais ou em associação (Cf. Quadro 4.2. Fontes e marcadores das lógicas presentes nos hospitais, p. 131).

Para a análise de conteúdo do material escrito recolhemos e categorizamos todos os documentos por ator principal. Cada grupo de documentos foi ordenado cronologicamente e depois revisto de forma a identificar as lógicas e eventuais componentes presentes na estrutura (Goodrick e Reay, 2011). Do mesmo modo, os artigos dos jornais foram ordenados cronologicamente e revistos no sentido da identificação das lógicas institucionais presentes e das eventuais mudanças ocorridas no período em estudo. Outra fonte importante utilizada corresponde à legislação publicada pelo governo e pelo parlamento entre 1961 e 2014, por permitir analisar a visão dominante no Estado em cada um dos períodos considerados. De forma a suportar e fortalecer a análise documental efetuada foram ainda obtidas, como fontes secundárias, entrevistas realizadas por órgãos de comunicação social geral ou especializada e outras entidades aos dirigentes nacionais das várias associações profissionais, membros do governo ou de outras organizações governamentais e diversos *stakeholders* do campo.

2.4. Resultados

2.4.1. A evolução do campo da saúde em Portugal entre 1961 e 2014: o papel dos atores, das lógicas institucionais e das estruturas de governação

Para a definição dos períodos institucionais no campo da Saúde em Portugal recorreremos aos modelos de governação propostos por Streeck e Schmitter (1985) e aos três componentes previamente estabelecidos por Scott *et al.* (2000) – atores principais do campo organizacional, lógicas institucionais e estruturas de governação – que iremos analisar nas

subseções seguintes. Porque identificamos um período de mudanças significativas no sector da saúde nos últimos vinte anos iremos debruçarmo-nos com mais pormenor sobre este período que corresponde à mudança de lógicas institucionais mais marcante no campo organizacional.

2.4.1.1. Os atores institucionais

No campo da saúde em Portugal identificamos como atores principais, o governo e as agências governamentais (cf. por exemplo ACSS, DGS, ERS, ARS), as associações de profissionais de saúde, de doentes, da indústria do sector (cf. por exemplo APIFARMA, ANF), os hospitais e as outras unidades de prestação de cuidados de saúde públicas, as corporações privadas ou do sector social. Para a análise efetuada consideramos como atores principais o governo e as agências governamentais representando a lógica do Estado, as associações profissionais que representam a lógica profissional, os hospitais-empresa públicos e a indústria representando a lógica empresarial e os órgãos de comunicação social que funcionando como transmissores da avaliação de audiências mais gerais ou especializadas (Deephouse e Suchman, 2008) representam a lógica da comunidade.

2.4.1.2. As lógicas institucionais

A maioria dos estudos sobre a mudança do campo organizacional assentes nas lógicas institucionais tendem a associar uma lógica prevalente ou dominante no campo com períodos identificáveis ou pontos de equilíbrio no tempo. Mas também como um processo evolutivo ao longo do tempo, onde atores do campo ou de fora dele atuam como agentes de mudança mobilizando a ação colectiva para a mudança institucional (Scott *et al.*, 2000; Seo e Creed, 2002).

Em Portugal, o profissionalismo médico, enquanto conjunto de crenças, valores e princípios que definem a autonomia profissional, a autorregulação e o direito a um lugar específico na sociedade (Abbott, 1998) foi alicerçado no início dos anos 60. O amplo movimento reivindicativo que lhe deu origem, controlado por um grupo de jovens médicos, mais tarde dirigentes da Ordem dos Médicos, teve o apoio da própria associação médica portuguesa e culminou com a publicação de um documento que se tornou referencial para o sistema de saúde português, o Relatório sobre as Carreiras Médicas ([1961] 2007). Foi com base neste estudo – onde é referido pela primeira vez a ideia de um Serviço Nacional de Saúde - que foi implementado um conjunto de reformas que tiveram reflexo não só na criação

das carreiras e na promoção do profissionalismo dos profissionais de saúde, mas também na elaboração do futuro Serviço Nacional de Saúde (Costa, 2007).

A publicação do diploma que criou o Serviço Nacional de Saúde^{xx} é paradoxalmente o marco do início do controlo do Estado no sistema de saúde português e do declínio da visão liberal dentro da Ordem dos Médicos^{xxi}. No final dos anos 70 surgem as associações profissionais sindicais que irão tornar-se proeminentes a partir de 1990 na defesa do profissionalismo médico e no confronto com o Estado^{xxii}.

O governo^{xxiii} iniciou o processo de empresarialização dos hospitais públicos portugueses em 2002 com a transformação de 34 hospitais do Sector Público Administrativo (SPA) em 31 hospitais SA^{xxiv}. Os objetivos definidos eram promover um programa de reforma da gestão hospitalar através do aprofundamento das formas de gestão de natureza empresarial, preservando o princípio constitucional de assegurar a responsabilidade do Estado pela prestação de cuidados de saúde. Subjacente a esta reforma a necessidade de assegurar o financiamento e a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

As ideias que serviam de base a esta mudança encontravam-se já na forma de lei desde 1988, através de diplomas que regulavam a gestão hospitalar^{xxv} e estabeleciam a Lei de Bases da Saúde^{xxvi}. Nos anos seguintes estes princípios são reforçados com o diploma que define o novo estatuto do SNS^{xxvii}, integrando na rede nacional de prestação de cuidados de saúde (mais tarde designada por sistema nacional de saúde) as entidades particulares e profissionais em regime liberal que se articulavam com o SNS. Em 1996 surgem as primeiras experiências inovadoras de gestão, com a concessão da gestão a privados do Hospital Fernando da Fonseca e a primeira experiência em gestão empresarial no hospital de Vila da Feira (Hospital de São Sebastião). O esforço do Estado nesta área enfrenta nos anos seguintes algumas dificuldades relacionadas com a falta de articulação e concertação dos organismos e agências responsáveis pelo planeamento, financiamento e monitorização do sector. De forma a resolver este problema o governo avança com a criação das agências de contratualização dos serviços de saúde (ACSS)^{xxviii} procurando centralizar as decisões e coordenar as restantes agências. Outro dos problemas que o governo irá enfrentar ao longo dos anos 90 são as reivindicações das associações profissionais do sector, nomeadamente dos sindicatos médicos e de enfermagem, que veem a sua posição reforçada pelas negociações das respetivas carreiras^{xxix}.

Em 2005, com um novo governo de maioria absoluta^{xxx}, o processo de empresarialização dos hospitais é alterado, com a adopção de uma figura jurídica diferente, a Entidade Pública Empresarial (EPE), que promove a transformação dos hospitais SA em

hospitais EPE^{xxxix} associada mais tarde à transformação de mais um grupo de hospitais SPA em EPE e a criação dos primeiros centros hospitalares EPE. Este período corresponde a um novo período de agudização das relações entre as associações profissionais do sector e o governo, perante o processo de empresarialização dos hospitais e a aparente intenção de extinguir as carreiras, condicionando a autonomia, a formação e a progressão profissional^{xxxix}. Para as associações profissionais a desregulação contratual comprometia os princípios definidos pelo profissionalismo, da autorregulação, autonomia e controlo da formação (Christian, 2008) desviando estas funções das associações profissionais para os gestores das unidades de cuidados de saúde (Evetts, 2014). E apontavam o dedo ao modo como uma agência governamental, a Unidade Missão para os Hospitais SA, promovia a nova dinâmica do governo para a gestão dos hospitais focada nos ganhos de produção, na procura de novas fontes de receita, na rentabilização dos recursos humanos, numa perspetiva burocrática/industrial que estava nos antípodas da cultura existente dentro dos hospitais e dos profissionais de saúde.

As pressões exercidas dentro dos hospitais públicos para a implementação da nova lógica empresarial acabam por determinar a fuga de profissionais do sector público, com a saída progressiva para o sector privado ou público-privado, a redução da sua atividade nos hospitais públicos pela redução dos horários de trabalho, e as reformas antecipadas de um número significativo de profissionais médicos seniores (Relatório da Primavera, 2008). Simultaneamente, as reformas instituídas pelo governo em 2006/2007, com a requalificação das urgências e o encerramento dos SAP e das maternidades, tornam o SNS um verdadeiro labirinto para a população^{xxxix}. A pressão sobre os restantes serviços de urgência aumenta de forma exponencial com fluxos descontrolados de procura e uma resposta cada vez mais deficitária resultante da fuga dos profissionais mais diferenciados destes serviços^{xxxix}. As consequências nos hospitais públicos vão da desestruturação das equipas e dos serviços hospitalares ao colapso dos serviços de urgência^{xxxix}. A onda crescente de protestos das populações obrigam o governo a uma remodelação e à substituição do responsável da Saúde.

A nova equipa governamental aposta na “*qualificação do SNS*” e na “*devolução da confiança aos cidadãos e aos profissionais de saúde*”. Para cumprir estes objetivos procura melhorar o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, centrando o sistema nos cuidados de saúde primários, mantendo a aposta nas Unidades de Saúde Familiares (USF) e no desenvolvimento das unidades de cuidados continuados integrados. Como forma de aproximação aos profissionais de saúde, chega a acordo com as associações profissionais médicas para a recriação das carreiras médicas^{xxxix} no sistema de saúde português^{xxxix}.

Em maio de 2010, a situação financeira dos hospitais obriga o governo a dar início a um processo de centralização e controlo dos hospitais, com o “Plano de redução de despesa dos Hospitais EPE e SPA^{xxxviii}”, determinando de forma administrativa a redução de despesas entre os 2 e os 5%. Esta pressão sobre o financiamento e a sustentabilidade do sistema, colocada numa perspetiva macro, não pode ser desligada das suas repercussões a nível micro, ou seja, nos serviços e nos cuidados de saúde prestados. Não deixa de ser sintomático a inclusão do tema da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) no Relatório da Primavera (2010:6), quando levanta a questão das “*competências e experiência dos profissionais que prestam os cuidados*”.

É neste contexto que é assinado o Memorando de Entendimento^{xxxix} em Maio de 2011, marcando um novo período de forte pressão externa sobre o campo da Saúde, desta vez promovido por atores externos ao campo organizacional. Com esta intervenção, o processo de empresarialização dos hospitais E.P.E. será objeto de uma análise crítica e reformadora que irá condicionar uma centralização dos processos de decisão no Estado, sugerindo uma nova recomposição das lógicas institucionais no campo da Saúde em Portugal. A mais pronunciada, para além da dominância da lógica do Estado, será a regressão da lógica empresarial e do Mercado com a diminuição da importância e perda de autonomia dos gestores das unidades locais de cuidados de saúde (Relatório da Primavera, 2014). A expansão da lógica profissional no campo pode ser percebida pelos acordos formais e informais que serão assinados entre o governo e as associações profissionais, de que é exemplo a conclusão do acordo das carreiras médicas, a participação na elaboração das NOC^{xl}, para além da presença das associações profissionais em múltiplas estruturas e grupos de trabalho governamentais.

2.4.1.3. Estruturas de governação

De forma a sistematizar a nossa análise sobre as estruturas de governação, adoptamos a definição de Scott *et al.* (2000) e o enquadramento definido por Streeck e Schmitter (1985) que define quatro modelos de governação: o modelo comunitário, o modelo de mercado, o modelo estatal, e o modelo associativo.

Em Portugal não podemos falar verdadeiramente de um modelo de governação associativo. Embora as associações profissionais tenham detido a capacidade para influenciar e controlar os órgãos de poder dos hospitais e de outras unidades de saúde, estas dependeram

sempre, em última instância, ou da comunidade ou de famílias, como foi o caso das Misericórdias ou do grupo CUF, este último pertencente à família Mello e que dará origem ao grupo Mello Saúde. Eventualmente poderemos apontar como exemplos de modelos de governação associativo, as mútuas e os sindicatos que proliferaram nos anos 50 a 70 do século XX, sem no entanto terem capacidade para influenciar o campo da saúde. Ou a posição dos profissionais médicos nos hospitais públicos nos anos 70 após a reforma de Gonçalves Ferreira, de 1971^{xli} (cf. anexos – Linha do tempo dos acontecimentos chave [1961-2014]).

Com o advento do Serviço Nacional de Saúde, em 1979, o modelo de governação do Estado começa a impor-se no campo da Saúde, absorvendo as estruturas existentes como as misericórdias e iniciando um processo de lenta imposição da lógica do Estado nos hospitais públicos, dominados pelos grupos profissionais, em especial pelos profissionais médicos. Os conflitos nos anos 80 e 90 entre o governo e as associações profissionais poderão ser resumidos à questão do controlo dos órgãos de gestão e de decisão clínica, principalmente à posição do diretor clínico e ao modo de seleção desta posição, entre a eleição interpares à nomeação pelo ministro da tutela. E à questão da autonomia dos profissionais, que nunca aceitaram as tentativas sucessivas do governo de imposição de funções exclusivas para o Estado ou para outras entidades, defendendo uma perspetiva mais liberal da sua atividade profissional.

No período de governação do modelo do Estado, os mecanismos normativos foram associados a controlos reguladores pelas agências do Estado e pelo próprio governo. Muitos destes controlos do Estado estavam associados aos sistemas profissionais. O controlo administrativo e de gestão é reforçado durante o período de domínio do Estado. Os administradores hospitalares não intervêm fora das suas competências mais estritas, não interferindo com os clínicos que detêm o poder da legitimidade.

Na transição do século XX para XXI, o governo inicia um processo de transformação das estruturas de governação, apostando no modelo de governação de mercado, implementando diversas experiências de gestão empresarial e de gestão privada de hospitais públicos. Em 2002, o novo governo liberal decide avançar com a criação de trinta e um hospitais EPE, e promover através de uma reforma legislativa^{xliii}, uma profunda alteração da lógica institucional e das estruturas de governação a nível do campo da saúde. Devemos, no entanto, ter em conta que as mudanças nas estruturas de governação tendem a ser mais tardias que as mudanças das lógicas institucionais ou o aparecimento de novos atores no campo, pois resultam em geral de pressões persistentes de grupos ou de interesses a nível do campo ou a

nível da sociedade, ou da vontade política expressa pelo governo, tal como ocorreu em Portugal em 2002. No entanto, estas mudanças não são, em geral, imediatas ou revolucionárias (Greenwood e Hinings, 1996), mas resultam de um processo mais ou menos longo de negociação e preparação entre os diferentes atores no campo (Reay e Hinings, 2005). Voltando ao exemplo português, a vontade política de mudança da lógica institucional no campo da Saúde não surge, subitamente, em 2002, mas foi preparada ao longo da década precedente com os diplomas da Lei de Bases da Saúde^{xliii} e do Estatuto Nacional de Saúde^{xliv}. Deste modo, as lógicas e os atores sociais interagem para definir as estruturas de governação e estas estruturas, por sua vez, vão condicionar e reforçar os atores e as suas ações (Giddens,1984).

Neste período – do modelo de governação do mercado - o controlo administrativo e de gestão começou a expandir-se dentro dos hospitais, com particular acutilância a partir de 2002, com a publicação do Decreto-lei 27/2002, de 8 de Novembro, que aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar, introduzindo modificações profundas na Lei de Bases da Saúde. Este período é caracterizado pelo aparecimento de várias agências governamentais como a Unidade Missão, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) ou a Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), que vão funcionar como organismos centrais de controlo e intermediação entre os hospitais e o governo, à semelhança do ocorrido em Alberta, Canadá (Reay e Hinings, 2005).

A nível dos sistemas hospitalares surgem diversos modelos de gestão intermédia, com o aparecimento de um novo tipo de atores, a nível dos serviços ou departamentos, os administradores de serviço ou unidade. Os profissionais de saúde são cada vez mais afastados para órgãos de decisão técnica, o poder médico é francamente reduzido, com a modificação legislativa imposta pelo governo do método de escolha dos diretores clínicos. Estes passam de elementos eleitos interpares a membros nomeados pelo titular da pasta da Saúde (Decreto-lei 233/2005)^{xlv}, com um antagonismo progressivo entre o governo e as associações profissionais que tem o seu zénite nos anos de 2005 e 2006. E que pode ser ilustrado pela controvérsia sobre o controlo digital da assiduidade implementado nos hospitais em 2007. Com o ministro em entrevista a arguir “*O controlo de assiduidade é uma obrigação cívica. Não percebo como é que um organismo respeitado e responsável como a Ordem dos Médicos vem dizer que não deve haver controlo de assiduidade. Ou como é que um sindicato protesta. É a forma mais justa de se organizar o trabalho interno dos médicos e os recursos que o Estado entrega aos hospitais*”^{xlvi}.

Mas o problema central do governo em 2007 era a sustentabilidade do sistema, com o ministro a apostar na melhoria da relação custo-efetividade ao nível microeconómico através duma gestão exigente subordinada a orientações políticas. Quer pelo “*desenvolvimento de mecanismos de contratualização e monitorização, mais sistematizados e mais próximos*”, quer pela “*aplicação de instrumentos típicos da gestão privada na procura da eficiência das instituições inseridas no SNS. Compras conjuntas, sistemas de informação inteligentes, mecanismos de reporte adequados*”^{xlvi}. Os mecanismos de mercado que tinham sido o mote da mudança em 2002 estavam a tornar-se o verdadeiro calcanhar de Aquiles do sistema. A introdução das lógicas empresariais no sector público da saúde com uma concorrência agressiva pela captação de recursos humanos (Correia, 2009), sobretudo dos profissionais de saúde médicos, condicionaram um desequilíbrio no mercado e um descontrolo progressivo das contas públicas. Em Novembro de 2008, a comunicação social noticiava que o governo aprovara a criação de um fundo de 800 milhões de euros para pagar as dívidas dos hospitais EPE^{xlvi}. Em 2010, o Tribunal de Contas publica um relatório^{xlvi} sobre a atribuição de verba de convergência aos hospitais EPE em que defende que esta verba fixa é indutora de ineficiência e que a valorização económica contratual dos hospitais é insuficiente para o seu normal funcionamento. Para esta entidade as dotações financeiras insuficientes promovem a desmotivação dos gestores, perante objetivos inatingíveis e sem capacidade para negociarem internamente com os serviços.

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) no Relatório da Primavera (2011:55) apontava para a necessidade de promover as unidades intermédias de gestão, que permitissem a contratualização interna dos hospitais, através de modelos de governação clínica assentes na responsabilização e transparência dos processos, em princípios de qualidade e segurança e incentivassem a participação ativa dos profissionais de saúde. Estas observações estavam em linha com as ideias defendidas por Pita Barros (2009: 267) “ (...) *medidas que procurem controlar os custos hospitalares têm que estabelecer incentivos e restrições ao comportamento dos administradores e dos médicos; a reorganização do hospital pode levar a uma organização mais efectiva, integrando mais o médico no processo de decisão*”. Para os relatores do Relatório da Primavera (2011) era fundamental que o modelo em desenvolvimento incorporasse a transversalidade de cuidados, centrando o financiamento das unidades de saúde na racionalidade e continuidade de cuidados. E, tendo em conta o ocorrido quatro anos antes com o anterior Ministro da Saúde, que a revisão das redes de referenciação no processo de reorganização hospitalar fosse explicado de forma

clara às populações, demonstrando as vantagens para os utentes e para o sistema (Relatório da Primavera, 2011: 56).

2.4.1.4. O caso do desenvolvimento das Associações Hospitalares e dos Agrupamentos Hospitalares

De acordo com Scott *et al.* (2000), na baía de S. Francisco desenvolveram-se dois modelos de associações hospitalares ao longo do século XX e início do século XXI, as Associações Hospitalares e os Agrupamentos Hospitalares. Se atentarmos ao desenvolvimento dos hospitais, no mesmo período, em Portugal, podemos de igual modo identificar o desenvolvimento destes dois modelos.

As Associações Hospitalares

A forma como os hospitais se interligam no início do nosso estudo pode ser definida como a de associações hospitalares. Como exemplo paradigmático deste período podemos citar os Hospitais Civis de Lisboa, associação criada em 1913, proveniente de “*um conjunto de outros hospitais dando origem inicialmente ao grupo H. S. José e Anexos e posteriormente ao grupo Hospitais Civis de Lisboa (HCL)*”¹, e legalmente extinto em 2013 (Decreto-lei 27/2013)^{li}. Esta associação correspondia a uma forma organizativa local, de ligação horizontal, entre prestadores com características semelhantes, permitindo aos seus membros prosseguir objetivos comuns. Conforme expresso no prefácio do livro “O ‘Espírito dos Hospitais Civis de Lisboa’”: [...] *Em primeiro lugar pela sua dimensão. Com sete hospitais distribuídos pela cidade e um grande Serviço de Urgência, prestaram, durante largas décadas do século passado, serviços médico-cirúrgicos especializados, assistência urgente e até cuidados primários a uma vasta população, que, recusada pelas várias instituições de saúde espalhadas pelo país, acabavam por encontrar o único porto de abrigo aberto 24 horas por dia e que nunca negava acolhimento: o Banco do Hospital de S. José.*” (Barros Veloso, 2013). Estas associações embora partilhassem objetivos gerais comuns, partilhassem um serviço comum, o “Banco do Hospital de S. José”, e deste modo partilhassem os recursos médicos disponíveis no conjunto dos hospitais, não tinham por objetivo obter vantagens económicas ou logísticas, mas tão somente uma ética partilhada de serviço à comunidade^{lii}.

Os Agrupamentos Hospitalares

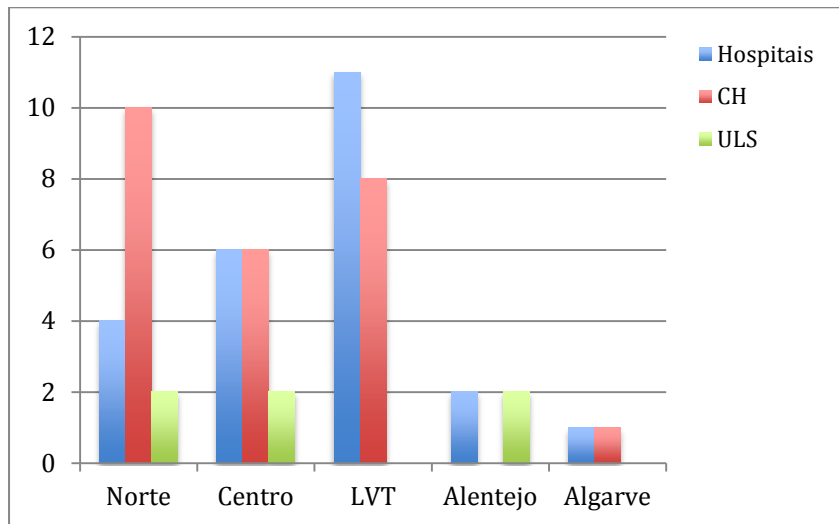
Os Agrupamentos Hospitalares definidos por Scott *et al.* (2000) como formas organizacionais resultantes da integração horizontal de dois ou mais hospitais sobre uma única administração é baseada no conceito definido pela *American Hospital Association* (AHA) como “*two or more hospitals owned, leased, sponsored, or contract managed by a central organization*” (AHA, 2016). Esta definição enquadra-se no conceito de Centros Hospitalares, que surgem em Portugal pela primeira vez com a publicação do Decreto-lei 233/2005^{liii}, que “*Transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima*”. Este tipo de sistema é defendido por permitir economias de escala, melhorar o recrutamento e a retenção de pessoal clínico e de gestão, melhorar o acesso ao financiamento e a uma quota de mercado (Zuckerman, 1983).

Em Portugal, estes agrupamentos surgem associados aos hospitais EPE, por iniciativa do governo, a partir de 2005, tornando-se o tipo de população organizacional mais importante e prevalente no campo da Saúde em Portugal. Os objetivos desta concentração de hospitais eram a integração, a complementaridade e a otimização de recursos. O que será questionado pelo Tribunal de Contas (TC) no seu relatório nº 17/2011-2ªS, intitulado “Auditoria ao Sistema Remuneratório dos Gestores Hospitalares e aos Princípios e Boas Práticas de Governação dos Hospitais EPE”. Neste relatório o TC ao interpelar a Ministra da Saúde sobre a composição dos conselhos de administração das unidades de saúde EPE, obtém como resposta “[...] a formação de 6 novos Centros Hospitalares aprovada pelo Dec.-Lei n.º 30/2011 de 2 de Março, em substituição dos 14 hospitais a que sucedem, traduz uma assinalável redução de custos e melhorias de eficácia e de eficiência, por via das sinergias obtidas.”^{liv}. E que será comentado pelos relatores do TC no referido relatório nos seguintes termos “*sem prejuízo da informação produzida pelas Administrações Regionais de Saúde que suportaram a constituição dos Centros Hospitalares supra referidos, fornecida pelo Ministério da Saúde, não resulta evidência quantificada sobre a avaliação das sinergias estimadas (vg. economias de escala, economias financeiras, diferenciais de eficiência) e disponibilidades de excedentes de tesouraria que fundamentassem quantitativamente os anunciados impactos assinaláveis de redução de custos.*”.

De uma forma geral podemos afirmar que o conceito de sistema de saúde, integrando o sector público, o sector privado e o sector social, os agrupamentos hospitalares e as unidades de saúde familiares constituíram, no início do século XXI, alguns dos marcos mais relevantes da mudança institucional no campo da Saúde em Portugal. O aparecimento de novos atores com a migração do universo de cerca de centena e meia de hospitais e outras unidades de saúde públicas para Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde (cf. Figura

1. Hospitais, Centros Hospitalares, e ULS, 2015), a constituição das parcerias público-privadas (PPP) em Braga, Cascais, Loures e Vila Franca de Xira, transformaram o campo e potenciaram as mudanças nas Lógicas Institucionais que ocorreram na década em estudo.

Figura 2.1. Hospitais, Centros Hospitalares, e ULS, 2015



Fonte: ACSS, Rede Hospitalar do SNS, acedida em 16/01/2016.

Quadro 2.2. Linha do tempo dos principais acontecimentos chave (1961-2014)

Domínio social e profissional (1961-1979)					
Data	Estudos e relatórios públicos	Diplomas legislativos	Mudanças estruturais	Declarações representativas da visão dos diferentes atores no campo	Visão cognitiva do campo – lógicas e mecanismos
1961	Relatório sobre as Carreiras Médicas, pág. 20			<i>Encarar isoladamente as Carreiras Médicas, estabelecendo-as no estado em que se encontram os serviços, equivale a trancar a iniciativa da Ordem, comprometendo do mesmo passo a instauração do Serviço de Saúde</i>	Associação do projeto sobre o profissionalismo médico com o sistema de saúde
27/09/1971		Decreto-Lei 413/71, Pelo presente diploma são reorganizados os serviços do Ministério da Saúde e Assistência	A reforma Gonçalves Ferreira estabelece as condições estruturais para o estabelecimento de um sistema nacional de saúde com novos meios de ação, aperfeiçoamento dos métodos de trabalho, desenvolvimento dos serviços e formação do pessoal com a criação de carreiras profissionais	mediante a integração dos serviços públicos e a condenação das iniciativas e instituições particulares que devem assegurar a cobertura médico-social, sanitária e assistencial das populações [...] a renovação dos meios de acção, o aperfeiçoamento dos métodos de trabalho, o desenvolvimento dos serviços, a preparação do pessoal necessário e consequente instalação de carreiras profissionais [...] efectiva a política de saúde, com vista ao estabelecimento de um sistema nacional de saúde	O Estado reconhece os conceitos defendidos pelos profissionais de saúde e consagra as suas ideias em diplomas legais
1976		Constituição da República Portuguesa, art.64.º, 2	Define o princípio da cobertura universal no sistema de saúde público	<i>O direito à protecção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito [...]</i>	Implementação da lógica do Estado no sistema de saúde em Portugal
A passagem para o controlo do Estado (1979-2002)					
Data	Estudos e relatórios públicos	Diplomas legislativos	Mudanças estruturais	Declarações representativas da visão dos diferentes atores no campo	Visão cognitiva do campo – lógicas e mecanismos
15/09/1979		Lei 56/79, Cria o Serviço Nacional de Saúde	Estabelece o sistema de saúde público em Portugal	<i>Cria, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição</i>	Implementação da lógica do Estado no sistema de saúde em Portugal
1988-1989	Greves médicas promovidas pelas associações		Controlo da nomeação dos diretores clínicos, redução relativa das remunerações		Extremar do conflito entre as associações profissionais e o governo

	sindicais		em relação a outros profissionais, autonomia dos profissionais		
24/08/1990		Lei 48/90, Lei de Bases da Saúde, Sistema de Saúde, Cap. II, Base XII, nº 1		<i>O sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades.</i>	Promoção da lógica empresarial do Mercado com a Lógica do Estado no sistema de saúde
1995	Concedido a gestão de uma unidade pública a um grupo privado		Aparecimento da primeira parceria público-privada (PPP)	É concedida a gestão por contrato do Hospital Fernando da Fonseca, à “Hospital Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, S.A.” Grupo Mello Saúde	Promoção da lógica empresarial do Mercado
5/07/1998		Decreto-Lei n.º 151/98, atribuição de novo estatuto ao HSS		<i>o Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, é objeto de revisão de estatutos, avançando para uma gestão de tipo empresarial</i>	Promoção da lógica empresarial nos serviços públicos
11/09/1999		Despacho Normativo n.º 61/99	Aparecimento de novos atores no sistema, nova agência governamental	Criação das agências de contratualização dos serviços de saúde	Promoção da separação das funções de financiador das de prestador pelo Estado
Migração para novas formas de governação (2002-2014)					
Data	Estudos e relatórios públicos	Diplomas legislativos	Mudanças estruturais	Declarações representativas da visão dos diferentes atores no campo	Visão cognitiva do campo – lógicas e mecanismos
20/08/2002		Decreto-Lei n.º 185/2002	Novos atores no campo, criação das PPP	Define o estabelecimento, no âmbito do SNS “ <i>de parcerias público/privado através da concessão da gestão de unidades prestadoras de cuidados a entidades privadas ou de natureza social [...]</i> ”	Promoção da lógica empresarial, do Mercado
9 a 11/11/2002		Decreto-Lei n.º 272 a 302/2002	Criação de novos atores no campo, os hospitais empresa	Aprovam a transformação de 31 hospitais do sector administrativo em hospitais EPE.	Promoção da lógica empresarial e do Mercado
5/02/2003		Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2003	Nova agência de controlo do Estado	<i>Cria uma unidade de missão designada ‘Hospitais SA’, com a finalidade de coordenar o processo global de lançamento e a estratégia de empresarialização dos hospitais</i>	Promoção da lógica empresarial e do Mercado associada à lógica do Estado
20/08/2003		Decreto-Lei n.º 188/2003	Aparecimento de novos atores no campo, os gestores intermédios	Implementação de níveis intermédios de gestão definidos previamente pelo DL 374/99, de 18 de Setembro, com poder de decisão e capacidade de	Aprofundamento da lógica empresarial nos hospitais

				negociar no âmbito dos orçamentos-programa	
10/12/2003		Decreto-Lei n.º 309/2003	Aparecimento de uma nova agência governamental com funções de fiscalização	Cria a Entidade Reguladora da Saúde	Funções reguladoras com áreas sobreponíveis às ordens profissionais; reforço da lógica do Estado
27 de Janeiro de 2004	Comunicado do Fórum Médico			<i>“reafirmar a unidade e consenso na defesa das Carreiras Médicas, na sua imprescindibilidade na diferenciação técnica como mecanismo da garantia da qualidade dos cuidados médicos prestados aos cidadãos [...]</i>	Defesa do profissionalismo médico nas novas unidades de cuidados
Fevereiro de 2004	Manuel Antunes, Política de saúde baseada na evidência, ROM, pág. 26-29.		Saída de profissionais de saúde do sector público	<i>“Está-se a matar o Serviço Nacional de Saúde, ou, pelo menos, a substituí-lo por outro qualquer. E esse outro terá a universalidade do acesso? Neste novo sistema público/privado do público só ficam os doentes!”</i>	Compromisso do profissionalismo e fuga dos profissionais de saúde
22/05/2004		Portaria n.º 551/2004	Promove a separação entre o Estado financiador e os prestadores de serviços,	Contratos-programa com os hospitais sociedades anónimas pela prestação de serviços a utentes do Serviço Nacional de Saúde	Promoção da lógica empresarial
7/06/2005		Decreto-Lei, n.º 93/2005	Criação dos novos hospitais empresa EPE	Transforma os hospitais sociedades anónimas em entidades públicas empresariais -EPE.	Promoção da lógica empresarial e do Mercado
3-05-2007	José Manuel Silva, Presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos, “Michael Porter e Correia de Campos”, Tempo de Medicina			<i>(O ministro está a fazer tudo) ao contrário. Os objectivos são exactamente os de esmagar salários, restringir serviços, transferir custos para os doentes, asfixiar instituições, substituir recursos públicos por privados [...] a reforma das Urgências está a ser totalmente subvertida pelas sucessivas decisões ministeriais [...] o ministro apenas queria um relatório descartável, que pudesse usar a seu bel-prazer e lhe permitisse fechar SAP indiscriminadamente [...]</i>	As associações profissionais acusam o governo de limitar a acessibilidade da comunidade aos serviços de saúde
7/11/2008	TVi, Saúde cria fundo de 800 milhões para pagar dívidas dos hospitais EPE			Criação de um fundo de 800 milhões de euros para pagar as dívidas dos hospitais EPE	Redução da lógica empresarial, controlo do Estado
Dezembro de 2008	Carlos Arroz, citado por Jorge Silva, Boletim do			<i>“são as condições de trabalho, o reconhecimento e o bom trato que podem fixar médicos e não só os incentivos financeiros. A estabilidade, uma</i>	Promoção do profissionalismo médico

	SIM, 65, Acariciar e chamar médicos para o SNS			<i>equipa sólida, uma carreira, apoio na formação contínua, protecção na responsabilidade civil [...]</i>	
4-08-2009		Decreto-Lei 176/2009 e 177/2009	Recriação das carreiras médicas	Regulamentam as carreiras médicas, respectivamente para os médicos em exercício de funções nas entidades públicas empresariais	Promoção do profissionalismo médico
Maio de 2010	Plano de redução de despesa dos Hospitais EPE e SPA (M. da Saúde)		Centralização e controlo dos hospitais	o governo dá início a um processo de centralização e controlo dos hospitais, determinando de forma administrativa a redução de despesas entre os 2 e os 5%.	Redução da lógica empresarial
3/05/2011		<i>Portugal: Memorandum Of Understanding On Specific Economic Policy Conditionality</i>	Centralização, racionalização, concentração	<i>Define a estratégia de contenção e racionalização dos gastos e a política de incremento de receitas no sistema de saúde, para além do estrutura de controlo de gestão</i>	Promoção da lógica do Estado
2012	Direção Geral de Saúde e Ordem dos Médicos		Colaboração informal entre a OM e a agência governamental	<i>Elaboração e difusão de normas de orientação clínica (NOC) para os cuidados de saúde</i>	Promoção da lógica do Estado associada à lógica do profissionalismo
Outubro de 2012	Acordo entre as associações médicas e o governo		Pedido de apoio das associações médicas à comunidade em defesa do serviço público de saúde	<i>a greve de 11 e 12 de Julho passado, a mais participada de sempre no período democrático, que contou com o apoio da Ordem dos Médicos e a compreensão da população portuguesa [...]</i>	Promoção da lógica profissional associada à lógica da comunidade
2013	Relatórios de benchmarking trimestrais das unidades de saúde públicas		Controlo de gestão das unidades de saúde pública	<i>(Com base) no modelo proposto pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), aumentando a transparência e partilha de informação com a comunidade numa perspectiva de construção do mercado público de prestadores de cuidados de saúde</i>	Promoção da lógica do Empresarial
2014	Relatório da Primavera, 2014, pág. 24		Centralização do controlo de gestão	<i>centraliza-se porque o MS não confia na capacidade de gestão de quem foi por si nomeado para administrar os hospitais, as ULS, os ACES e os serviços de saúde públicos e descentraliza-se porque o MS considera que passar para sector privado, ainda que não lucrativo, a responsabilidade da gestão de unidades de saúde assegura menor despesa pública</i>	Promoção da lógica do Estado

2.4.2. Os períodos institucionais da saúde em Portugal

De acordo com a análise dos três componentes previamente definidos (Scott *et al.*, 2000) - atores, lógicas institucionais e estruturas de governação - no campo da Saúde em Portugal, no período delimitado de 1961 a 2014, identificamos três períodos institucionais nos cuidados de saúde portugueses: um primeiro período, de 1961 a 1979, que apelidamos de “domínio social e profissional”; um segundo período, de 1979 a 2002, que denominamos de “passagem para o controlo do Estado”; e um terceiro período, de 2002 a 2014, que designamos de “migração para novas formas de governação”.

2.4.2.1. Domínio social e profissional

O primeiro período estende-se desde o início do nosso estudo, no início dos anos 60 do século passado até 1979, quando é publicado o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde^{lv} (SNS). Este período inicial caracteriza-se por uma fragmentação dos cuidados de saúde distribuídos entre prestadores sociais, como as Misericórdias, diversos tipos de associações, desde sindicatos a mutualidades, por prestadores privados de que é exemplo o Grupo CUF, C.P., Cortiças, aos prestadores do Estado como os serviços médico-sociais da Federação das Caixas de Previdência e os hospitais públicos (Relatório sobre as Carreiras Médicas, 2007: 55-61).

Este período, correspondendo ao *modelo associativo* de Streeck e Schmitter (1985), é caracterizado pela intervenção determinante dos profissionais médicos e da sua associação profissional (Ordem dos Médicos) que atuando como “*imprinters*” (Simsek e Heavey, 2015) definirão o modelo de Sistema de Saúde e de governação dos hospitais nos quarenta anos seguintes (Costa, 2007). Embora não se possa falar de um modelo hegemónico médico, a associação profissional viu o seu poder crescer nos vinte anos seguintes a 1961, com o apoio da autoridade pública como pode ser ilustrado pela entrevista concedida pelo ministro da Saúde e Assistência, Martins de Carvalho, ao Jornal do Médico, em 7 de Janeiro de 1961: “*Considero os Estudos sobre a Carreira Médica, em conjunto, como um documento impar na história da nossa administração. Representa a maior contribuição que até hoje, que eu saiba, alguma profissão deu ao Governo para resolução dos seus problemas.*” (Relatório sobre as Carreiras Médicas, 2007:17). A Ordem dos Médicos ao associar uma reivindicação profissional de criação de uma carreira aos de uma reforma estrutural profunda do sistema de saúde conseguiu delimitar um projeto que mexia com princípios doutrinários, administrativos e

de estruturas sanitárias (Costa, 2007). E que pode ser ilustrado na afirmação do seu futuro bastonário e redator do documento, Miller Guerra: “*Encarar isoladamente as Carreiras Médicas, estabelecendo-as no estado em que se encontram os serviços, equivale a truncar a iniciativa da Ordem, comprometendo do mesmo passo a instauração do Serviço de saúde.*” (Guerra e Tomé, 1964). Um outro fato que reforça o nosso argumento diz respeito aos autores deste documento, onde figuravam futuros deputados e secretários de Estado, como Albino Ramos Aroso, António do Carmo Galhordas, Mário Luís Mendes e João Pedro Miller Guerra^{lvi}, e que será destacado pelo responsável político pelo diploma legal de criação do Serviço Nacional de Saúde português^{lvii}.

2.4.2.2. Passagem para o controlo do Estado

O segundo período estende-se entre 1979 e 2002, correspondendo a um período de marcada intervenção do Estado no campo da Saúde, espelhada pela profícua legislação identificada. A mais marcante é a publicação do Estatuto do SNS, que constitui uma transformação determinante na governação na Saúde. Neste diploma o governo assume o direito consagrado na Constituição^{lviii} de que o Estado português se iria tornar no principal interveniente no campo da Saúde.

Este período reflete, de forma inequívoca o *modelo estatal*, onde o governo define o enquadramento legal das estruturas de governação com a autoridade “*rely on legitimate coercion*” (Streeck e Schmitter, 1985: 131). Embora o Estado esteja sempre presente nos diferentes períodos definidos, a sua intervenção neste segundo período é determinante na composição do campo da Saúde e na governação dos cuidados de Saúde. Isso mesmo é expresso na vontade política de “criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito [...]”^{lix}, regulamentado na Lei nº 56/79, de 15 de Setembro, que define um Serviço Nacional de Saúde com “*autonomia administrativa e financeira e (estruturado) numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais e dispondo de serviços prestadores de cuidados primários e serviços prestadores de cuidados diferenciados.*”^{lx}

Entre 1982 e 1984, o Estado promove a estruturação das agências a nível do campo da Saúde, com o objetivo de melhorar a coordenação e agilidade nos processos de atuação. Deste modo, cria as administrações regionais de cuidados de saúde (ARS)^{lxi}, e consagra a autonomia administrativa e financeira do SNS, atribuindo ao Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde, a responsabilidade “*pela execução da política financeira*

do sector”^{lxii}. Prosseguindo a estruturação a nível do campo organizacional da saúde, o Estado publica o diploma ^{lxiii} que regulamenta os Centros de Saúde, como unidades integradas, polivalentes de prestação de cuidados primários, segundo princípios informadores da regionalização. E cria a Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários^{lxiv}, como órgão central com funções de orientação técnico-normativas, de avaliação da atividade dos órgãos e serviços regionais, distritais e locais na área dos cuidados de saúde primários. A dinâmica instituída na área da saúde leva o Estado a assumir a importância deste sector, transformando a Secretaria de Estado em Ministério da Saúde^{lxv}.

Em 1988, o governo^{lxvi} dará início a um longo processo legislativo com a intenção de alterar a lógica institucional no campo da Saúde, através da publicação da lei de gestão hospitalar^{lxvii}. Esta legislação introduz novos conceitos ao definir o hospital como “uma unidade muito complexa onde se produzem bens e serviços”, que “devem organizar-se e ser administrados em termos empresariais”, e promover “a criação de centros de responsabilidade como níveis intermédios de administração.”. Neste diploma, as preocupações financeiras e de sustentabilidade dos hospitais são expressas de forma marcada, com enfoque na “obtenção de bons níveis de rentabilidade do seu trabalho”, de “novas formas de divisão de trabalho” e de “uma melhor cooperação interdisciplinar”, da criação de centros de responsabilidade geridos por “responsável profissionalizado”. Esta legislação terá a oposição determinada dos profissionais da saúde, que veem no seu articulado uma ameaça aos princípios do profissionalismo e sobretudo da sua autonomia profissional (Abbott, 1988).

Em 1993, o Estado acentua a lógica empresarial com a publicação do novo estatuto do SNS^{lxviii}, onde são criadas novas estruturas no campo, como as “unidades integradas de cuidados de saúde” como forma de promover a articulação entre os grupos personalizados de centros de saúde e os hospitais e as regiões de saúde, dirigidas por administrações com competências e atribuições reforçadas. O governo alarga o âmbito de aplicação do Estatuto, que passará a integrar não apenas as “instituições e serviços que constituem o Serviço Nacional de Saúde” como as “*entidades particulares e profissionais em regime liberal integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde, quando articuladas com o Serviço Nacional de Saúde*”^{lxix}. Desta forma, o Serviço transforma-se em Sistema Nacional de Saúde. E, obedecendo aos princípios consagrados no programa de governo, promove a descentralização, através da criação das novas administrações regionais de saúde com personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira.

As novas formas de gestão e organização, dentro e fora do Estado, começarão a ser implementadas a partir do final de 1995, com a primeira parceria público-privada e a criação

da primeira experiência de gestão empresarial em hospital público. Assim, em 10 de Outubro de 1995, é concedida a gestão por contrato do Hospital Fernando da Fonseca, à “Hospital Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, S.A.”, detida direta ou indiretamente, em 88% do capital social, pelo José de Mello Saúde, S.A.^{lxx}. E, em 1996, é criado por decreto-lei^{lxxi} o Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, que será objeto de novo diploma legal em 1998^{lxxii}, como forma de alterar o seu estatuto e de permitir “a utilização de instrumentos, técnicas e métodos flexíveis e ágeis, próprios de uma gestão de tipo empresarial”, com o objetivo de promover a utilização de “*meios de gestão maleáveis e adequados [...] como é o caso da contratualização do financiamento em função das actividades a prosseguir, do estabelecimento de incentivos aos profissionais de saúde e da agilização da contratação dos meios necessários ao seu funcionamento.*”. Em 1999, o Estado continua com as experiências inovadoras com a criação da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, englobando o Hospital de Pedro Hispano e os quatro centros de saúde da sua área de influência.

Na fase final deste período, que podemos considerar de transição, o Estado avança para uma nova lógica no campo organizacional, promovendo a descentralização da tomada de decisão, do planeamento e do controlo dos recursos, inicialmente com a criação dos centros de responsabilidade integrados (CRI) nos hospitais do SNS^{lxxiii} e com a criação das agências de contratualização dos serviços de saúde^{lxxiv}, que sucedem às agências de acompanhamento dos serviços de saúde, procurando vincar a distinção entre prestação e financiamento dos serviços. É ainda neste período que é estabelecido o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), constituídos pelos centros de saúde, hospitais e outros serviços e entidades, públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos numa determinada área geográfica ou região de saúde^{lxxv}. A lógica do Estado estende-se para fora dos limites do SNS, com a definição do sistema nacional de saúde, obrigando à regulamentação da atividade privada, através de um conjunto de diplomas que incluem o licenciamento de unidades privadas de saúde que utilizam radiações ionizantes^{lxxvi}, os laboratórios privados^{lxxvii}, as clínicas de Medicina Física e de Reabilitação^{lxxviii} e as unidades privadas de diálise^{lxxix}.

Finalmente, em 2001, é criado o Hospital do Barlavento Algarvio^{lxxx}, seguindo os princípios legais definidos para o Hospital de São Sebastião.

2.4.2.3. Migração para novas formas de governação

O terceiro período, de 2002 até 2014, corresponde ao período de transformação da governação das unidades de cuidados de saúde para um controlo empresarial de acordo com

mecanismos do mercado. Também aqui a regulação imposta pelo Estado foi determinante, com a Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, a definir um novo modelo de gestão hospitalar: o modelo de gestão de tipo empresarial (EPE).

Este período, que se sobrepõe à fase de transição anteriormente descrita, corresponde ao *modelo mercado*, onde as empresas e as associações empresariais se tornam mais proeminentes, com incentivos e controlos semelhantes aos mercados. Surgem novas formas de organização, dentro e fora da esfera do Estado, com o objetivo de fornecer o melhor serviço num sector agora dominado pelas forças do mercado. As associações profissionais e os seus sistemas de governação tornam-se menos influentes com as agências do Estado a definir novas regras e políticas baseadas na desregulamentação e na competição entre entidades públicas e entre estas e as entidades privadas. As carreiras profissionais entram numa fase de eclipse por via da desregulação do mercado de trabalho e de uma mercadorização da prestação pública dos cuidados de saúde (Stoleroff e Correia, 2008) condicionando um declínio do profissionalismo no campo da saúde.

Na prossecução da lógica pretendida, o governo publica em 2002 o diploma^{lxxxii} que altera a Lei de Bases da Saúde, e um conjunto de decretos-lei^{lxxxiii}, procedendo à transformação de 31 hospitais em EPE. E constitui uma nova agência designada “Hospitais SA” com a missão de “*condução do processo global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de empresarialização dos hospitais*”^{lxxxiii}. No mesmo ano cria a rede integrada de cuidados de saúde primários promovendo a articulação dos cuidados primários com os hospitalares e os continuados, integrando as entidades públicas, privadas e de natureza social. E a Entidade Reguladora da Saúde, por via do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro. Deste modo, o Estado promove a separação das funções de regulador e supervisor das funções de prestador e financiador.

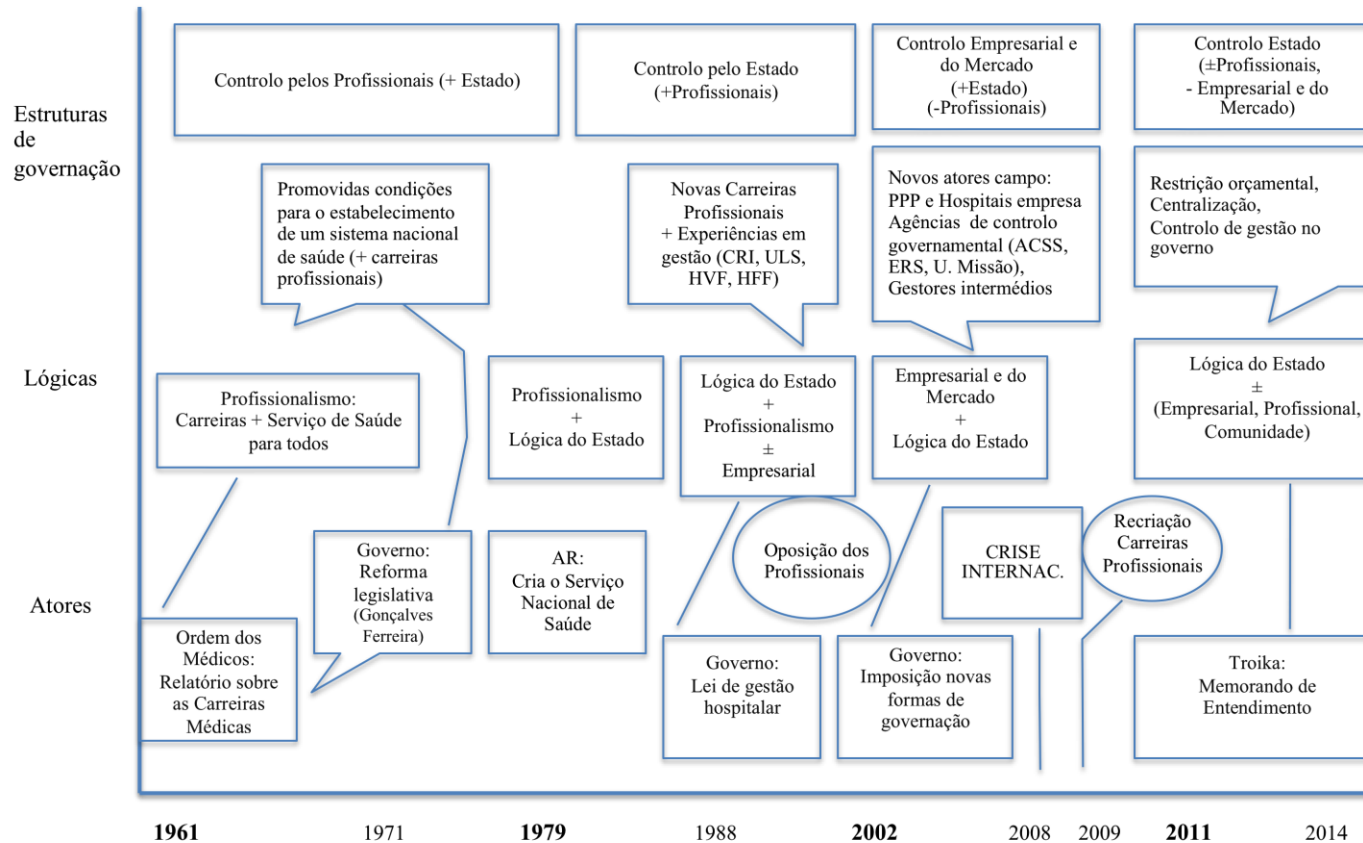
A mudança de governo, em 2005, irá determinar uma discreta alteração da trajetória definida, com a transformação dos Hospitais SA (Sociedade Anónima) em Hospitais EPE (Empresas Públicas do Estado) e a criação dos primeiros centros hospitalares^{lxxxiv}. E dois anos depois, com a reforma dos cuidados de saúde primários, são criadas as primeiras unidades de saúde familiar (USF) seguindo a lógica implementada no campo^{lxxxv}, mais tarde integradas em agrupamentos de centros de saúde^{lxxxvi}. A finalizar a recomposição do campo, o governo promoverá a reestruturação da organização dos serviços de saúde pública e a sua articulação com as administrações regionais de saúde e os agrupamentos de centros de saúde^{lxxxvii}.

Este processo de mudança das lógicas institucionais, iniciado pelo governo em 2002, terá consequências significativas dentro das unidades de saúde públicas. A desestruturação das carreiras profissionais, designadamente das carreiras médicas, terá um “efeito cascata” dentro dos serviços, com o colapso das equipas, base de trabalho dos serviços, e a captação pelos grupos privados emergentes de parte significativa dos profissionais mais jovens e qualificados associado à aposentação antecipada de parte dos profissionais seniores (Relatório da Primavera, 2008).

Em 2009, o governo^{lxxxviii} reconhece o problema e aceita realizar uma inflexão da política desenvolvida nos dez anos precedentes, ao acordar com as associações profissionais a recriação das carreiras profissionais^{lxxxix}, inicialmente com os médicos e posteriormente com os outros grupos profissionais. O entendimento expresso é que o “*desenvolvimento técnico e científico dos profissionais do SNS é um factor crítico para o sucesso do serviço público de Saúde*”, que as “*carreiras médicas têm sido um requisito e um estímulo para um percurso de diferenciação profissional, marcado por etapas exigentes, com avaliação inter-pares e reconhecimento institucional*” e “*É, por isso, necessário preservar e aperfeiçoar este património – as carreiras médicas - em todas as instituições e estabelecimentos integrados no SNS, independentemente da sua natureza jurídica.*”^{xc}.

A crise de 2008 e o programa de assistência financeira ao Estado português em 2011, com as restrições orçamentais impostas, irá sobrepor-se aos problemas existentes e acentuar a desestruturação dos serviços ao impedir a contratação dos profissionais mais jovens e facilitar a saída dos profissionais mais diferenciados para o sector privado da saúde. Para o ministro da Saúde^{xcii}, o SNS conseguiu superar as dificuldades, “*com uma redução orçamental sem paralelo tivemos, com os gestores das unidades e os profissionais de saúde, de [...] honrar o compromisso assistencial para com os cidadãos, manter a coesão social e melhorar [...] os indicadores de saúde*” e falando sobre os hospitais, “*os hospitais demonstraram uma enorme resiliência face às adversidades e souberam adaptar-se da melhor forma, gerindo com eficiência os recursos e colocando cada vez mais serviços ao dispor do cidadão*”.

Figura 2.2. Acontecimentos chave de acordo com os três componentes em estudo



Legendas: AR: Assembleia da República; CRI: Centro de Responsabilidade Integrado; ULS: Unidade Local de Saúde; HVF: Hospital Vila da Feira; HFF: Hospital Fernando da Fonseca; PPP: Parcerias Público-Privadas; ACSS: Administração Central dos Serviços de Saúde; ERS: Entidade Reguladora da Saúde; U. Missão: Unidade Missão.

2.5. Discussão e conclusões

Ao definirmos o presente estudo como qualitativo, exploratório e descritivo aceitamos algumas limitações que estão subjacentes ao método, sobretudo pela abordagem narrativa interpretativa que adoptamos sobre os acontecimentos chave selecionados no período em estudo. Uma segunda limitação pode ser apontada pelas fontes documentais, essencialmente secundárias, de arquivo ou produzidas pelos atores principais do campo, podendo criar vieses em relação com a perspetiva desses atores sobre os acontecimentos em estudo. No entanto, tendo em conta os elementos considerados no estudo acreditamos que tal situação não ocorreu, um vez que a linha do tempo definida no estudo foi sistematicamente suportada pela triangulação entre os dados de arquivo dos diversos atores, os artigos na comunicação social e a legislação produzida pelo Estado ao longo dos cinquenta anos do estudo.

Como proposta para futuras investigações nesta área consideramos que a análise do campo da saúde em Portugal poderia ser efetuada por um período mais longo, permitindo avaliar a origem e a evolução de muitas das organizações de cuidados de saúde que foram identificadas no presente estudo. Outra questão que fica em aberto, podendo ser objeto de estudo, é a análise do processo de implementação do Memorando de Entendimento no campo da saúde, permitindo avaliar como evoluíram as lógicas institucionais, como se posicionaram os atores principais e quais as formas de governação que resultaram dessa intervenção feita por atores externos ao campo.

No presente estudo propusemos analisar a evolução do ambiente institucional do campo organizacional da saúde em Portugal no período entre 1961 e 2014. Com base nos componentes institucionais de Scott *et al.* (2000) e no enquadramento proposto por Streeck e Schmitter (1985) definimos três períodos institucionais: um período entre 1961 e 1979 que denominamos de “domínio social e profissional”; um segundo período entre 1979 e 2002 que apelidamos de “passagem para o controlo do Estado”; e um terceiro período entre 2002 e o presente que consideramos de “migração para novas formas de governação”. Considerando os três componentes previamente definidos identificamos um primeiro período dominado pelo profissionais médicos que através de uma ação associativa, ou de concertação organizacional (Streeck e Schmitter, 1985) propuseram um plano de desenvolvimento profissional associado a uma recomposição organizacional no campo da saúde (Relatório sobre as Carreiras Médicas, 2007). Este documento será a base de desenvolvimento do profissionalismo médico, garantindo o controlo jurisdicional e a legitimidade coerciva da sua associação profissional, ao mesmo tempo que definia o futuro sistema de saúde português. O

sistema de saúde preconizado será legitimado quase vinte anos depois e assinala o segundo período institucional, caracterizado pelo controlo do Estado. Este processo será instituído inicialmente com a oposição da associação profissional médica que vê nele o risco de proletarização da sua atividade (Barnett *et al.*, 1998). Se atentarmos ao modelo proposto por Pache e Santos (2010) o ambiente institucional no campo pode ser definido pela conjugação das lógicas institucionais que têm representação e voz dentro das organizações, e que no caso estudado são representados pelos administradores e restantes agentes do Estado e pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelos médicos, priorizando as duas lógicas presentes no campo, a do Estado e a do Profissionalismo. Mas, neste período, muitos dos controlos do Estado estavam associados aos sistemas profissionais. Os administradores hospitalares não intervinham fora das suas competências mais estritas, e não interferiam com os clínicos que continuavam a deter o poder da legitimidade perante a comunidade.

No período seguinte, este equilíbrio será quebrado por ação do governo, que através de uma reforma legislativa promove uma nova lógica, a empresarial e do Mercado, que não será negociada, mas antes imposta como a necessária para garantir a sustentabilidade do sistema, à semelhança do processo de reforma de Alberta, Canadá (Reay e Hinings, 2005). Assiste-se, dentro e fora do campo organizacional, a uma “demonização” da ação dos profissionais de saúde, sobretudo dos médicos, como os principais responsáveis pela desorganização e degradação do SNS. As associações profissionais deixam de ter voz, o que pode ser ilustrado pelas denúncias sucessivas de falta de diálogo do governo por parte das associações profissionais referenciado pelo OPSS no seu Relatório da Primavera (2004) e pela desarticulação das carreiras profissionais através da desregulação do mercado de trabalho (Stoleroff e Correia, 2008). O discurso intraorganizacional é de ganhos de produção, de rentabilização de recursos, de controlo dos processos. Os profissionais são confrontados na sua atividade diária com sistemas informatizados “consumidores-de-tempo” e uma miríade de tarefas que nada têm a ver com suas funções tradicionais. As questões de identidade e autonomia profissional são agora perspetivadas dentro de um sistema de controlo *top-down* pelos gestores e pelo governo (Evetts, 2014).

A nível do campo organizacional, a abertura do sistema público de saúde às regras do Mercado com o impulso dado pelo governo à concorrência entre prestadores públicos, público-privados e privados favorece a “mercadorização da prestação pública de cuidados de saúde” (Correia, 2009) e a desregulação do mercado de trabalho. Este conjunto de iniciativas governamentais facilitam a mobilização dos profissionais médicos e a fuga para o sector público-privado e privado, associado à aposentação, em muitos casos antecipada, dos

profissionais seniores mais diferenciados (Relatório da Primavera, 2008). A lógica predominante é a Empresarial e do Mercado, associada à lógica do Estado, enquanto a lógica Profissional embora persistente torna-se secundária.

A opção governamental de um sistema público de saúde gerido de acordo com os princípios empresariais do sector privado e as regras do Mercado, sem um controlo de gestão eficaz pelo Estado mostra-se desastrosa para as finanças públicas. Associado ao problema financeiro, os serviços de saúde e os hospitais mostram sinais de um colapso organizacional, a que não será estranho a desinstitucionalização das carreiras profissionais e o declínio do profissionalismo.

Em 2009, o governo procura reverter o processo estabelecendo um acordo com as associações profissionais para a criação das novas carreiras, mas as dificuldades financeiras não serão revertidas e dois anos depois atores externos ao campo estabelecem as novas regras do jogo. A ordem é agora de centralização, com a criação de uma agência governamental para o controlo de gestão e a perda da autonomia dos gestores empresariais associada a uma racionalização e concentração dos meios e das unidades de cuidados de saúde (Memorando de Entendimento, 2011).

Baseado nos conceitos definidos por Goodrick e Reay (2011) podemos vislumbrar uma constelação de lógicas presentes nas organizações do campo. A lógica dominante é agora a do Estado, com três lógicas secundárias presentes: a Profissional em expansão, com processos de cooperação ou de relacionamento aditivo (Reay e Hinings, 2009); a lógica da Comunidade a demonstrar que pode impor-se à vontade política e do Estado, condicionando mesmo uma remodelação governamental e a lógica do Mercado, em franca regressão perante a imposição de uma centralização do controlo de gestão das organizações públicas do campo (Relatório da Primavera, 2014).

A análise efetuada projeta-nos nos estudos de Stinchcombe (1965), sobre a forma como as organizações incorporam elementos do ambiente que persistem ao longo do tempo como “impressões digitais” que definem as práticas, crenças e valores dessas organizações. Identificamos na nossa investigação alguns acontecimentos chave e períodos temporais específicos, que podemos definir como “breves períodos sensíveis de transição”, que determinaram as camadas de “impressões”, ou camadas de história depositadas nas unidades de saúde em Portugal. Este processo de sedimentação (Cooper *et al.*, 1996) permite que os vestígios das camadas mais antigas não sejam removidas pelas novas camadas, constituindo conjuntos complexos de ideias, práticas e valores sobrepostos, que se acumulam nas organizações com o tempo.

Se considerarmos os estudos realizados por autores como Pache e Santos (2010) e Rao *et al.* (2003), verificamos que é possível a integração de múltiplas lógicas nas organizações, permitindo mesmo a ocorrência de fenómenos de hibridação, desde que exista a aprovação dos atores a nível do campo. Estas organizações que enfrentam a complexidade institucional e evoluem com sucesso para formas híbridas mistas resultam da construção de uma identidade organizacional sólida e positiva que consegue reconciliar as múltiplas tensões dentro do campo (Greenwood *et al.*, 2011).

O que verificamos nas organizações públicas portuguesas situadas no campo da saúde é que estes processos - integração de múltiplas lógicas nas organizações e a sedimentação - não foi considerado em 2002, quando o governo decidiu promover uma mudança das lógicas institucionais, enfrentando dentro e fora do campo uma oposição sistemática e crescente dos restantes atores. Tal acabou por condicionar o resultado da mudança e determinou a quase implosão do sistema público de saúde.

2.6. Bibliografia

Abbott, A. (1988), *The System of Professions – An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, IL: University of Chicago Press.

AHA, American Hospital Association (2016), Fast Facts on US Hospitals, <http://www.aha.org/research/rc/stat-studies/fast-facts.shtml> , consultado dia 31-01-2016.

Barley, S.R., P.S. Tolbert (1997), Institutionalization and structuration: Studying the links between action and institution, *Organization Studies* 18, 93-118.

Barnett, J. R., P. Barnett, e R.A. Kearns (1998), Declining professional dominance?: Trends in the proletarianisation of primary care in New Zealand, *Social Science & Medicine* 46(2), 193-207.

Barros, P.P. (2009), *Economia da Saúde - conceitos e comportamentos*, 2ª Edição revista, Lisboa, Almedina.

Barros, P.P., S.R. Machado, e J.A. Simões (2011), Portugal: health system review. Health systems in transition. *European Observatory on Health Systems and Policies* 13(4), 1-156.

Barros Veloso, A.J. (2013), Prefácio, *O “Espírito dos Hospitais Cívicos de Lisboa, Episódios da vida médica*, coordenador Luiz Damas Mora, Ed. By The Book, Lisboa.

Battilana, J., e S. Dorado (2010), Building sustainable hybrid organizations: The case of commercial microfinance organizations, *Academy of Management Journal* 53, 1419–1440.

Burgoyne, J.G. (1994), Stakeholder analysis, in C. Cassell e G. Simon (eds), *Qualitative methods in organizational and occupational psychology*, London: Sage.

Cassell, C., G. Symon (2004), *Essential Guide to Qualitative Methods in Organizational Research*, SAGE Publications Ltd, London.

Christian, F., D.F. Pitt, J. Bond, P. Davison e A. Gomes (2008), Professionalism – connecting the past and the present and a blueprint for the Canadian Association of General Surgeons, *Can J Surg* 51(2), 88–91.

Cooper, D.J., B. Hinings, R. Greenwood, e J.L. Brown (1996), Sedimentation and transformation in organizational change: The case of Canadian law firms, *Organization Studies* 17(4), 623-647.

Correia, C. (2009), A reconceptualização dos modos de produção de saúde no contexto da reforma hospitalar portuguesa, *Revista Crítica de Ciências Sociais* 85, 83-103.

Costa, R.M.P. (2007), A Ordem dos Médicos e a condição do trabalho médico no Estado Novo, *Revista da Faculdade de Letras, História* III(8), 355-381.

Currie, G., A. Lockett, R. Finn, G. Martin, e J. Waring (2012), Institutional Work to Maintain Professional Power: Recreating the Model of Medical Professionalism, *Organization Studies* 33(7), 937– 962.

Deephouse, D.L., e M. Suchman (2008), Legitimacy in organizational institutionalism, *The Sage handbook of organizational institutionalism*, 49-77.

DiMaggio, P.J., e W.W. Powell (1983), The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields, *American Sociological Review* 48, 147-160.

Evetts, J. (2014), The Concept of Professionalism: Professional Work, Professional Practice and Learning, S. Billett et al. (eds.), *International Handbook of Research in Professional and Practice-based Learning*, Springer International Handbooks of Education, 29-56.

Fernandes, A.C., A.M. Nunes (2016), Os Hospitais e a Combinação Público-Privado no Sistema de Saúde Português, *Acta Med Port* 29(3), 217-223.

Ferreira, P. L., e V. Raposo (2006), A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação, *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 22, 285-296.

Freidson, E. (2001), *Professionalism: The Third Logic*. Cambridge: Polity.

Friedland, R., e R.R. Alford (1991), Bringing society back in: Symbols, practices and institutional contradictions, in *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, ed. Walter W. Powell e Paul J.DiMaggio, Chicago, University of Chicago Press, 232-263.

Giddens, A. (1984), *The constitution of society: Outline of the theory of structuration*, Univ. of California Press.

Glynn, M.A., R. Abzug (2002), Institutionalizing Identity: Symbolic Isomorphism and Organizational Names, *Academy of Management Journal* 45(1), 267-280.

Goodrick, E., T. Reay (2011), Constellations of Institutional Logics: Changes in the Professional Work of Pharmacists, *Work and Occupations* 38(3), 372-416.

Greenwood, R., e C.R. Hinings (1993), Understanding strategic change: The contribution of archetypes, *Academy of Management journal* 36(5), 1052-1081.

Greenwood, R., C.R. Hinings (1996), Understanding Radical Organizational Change: Bringing Together the Old and New Institutionalism. *Academy of Management Review* 27(4), 1022-1054.

Greenwood, R., R. Suddaby e C. R. Hinings (2002), Theorizing Change: The Role of Professional Associations in the Transformation of Institutionalized Fields, *Academy of Management Journal* 45(1), 58-80.

Greenwood, R., M. Raynard, F. Kodeih, E. Micelotta, e M. Lounsbury (2011), Institutional complexity & organizational responses, *Academy of Management Annals* 5(1), 317-371.

Guerra, M., F. Tomé (1964), A profissão médica e os problemas da Saúde e da Assistência, *Análise Social*, II(7-8), 623-651.

- Kitchener, M. (2002), Mobilizing the logic of managerialism in professional fields: The case of academic health centre mergers, *Organization Studies* 23(3), 391-420.
- March, J.G., J.P. Olsen (1984), The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life, *The American Political Science Review* 78(3), 734-749.
- Marquis, C. (2003), The pressure of the past: Network imprinting in intercorporate communities, *Administrative Science Quarterly* 48, 655-689.
- Marquis, C. e A. Tilcsik (2013), Imprinting: Toward a Multilevel Theory, *The Academy of Management Annals* 7(1), 195-245.
- McCann, L., E. Granter, P. Hyde, J. Hassard (2013), Still blue-collar after all these years? An ethnography of the professionalization of emergency ambulance work, *Journal of Management Studies* 50, 750–76.
- Memorando de Entendimento (2011), *Portugal: Memorandum Of Understanding On Specific Economic Policy Conditionality, 3 May 2011*.
- Meyer, J.W., e B. Rowan (1977), Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony, *American Journal of Sociology* 83, 340-363.
- Navis, C., M.A. Glynn (2010), How New Market Categories Emerge: Temporal Dynamics of Legitimacy, Identity, and Entrepreneurship in Satellite Radio, 1990-2005, *Administrative Science Quarterly* 55(3), 439-471.
- Pache, A.C., F. Santos (2010), When worlds collide: The internal dynamics of organizational responses to conflicting institutional demands, *Academy of Management Review* 35, 455-476.
- Pache, A.C., F. Santos (2013), Inside the Hybrid Organization: Selective Coupling as a Response to Competing Institutional Logics, *Academy of Management Journal* 56(4), 972-1001.
- Pinto da Costa, M.J.R. (2012), *Sistemas de Saúde – Convergência de modelos*, Tese de Doutorado em Ciências Empresariais, Universidade Fernando Pessoa.
- Rao, H., P. Monin, e R. Durand (2003), Institutional change in Toque Ville: Nouvelle cuisine as an identity movement in French gastronomy, *American Journal of Sociology* 108(4), 795–843.
- Reay, T., e C.R. Hinings (2005), The recomposition of an organizational field: Health care in Alberta, *Organization Studies* 26, 351–384.
- Reay, T., K. Golden-Biddle, e K. Germann (2006), Legitimizing a new role: Small wins and microprocesses of change, *Academy of Management Journal* 49, 977–998.
- Reay, T., e C.R. Hinings (2009), Managing the Rivalry of Competing Institutional Logics, *Organization Studies* 30, 629-652.

Relatório da Primavera (2004), Incertezas, Gestão da mudança na Saúde, *Observatório Português dos Sistemas de Saúde*, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.

Relatório da Primavera (2008), Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas, *Observatório Português dos Sistemas de Saúde*, CEISUC, Coimbra.

Relatório da Primavera (2010), Desafios em tempo de crise, *Observatório Português dos Sistemas de Saúde*, Lisboa.

Relatório da Primavera (2011), Da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde, *Observatório Português dos Sistemas de Saúde*, Lisboa.

Relatório da Primavera (2014), Saúde, Síndrome de Negação, *Observatório Português dos Sistemas de Saúde*, Lisboa.

Relatório sobre as Carreiras Médicas ([1961]/2007), Reedição Ordem dos Médicos/CELOM a partir da versão de 1967.

Rhodes, R.A.W. (1996), The new governance: governing without government, *Political studies* 44(4), 652-667.

Ruef, M., P.J. Mendel, e W.R. Scott (1998), An organizational field approach to resource environments in healthcare: Comparing entries of hospitals and home health agencies in the San Francisco Bay region, *Health Services Research* 32(6), 775–803.

Schmitter, P.C. (2010), Governance Arrangements for Sustainability: A Regional Perspective, *Corporate Governance* 10(1), 85–96.

Scott, W.R. (2004), Reflections on a half-century of organizational sociology, *Annu. Rev. Sociol.* 30, 1–21.

Scott, W.R., M. Ruef, P.J. Mendel e C.A. Caronna (2000), *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*, Chicago, University of Chicago Press.

Scott, W.R. ([1995]/2014), *Institutions and Organizations: ideas, interests and identities*, [1]/4th Ed., Sage Publications, Stanford University.

Seo, M.G., e W.E.D. Creed (2002), Institutional Contradictions, Praxis, and Institutional Change: A Dialectical Perspective, *Academy of Management Review* 27(2), 222-247.

Simsek, Z., B.C. Fox, C. Heavey (2015), “What’s Past Is Prologue”: A Framework, Review, and Future Directions for Organizational Research on Imprinting, *Journal of Management* 41(1), 288–317.

Smets, M., T. Morris, e R. Greenwood (2012), From practice to field: A multilevel model of practice driven institutional change, *Academy of Management Journal* 55, 877–904.

Stinchcombe, A.L. (1965), Social structure and organizations, In J.G. March (Ed.), *Handbook of organizations*, Chicago, IL: Rand McNally, 142–193.

Stoleroff, A., e T. Correia (2008), A empresarialização do setor hospitalar público português: a desregulação do mercado de trabalho médico e os desafios sindicais para a sua re-regulação, *CIES e-Working Paper* 47, 1-31.

Obtido em: http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIESWP47_Stoleroff-Correia_.pdf

Streeck, W., e P.C. Schmitter (1985), Community, Market, State-and Associations? The Prospective Contribution of Interest Governance to Social Order, *European Sociological Review* 1(2), 119-138.

Thornton, P., e W. Ocasio (1999), Institutional Logics and the Historical Contingency of Power in Organizations: Executive Succession in the Higher Education Publishing Industry, 1958–1990, *American Journal of Sociology* 105(3), 801–843.

Thornton, P. H., e W. Ocasio (2008), Institutional logics, In R. Greenwood C. Oliver & R. Suddaby, *The SAGE handbook of organizational institutionalism*, London: SAGE Publications Ltd., 99-129.

Thornton, P. H., W. Ocasio, e M. Lounsbury (2012), *The Institutional Logics Perspective – A New Approach to Culture, Structure, and Process*, Oxford University Press, United Kingdom.

Zucker, L. G. (1977), The role of institutionalization in cultural persistence, *American Sociological Review* 42, 726-743.

Zuckerman, H. S. (1983). Industrial rationalization of a cottage industry: multi-institutional hospital systems. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, (468), 216-30.

AS CARREIRAS MÉDICAS COMO PARADIGMA DO PROFISSIONALISMO MÉDICO: ABORDAGEM DA SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO E FORMAS DE LEGITIMAÇÃO

3.1. Introdução	58
3.2. Revisão da literatura	61
3.2.1. O profissionalismo médico	61
3.2.2. As associações profissionais enquanto atores institucionais	63
3.2.3. As associações profissionais enquanto fontes de legitimação	64
3.3. Método	67
3.4. O profissionalismo médico em Portugal	69
3.5. As associações profissionais enquanto agentes reguladores	82
3.6. As carreiras médicas e as suas fontes de legitimação	96
3.7. Discussão e conclusões	103
3.8. Bibliografia	109

3.1. Introdução

Em geral, atribuímos ao profissionalismo certas qualidades e valores, alguns de forma consensual, que permitem exemplificar o conceito (Rowley, 2000). De acordo com o mesmo autor, o termo “profissionalismo” é um constructo de atributos que “*consists of various traits, characteristics, behaviours and qualities that are attributed to those that others hold in high esteem, especially colleagues in the same profession*” (Rowley, 2000). O profissionalismo pode ainda ser entendido como um modelo distinto de organização do trabalho, definido pela competência na gestão de uma área exclusiva de conhecimento, através de programas de educação formais, da autorregulação e do compromisso com valores específicos da profissão (Abbott, 1988). Se nos referirmos ao profissionalismo médico, teremos de ter em conta algumas outras qualidades como o altruísmo, respeito, integridade, submissão a um código ético, mas sobretudo o respeito ao doente expresso na relação médico-doente (Van De Camp *et al.*, 2004).

No início dos anos 70, alguns estudos vieram colocar em questão esta visão “idealista” do profissionalismo levantando sérias objecções aos interesses reais das profissões, que segundo alguns autores estariam mais próximas da defesa de posições de privilégio, de poder e das reivindicações dos próprios profissionais (Freidson, 1970; Sarfatti-Larson, 1977). A perspectiva defendida por Freidson (1970) centrava os estudos sobre o profissionalismo nas questões sobre o poder e o domínio ocupacional, do modo como as profissões utilizavam os recursos técnicos, organizacionais e políticos disponíveis para manterem o controlo da organização e do mercado de trabalho. Esta perspectiva demasiado focalizada neste paradigma esquecia o papel muito mais relevante das profissões na construção, organização e ordenação da vida social (Muzio *et al.*, 2013).

O trabalho seminal de Abbott (1980) veio recentrar as perspectivas estabelecidas sobre as profissões, passando do foco na identificação das características fundamentais das profissões para os processos de profissionalização associados a reivindicações de jurisdição sobre áreas de conhecimento estabelecidas ou emergentes entre grupos profissionais e ocupacionais concorrentes. Este é o percurso mais recente das investigações nesta área com uma atenção crescente nas relações entre os processos de profissionalização e de institucionalização (Muzio *et al.*, 2013). Esta abordagem dá relevância ao papel dos profissionais enquanto agentes institucionais, baseando-se na assunção que as profissões são condicionadas, não só pelo contexto institucional onde se inserem, como os mercados ou o Estado, mas também pela sua capacidade para atuarem enquanto agentes. E seria esta

situação que lhes permitiria moldar os domínios institucionais através dos elementos reguladores, normativos e cultural-cognitivos (Scott, 2008). Outros autores (Bonham, 2013; Bordass e Leaman, 2013) preferem sublinhar outras iniciativas, nomeadamente por parte do Estado, enquanto cliente influente ou predominante, na criação de agências independentes das organizações profissionais para coordenar e controlar o desempenho dos serviços profissionais contratados, recorrendo, se necessário, a instituições internacionais para obter as fontes de legitimidade para as mudanças promovidas.

O aparecimento do *New Public Management* (NPM) no final dos anos 80 veio alterar as organizações profissionais, nas corporações e no Estado, ao promover as técnicas e processos da gestão empresarial no interior destas organizações (Hood, 1991), na adopção de mecanismos de mercado, como por exemplo a competição e a contratualização externa, na mudança de estatuto dos seus quadros técnicos e nas auditorias realizadas por atores ou organizações externas (Beck, 2009). No campo da saúde, esta nova visão sobre a gestão das unidades de saúde associada aos problemas relatados sobre o erro em Medicina nos EUA e no Reino Unido no final dos anos 90, colocou em causa a competência, a formação e o controlo do exercício técnico pelas associações profissionais (Seale *et al.*, 2006), favorecendo a abordagem empresarial e a standardização de processos e procedimentos. Esta situação limitou as profissões de saúde, promovendo uma erosão das comunidades profissionais e a sua “desprofissionalização” (Carey, 2007), surgindo, mais tarde, como responsável pelos efeitos indesejados nos cuidados de saúde (Evetts, 2014). Porém, a caracterização do modo como os profissionais e as associações profissionais atuam no campo para legitimar e institucionalizar as crenças, valores e práticas permanece por ser melhor explicitada na literatura. Neste sentido, concebemos o presente estudo que analisa o papel de agência dos profissionais e das associações profissionais médicas nas mudanças institucionais ocorridas no campo da saúde português nos últimos cinquenta anos através do processo de institucionalização e legitimação das carreiras médicas (Muzio *et al.*, 2013).

O conceito de associação profissional utilizado no estudo corresponde ao da organização profissional que desenvolve esforços para regulamentar as competências técnicas e as práticas da profissão no seu campo. Em Portugal, estas organizações podem ser de âmbito regional ou nacional, e corresponder a associações de âmbito mais técnico e deontológico, como é o caso da Ordem dos Médicos (OM) e dos seus Conselhos Regionais, as de âmbito mais científico e formativo, como são as sociedades específicas das diversas especialidades e competências ou corresponderem aos sindicatos do sector, mais focalizados nas condições de trabalho, remunerações e no estatuto da profissão. A sobreposição das áreas

de intervenção entre a OM e os sindicatos médicos é motivo para algum conflito interno entre as organizações, resultante do estatuto profissional dos médicos, habitualmente designado por Carreiras Médicas (CM), integrar normas do âmbito dos dois grupos de organizações. A explicação para esta situação pode ser dada pelo fato do Estado ser o principal parceiro na formação pré e pós-graduada, na regulamentação do mercado de trabalho e na prestação de cuidados de saúde, desempenhando um papel de charneira no campo da Saúde (Nerland e Karseth, 2015). As sociedades científicas não serão objeto de estudo dado o seu papel de intervenção mais restrito e com menos influência no campo organizacional da saúde. Em Portugal, este campo organizacional pode ser caracterizado como um campo maduro e profundamente institucionalizado (Greenwood *et al.*, 2002), apesar do conflito persistente entre lógicas institucionais concorrentes nos últimos anos, à semelhança do descrito por diversos autores (Scott *et al.*, 2000; Reay e Hinings, 2005; 2009).

Tendo em conta os estudos prévios que identificaram as diferentes estratégias utilizadas pelas profissões para a construção e defesa dos limites jurisdicionais da sua área de intervenção perante processos de mudança quer endógenos, quer exógenos (Abbott, 1988; Suddaby e Greenwood, 2005; Reay e Hinings, 2009), e o estudo de Scott (2008) que aponta as profissões como os agentes institucionais mais proeminentes do nosso tempo, nas suas palavras “Lords of the Dance”, definimos as questões que procuramos responder no presente estudo: *Como é que os profissionais médicos portugueses definiram os limites jurisdicionais da sua atividade? Que estratégias, processos e práticas desenvolveram as associações profissionais médicas para construir, manter ou desafiar as instituições presentes no seu campo institucional? Como reagiram as associações profissionais médicas às iniciativas externas que procuraram remodelar a sua prática profissional?*

Este artigo está estruturado do seguinte modo: na primeira seção é efetuada uma breve revisão da literatura. Na segunda seção é apresentado o método e as fontes de dados empregue no estudo. Em seguida, é analisado o profissionalismo médico em Portugal e o papel das associações profissionais enquanto agentes reguladores da profissão. Na sexta seção, é apresentado o enquadramento analítico que combina as perspetivas sobre as carreiras médicas (CM) com as lógicas institucionais enquanto determinantes das ações destas associações e as suas fontes de legitimação. Nesta seção é discutido o modo como as associações profissionais médicas realizaram a institucionalização e a legitimação das carreiras médicas e as suas implicações nas lógicas institucionais no campo da Saúde em Portugal. Na última seção apresentamos as limitações e propostas para investigação futura, fazemos a discussão e apresentamos as conclusões do estudo.

3.2. Revisão da literatura

3.2.1. O profissionalismo médico

O profissionalismo é um conceito de difícil definição. Embora seja fácil associarmos uma profissão a uma ocupação, se procurarmos definir essa profissão como um constructo social verificamos que não existe qualquer consenso sobre o mesmo (Freidson, 1989). Para Abbott (1988) o mais relevante é analisar os processos de profissionalização associados às disputas jurisdicionais sobre áreas de conhecimento emergentes ou estabelecidas entre grupos profissionais ou ocupações concorrentes. Esta abordagem define um processo dinâmico, de negociação e contestação jurisdicional, central para uma nova perspectiva de profissionalização, e essencial para a compreensão dos fatores potenciadores ou inibidores capazes de afectar a mudança institucional (Abbott, 1988). Para Bresnen (2013), a perspectiva de Abbott sublinha o papel dos profissionais enquanto agentes institucionais, e sublinha a relação profunda entre a profissionalização e a institucionalização da prática profissional, da educação e da formação pós-graduada.

O profissionalismo médico pode ser descrito como um conjunto de valores, atitudes e comportamentos que procura servir os interesses da sociedade antes dos próprios interesses (Barry *et al.*, 2000). De acordo com Fichter (2009) a relação bilateral entre o médico e o doente foi transformada numa tríade onde os interesses do público, enquanto consumidor e pagador, têm cada vez mais de ser considerados. De acordo com esta visão, a relação médico-doente ficou sujeita a novas regras de conduta de forma a comportar os direitos quer do doente, quer da sociedade em geral. Para Southon e Braithwaite (1998) o profissionalismo médico deve ser avaliado, não como um fenómeno social, mas como um fenómeno associado à atividade. Para estes autores a atividade associada à medicina é caracterizada pelos elevados níveis de incerteza e complexidade. A incerteza está relacionada com a diversidade da tarefa, que na medicina pode ser exemplificada pelos mais de dez mil códigos de diagnóstico^{xcii} existentes aos quais se devem associar graus variáveis de gravidade, comorbilidades^{xciii} e uma miríade de complicações para além de outros fatores como a idade, o género, a condição social, entre outros. Na visão de Cox (1995), a gama de doenças é vasta, complicada e multifacetada resultando em práticas que são imprevisíveis e dependentes do contexto individual. A complexidade exige conhecimentos sólidos, práticas e competências de elevado padrão técnico e cientificamente suportados. Estas exigências pressupõem um desenvolvimento individual integrado num grupo ou equipa, com uma formação tutorada e por períodos de tempo mais ou menos longos, aos quais se associa uma atualização ou

educação contínua e permanente, interpares, como forma de manutenção dos padrões e das competências. Os níveis elevados ou muito elevados de complexidade requerem uma especialização, de forma a obter resultados adequados face a procedimentos ou tecnologias sofisticadas e deste modo obrigam à constituição de subgrupos ou equipas dedicadas em subespecialidades ou competências dentro da especialidade (Scott, 2008). Assim, poderemos entender o profissionalismo médico como um conjunto de comportamentos associados com a atividade incluindo um nível elevado de competência, autonomia ou liberdade para controlar a gestão de cada tarefa, empenho na atividade, identificação interpares, um sistema de ética e os meios necessários para manter os padrões da atividade (Scott *et al.*, 2000). Apenas com elevados níveis de profissionalismo podem as organizações profissionais suportar e melhorar os padrões de qualidade dos seus profissionais. Para Southon e Braithwaite (1998) se o profissionalismo é uma condição necessária para o desempenho de uma determinada atividade então é desejável que seja suportado e melhorado. Se essa atividade não necessitar do profissionalismo então este deve ser eliminado dessa atividade. Deste modo, as reformas na Saúde que não tenham em linha de conta a realidade e a complexidade dos serviços de saúde podem promover uma desvalorização do profissionalismo ou nas palavras de Reed e Evans (1987) uma “desprofissionalização” e ter efeitos indesejados nos cuidados de saúde.

No final do século XX o profissionalismo médico foi sujeito a uma pressão sem precedentes. É neste período que são publicados os primeiros estudos sobre o erro em Medicina, pelo *Harvard Medical Practice Study* (Brennan *et al.*, 1991). Este estudo, envolvendo cinquenta e um hospitais de agudos, não-psiquiátricos, americanos, durante os anos 80 e baseado nos registos clínicos de mais de 30.000 doentes, veio revelar o enorme impacto dos erros em medicina e dos seus custos, quer monetários quer em vidas perdidas, nos Estados Unidos (EUA). No ano 2000, seria publicado um relatório decisivo e referencial sobre esta questão, pelo *Institute of Medicine* americano (IOM). Nele seria referenciado que entre 44.000 e 98.000 vidas se perderiam anualmente em hospitais americanos como consequência de erros ocorridos no tratamento de doentes (Khon *et al.*, 2000). Estes estudos tiveram um reflexo profundo na percepção da opinião pública sobre os serviços de saúde e colocaram em causa o desempenho dos profissionais de saúde em geral e dos médicos em particular (Dixon-Woods *et al.*, 2011). As questões levantadas, sobretudo pelos órgãos de comunicação social, sobre a competência, a formação e controlo do exercício técnico acabaram por colocar em causa a capacidade dos profissionais e das suas organizações para controlarem o processo (Seale *et al.*, 2006). A emergência do *New Public Management* (NPM) reforça este movimento colocando em causa o desempenho dos profissionais de

saúde, a lenta assimilação de novas práticas e conhecimentos, a excessiva preocupação com direitos e remunerações dos profissionais a par da reduzida preocupação com as necessidades dos doentes e da comunidade ou mesmo a rivalidade crescente interprofissional (Southon e Braithwaite, 1998). É neste contexto que políticos e gestores intervêm procurando estabelecer medidas de desempenho, recomendações clínicas, protocolos e outras orientações padronizadas, desenvolvendo novos conceitos na saúde como os contratos-programa e a prestação de contas das unidades, promovendo incentivos financeiros para limitar custos (Scott *et al.*, 2000; Reay e Hinings, 2005). Esta procura da simplificação e estratificação através das reformas dos cuidados de saúde foi geradora de conflitos não só com os profissionais, mas também com as expectativas dos próprios doentes. A tensão permanente entre gestores e profissionais de saúde resulta em última análise desta diferença de perspetiva entre a visão burocrática e de mercado do gestor e a visão dos cuidados de saúde complexos e de resultados incertos dos profissionais de saúde (Lazaro e Azcona, 1996).

3.2.2. As associações profissionais enquanto atores institucionais

O processo de oposição e exclusão entre diferentes lógicas tem sido encarado de forma diferente nos últimos anos (Goodrick and Reay, 2011; Leicht e Fennell, 2008). A integração dos conceitos do profissionalismo médico com as lógicas institucionais (Friedland and Alford 1991; Thornton and Ocasio 2008) permitiu avaliar como as múltiplas lógicas interagem e se moldam entre si, nos vários níveis sociais e nos diferentes campos organizacionais (Thornton *et al.*, 2012). E, deste modo, como estas lógicas concorrentes coexistem e influenciam as práticas no campo (Reay e Hinings, 2005; Goodrick and Reay, 2011), ou como os atores individuais ou organizacionais atuam de “baixo-para-cima” como agentes de mudança no campo (Seo e Creed, 2002). A análise institucional das profissões passou a considerar a possibilidade de poderem ocorrer fenómenos de coexistência, sedimentação e hibridização das diferentes lógicas (Noordegraaf, 2011a), senão mesmo de dissociação entre as práticas e a retórica profissional resultando na erosão das características tradicionais do profissionalismo (Evetts, 2014).

As associações profissionais podem ser definidas como formas não-organizacionais de organização social (Muzio e Kirkpatrick, 2011). Elas definem e simbolizam os comportamentos e as práticas profissionais. E, ao contrário dos outros meios sociais passíveis de condicionar a ação coletiva como a burocracia, o mercado ou as redes (Powell, 1990), as associações profissionais gerem a sua ação através da socialização e do controlo ocupacional

(Freidson, 2001). Deste modo, podem ser encaradas como agentes reguladores no seu campo de intervenção (Greenwood *et al.*, 2002). Primeiro, porque é ao nível destas organizações que as normas são negociadas e os acordos estabelecidos (Muzio *et al.*, 2013). Segundo, porque é ainda a este nível que são definidas as regras e os procedimentos formais para a profissão. E, de um modo geral, onde é efetuado o controlo e o julgamento dos comportamentos inadequados dos seus membros (Nerland e Karseth, 2015). Assim, as associações profissionais são as estruturas agregadoras dos profissionais, onde é definido o trabalho profissional e delimitado os seus campos de ação e os seus limites. Ou, de acordo com DiMaggio e Powell (1983: 152) um poderoso “*vehicle for the definition and promulgation of normative rules about organizational and professional behavior*”. Deste modo, podemos analisar a força das profissões pela forma como estas normas se transformam em fatos ou objetos institucionais (Hodgson e Cicmil, 2007).

Para além da sua ação no campo específico de intervenção reconhecemos que as associações profissionais estão cada vez mais integradas num espaço mais vasto e em ampla expansão. Para além dos desafios que são colocados às associações profissionais a nível nacional, estas enfrentam um número crescente de regras, normas e legislação internacional. O que é apontado por Evetts (2011) como os novos mecanismos de regulação, resultantes da emergência de federações profissionais a nível europeu^{xciv}, que definem, ou poderão vir a definir os requisitos educacionais e as normas das boas práticas no mercado europeu. E, onde as organizações nacionais que iremos analisar estão integradas, em muitas situações com representantes nos corpos dirigentes destas federações.

3.2.3. As associações profissionais enquanto fontes de legitimação

As associações profissionais são frequentemente apontadas como agências conservadoras com um papel muito ativo na proteção e manutenção da sua área de jurisdição (Noordegraaf, 2011b). Para outros autores como Greenwood *et al.* (2002) as associações profissionais podem atuar como agentes de mudança, promovendo o debate interno dentro da profissão e possibilitando o reenquadramento da identidade profissional, contribuindo para a institucionalização e a legitimação das mudanças promovidas por agentes externos à profissão.

Scott (2014) define institucionalização como um processo que ocorre ao longo do tempo ou como um conjunto de adaptações sociais, que atingindo um certo estado ou propriedade determinam padrões sociais, os quais quando cronicamente reproduzidos

desencadeiam processos sociais de resposta automática permitindo a sua sobrevivência. Se analisarmos a institucionalização como um processo e atendermos aos três pilares definidos por DiMaggio e Powell (1983) - coercivo, mimético e normativo – dispomos de três concepções de institucionalização, o primeiro baseado nos *retornos crescentes*, o segundo no *reforço dos compromissos* e o terceiro na *objetificação aumentada* (Scott, 2014). A última destas concepções, baseada em Berger e Luckmann (1967), apoia-se no pilar cultural-cognitivo sublinhando o papel da *objetificação aumentada* nas crenças partilhadas na institucionalização. Mais do que procurar transmitir as crenças e valores a uma nova geração no sentido “este é o modo como o fazemos” o que importa é sublinhar “este é o modo como as coisas devem ser feitas”. A socialização enquanto processo formativo no profissionalismo médico é um exemplo deste fenómeno, onde o importante é a prática partilhada entre os médicos tutores e os jovens internos como forma de interiorização dos gestos, valores e crenças. Se atendermos à definição de instituição de acordo com Scott (2014:56) “*Institutions comprise regulative, normative, and cultural-cognitive elements that, together with associated activities and resources, provide stability and meaning to social life.*”, as instituições são estruturas sociais estáveis, multifacetadas, constituídas por elementos simbólicos, atividades sociais e recursos materiais. A maioria das análises sobre instituições enfatizam a sua capacidade para controlar e impor comportamentos, definir restrições através de limites legais, morais e culturais, determinando os comportamentos aceites ou inadequados (Suddaby, 2010; Meyer, 2008).

Embora a função das instituições seja providenciar a estabilidade e a ordem social, estas estão sujeitas a mudança, pelo que devem ser encaradas mais como um processo do que como um estado ou propriedade de uma ordem social existente (Scott, 2014). Estes processos de mudança institucional podem ocorrer devido a causas endógenas, resultantes de conflitos ou contradições entre elementos institucionais (Seo e Creed, 2002), ou devido a choques externos, como os resultantes de uma convulsão social, de um choque tecnológico ou de uma crise financeira (Greenwood *et al.*, 2002). E podem incluir processos de institucionalização ou desinstitucionalização (Tolbert e Zucker, 1996). Os seus efeitos resultam da perturbação do consenso social existente a nível do campo pela introdução de novas ideias ou de novos atores, correspondendo ao estágio de pré-institucionalização de Tolbert e Zucker (1996). Para Strang e Meyer (1993) estas novas práticas têm de ser “teorizadas” para se tornarem disseminadas. Ou, de acordo com Abbott (1988), deve ocorrer um processo de abstração das variações locais às convenções existentes permitindo que pela simplificação ocorra a sua adopção generalizada. A difusão das novas ideias ocorre apenas se

estas se mostrarem mais adequadas que as práticas existentes (Strang e Meyer, 1993), fornecendo-lhes uma legitimidade “moral” ou uma legitimidade “pragmática” (Suchman, 1995). Suchman (1995: 574) define o conceito de legitimidade como “*a generalized perception or assumption that the actions of an entity are desirable, proper, or appropriate within some socially constructed system of norms, values, beliefs, and definitions.*”

De acordo com Hannan e Carroll (1992) e a escola dos ecologistas organizacionais, a legitimidade é resultado das dinâmicas endógenas populacionais e representa um modo natural de realizar algum tipo de ação colectiva. Neste sentido, Colyvas e Powell (2006) definem a autorreprodução como uma característica fundamental da legitimidade correspondendo à concepção de que a prática, crença ou norma é necessária e apropriada, e deste modo ao ser interpretada colectivamente torna-se um hábito. Assim, uma outra característica chave da legitimidade é estar inserida na sociedade como uma assunção partilhada. A base desta assunção pode variar desde a sua integração na cultura à sua expressão na lei.

Aldrich e Fiol (1994) distinguem dois tipos de legitimidade, a legitimidade sociopolítica onde as regras e práticas são suportadas ou sancionadas pelo Estado, e a legitimidade cultural-cognitiva apoiada no senso comum e usada na construção dos significados (*sense-making*). No mesmo sentido, Colyvas e Powell (2006) citando Colyvas (2007) identificam três estádios de legitimidade: idiossincrática ou pré-legitimidade, legislativa ou sociopolítica e cultural-cognitiva ou de institucionalização. Para o mesmo autor, na fase final desta legitimação ocorrem transformações que determinam o modo como o “dado por adquirido” se manifesta. Para Berger e Luckman (1967) o último estádio do processo de legitimação corresponde à criação de um universo simbólico, onde os símbolos, crenças e práticas estão profundamente enraizados tomando um valor moral. O que significa que para ocorrer a institucionalização de práticas e valores é fundamental a disponibilidade e o empenho dos atores individuais na organização. Isso mesmo é defendido por DiMaggio e Powell (1991) ao referirem que as competências, o empenho e a prática são elementos essenciais no processo pelo qual uma atividade ou convenção se torna em “dado por adquirido”. O mesmo é referido por Colyvas e Powell (2006) quando argumentam que uma crença ou atividade é reforçada pela sua prática permanente e replicação, permitindo a sua integração nas rotinas organizativas e tornando-se uma prática ou crença inquestionável.

No presente estudo verificamos que as associações profissionais médicas portuguesas intervieram sistematicamente nos processos de mudança institucional no campo da saúde, quer em resultado de causas endógenas, como aquando do movimento de jovens médicos que

culminou com a publicação do Relatório sobre as Carreiras Médicas em 1961, quer em resultado de choques externos como na imposição pelo governo de um novo modelo de gestão para os hospitais públicos em 2002, em resultado das negociações com a União Europeia, ou o ocorrido em 2011 pela crise financeira e intervenção de agentes externos ao campo. De igual modo identificamos processos de institucionalização e legitimação, como o desenvolvido pelas associações profissionais médicas na promoção das carreiras profissionais ao longo de mais de trinta anos (1961-1991), processos de desinstitucionalização, como o desenvolvido pelo governo a partir de 2002, com diversas iniciativas legislativas no sentido de eliminar as carreiras médicas nos hospitais com gestão empresarial e de re-institucionalização, como a negociação entre as associações profissionais e o governo em 2009, que permitiu recriar as carreiras médicas nos hospitais públicos.

3.3. Método

Esta investigação foi concebida como uma análise qualitativa, exploratória e descritiva (Cassell e Symon, 2004), da evolução do profissionalismo médico e da institucionalização das carreiras médicas (CM) no campo da saúde em Portugal. Baseada numa abordagem narrativa interpretativa (Greenwood *et al.*, 2002) procuramos analisar o papel de agência dos profissionais e das associações profissionais médicas nas mudanças institucionais ocorridas no campo da saúde português nos últimos cinquenta anos através do processo de institucionalização das CM (Muzio *et al.*, 2013).

As associações profissionais no desenvolvimento das suas atividades são uma fonte de documentos e publicações, constituindo este conjunto de documentos a base primária para uma análise documental. Os documentos analisados foram produzidos e/ou publicados entre 1961 e 2011. Tendo em conta as diversas associações analisadas, os documentos recolhidos diferem entre estas, bem como o período de tempo a que respeitam os documentos. De um modo geral, foram recolhidos documentos formais, que incluem estatutos, códigos éticos e normas regulamentares, documentos políticos aprovados pelas associações como planos de ação, relatórios de atividade e decisões das direções ou de outros órgãos sociais. Foram ainda analisados declarações públicas como cartas, comentários e reflexões publicadas, emitidas ou apresentadas em reuniões ou publicadas pelas associações. Estas cartas e restantes documentos representam traços da memória das associações e podem ser encarados como conversas longitudinais (Colyvas e Powell, 2006). Destes documentos foram apenas selecionados as partes relevantes para a análise e correspondência com os conceitos de

carreiras médicas, autonomia, educação ou formação pós-graduada, relação com o doente, legitimidade e “dado-por-adquirido”.

No seu conjunto estes documentos refletem as perspetivas sobre carreiras e profissionalismo que orientaram a ação destas associações. De igual modo, as expressões verbais e conceitos emanados nestes documentos permitem analisar o “vocabulário institucional” resultante das lógicas institucionais a ele associadas (Suddaby e Greenwood, 2005).

De forma a suportar e fortalecer a análise documental efetuada foram ainda obtidas entrevistas realizadas por órgãos de comunicação social geral ou especializada e outras entidades aos dirigentes nacionais das várias associações profissionais, membros do governo ou de outras organizações governamentais e diversos *stakeholders* do campo. Outra fonte importante utilizada corresponde à legislação publicada pelo governo entre 1961 e 2011, por permitir analisar a visão dominante no Estado em cada um dos períodos considerados (Quadro 3.1. Fontes de dados consultados entre 1961 e 2011).

Quadro 3.1. Fontes de dados consultados entre 1961 e 2011

Tipo de documentos analisados	Nº de documentos	Nº páginas
<i>Material publicado por ator chave</i>		
Governo, incluindo acordos coletivos de trabalho	104	894
Agências governamentais: ACSS, DGS, UMHSA	11	250
Assembleia da República – Legislação	18	235
Outros órgãos soberania – PR, TC	26	219
Ordens profissionais – OM, OE, OF	81	2663
Associações profissionais – SIM, FNAM, STSS	70	748
Outros <i>Stakeholders</i>	7	88
<i>Artigos de Imprensa</i>		
TV (RTP, TVI, SIC), Rádios (TSF)	26	43
Nacionais (CdM, DE, DN, Expresso, JI, JN, Lusa, Público, Sábado, Sol, Visão)	66	189
Imprensa especializada (JM, JMF, TM)	11	36
Entrevistas individuais	8	52

Legendas: ACSS: Administração Central dos Serviços de Saúde; CdM: Correio da Manhã; DE: Diário Económico; DGS: Direção Geral de Saúde; DN: Diário de Notícias; FNAM: Federação Nacional dos Médicos; JI: Jornal I; JM: Jornal Médico; JMF: Jornal Médico de Família; JN: Jornal de Negócios; OE: Ordem dos Enfermeiros; OF: Ordem dos Farmacêuticos; OM: Ordem dos Médicos; PR: Presidência da República; SIM: Sindicato Independente dos Médicos; STSS: Sindicato dos Técnicos Superiores de Saúde; TC: Tribunal de Contas; TM: Tempo de Medicina; UMHSA: Unidade Missão Hospitais SA.

Todos os documentos foram analisados no conteúdo, formas de linguagem e argumentos usados de forma a obter-se uma visão geral das estratégias e atividades desenvolvidas pelas associações profissionais na promoção e legitimação das carreiras. Deste modo, a identificação do percurso legislativo, normativo e cultural-cognitivo das carreiras permitiu identificar o processo de institucionalização ou desinstitucionalização ocorrido ao longo do período de tempo em estudo.

O esquema de codificação inicial classifica as práticas e os significados no discurso dos diversos atores com a descrição normativa e reguladora associada às CM. Esta classificação inicial sugere quatro períodos de tempo:

- (1) 1961- 1990: Implementação e legitimação das CM no sistema de saúde português;
- (2) 1990-2002: Aparecimento da *New Public Management* (NPM) e da lógica empresarial nos hospitais públicos;
- (3) 2002-2009: Os hospitais empresa e a mudança da lógica institucional com a desinstitucionalização das CM;
- (4) 2009-2011: A recriação das CM e o novo profissionalismo médico;

Foi realizada uma análise do discurso de cada período e extraídos os excertos mais representativos sobre legitimidade e “dado-por-adquirido” das CM, procurando-se identificar elementos e temas no discurso (Suddaby e Greenwood, 2005) e padrões no desenvolvimento das práticas e dos seus significados (Mohr, 1998).

3.4. O profissionalismo médico em Portugal

O profissionalismo médico em Portugal enquanto conjunto de crenças, valores e princípios que definem a autonomia profissional, a autorregulação e o direito a um lugar específico na sociedade (Christian, 2008) foi alicerçado a partir do final dos anos 50. Um ciclo de conferências realizado em Março e Abril de 1958, sobre os “Problemas da Medicina em Portugal”, seguido de uma série de reuniões de debate na sede da OM, terminaram com a Assembleia Regional de Lisboa, em Julho de 1958, onde participaram mais de 700 médicos (Relatório sobre as Carreiras Médicas, [1961]/2007). Este momento de união dos profissionais médicos resultado de um movimento amplo da classe, alicerçado nos jovens médicos, deu origem a um documento que terá reflexos no campo da saúde nos vinte anos seguintes (Relatório sobre as Carreiras Médicas, [1961]/2007).

As condições da prática médica eram extremamente penosas para os profissionais se

atentarmos ao descrito por Miller Guerra (Guerra e Tomé, 1964: 633): *“É sobre os hospitais que têm incidido as apreciações críticas mais numerosas... Segundo o Relatório apresentado pelo Enfermeiro-Mor dos Hospitais Civis de Lisboa ao Senhor Ministro da Saúde e Assistência, nos fins de 1959, «...as más condições de trabalho nos Hospitais Civis dizem respeito... Más ou péssimas instalações... Deficiente apetrechamento e equipamento técnico... Escassez de pessoal...»*”. Para estes autores a degradação do exercício da medicina nos hospitais era resultado de um único fator: a falta de médicos. E, a falta de médicos resultava das condições adversas do exercício profissional associado a outros fatores que favoreciam a persistência ou o agravamento desta carência como enunciavam: *“a duração do curso de Medicina, as fracas perspectivas que se apresentam ao jovem licenciado, o desvanecimento da auréola social do médico e o prestígio das profissões técnicas nascentes ou em desenvolvimento”* (Guerra e Tomé, 1964: 641). O Relatório sobre as Carreiras Médicas ([1961]/2007:18-9) assume o mesmo problema ao referir: *“Não vale a pena erigir hospitais, dispensários, postos, centros de consulta e de assistência clínica; adquirir dispendiosos instrumentos e aparelhos; distribuir donativos e subsídios, gastar dinheiro, em suma, se não houver médicos em número suficiente e, ainda mais, se eles não tiverem preparação adequada para o desempenho das tarefas que lhes estão confiadas.”*. Outra preocupação manifesta era a especialização progressiva da medicina, resultado do desenvolvimento científico nesta área do conhecimento, associada a técnicas que exigiam uma diferenciação cada vez maior da prática médica. Apontavam como solução para os problemas identificados a formação de equipas que unissem estes conhecimentos e práticas e permitissem a evolução que anteviam para a medicina na especialização e complementaridade do trabalho em equipa (Guerra e Tomé, 1964). Para estes autores era fundamental definir um percurso para os profissionais de saúde que possibilitasse a resolução dos problemas dos hospitais e da medicina portuguesa. Deste modo defendiam: *“um plano que visa ao estabelecimento de carreiras hierárquicas, com garantias de condições de acesso, de trabalho, estabilidade económica e previdência social, que elevando o nível da medicina, dignifique a profissão, e coloque os médicos ao abrigo das contingências do dia de amanhã.”* (Guerra e Tomé, 1964: 642). Para se atingir este desiderato projetavam uma intervenção mais profunda no próprio sistema de saúde que permitisse atingir os objetivos defendidos: *“1º - Coordenação tão completa quanto possível da medicina curativa com a medicina preventiva e recuperadora; 2º - Predomínio das actividades preventivas sobre as curativas; 3º - Unidade de concepção, direcção e execução da política da saúde; 4º - Integração dos hospitais e serviços afins (consultas, dispensários, Postos da Previdência, etc), num sistema de serviços (Serviço de*

Saúde), composto por uma unidade integradora primária (Hospital sub-regional-Centro de Saúde) e por unidades superiores funcionalmente diferenciadas (Hospitais regionais e centrais).” (Guerra e Tomé, 1964: 642). O documento publicado “Relatório sobre as Carreiras Médicas” ([1961]/2007:21) vai mais longe e estabelece a necessidade de uma simbiose perfeita entre as CM e o sistema de saúde “As Carreiras Médicas não se compreendem desarticuladas do sistema assistencial... ‘O valor da assistência, está no valor dos médicos que tiver ao seu serviço’²”.

Este movimento médico teve como resposta do poder político uma manifestação de apoio expresso pelo ministro da Saúde e Assistência, ainda em 1961: “*Considero os Estudos sobre a Carreira Médica, em conjunto, como um documento impar na história da nossa administração. Representa a maior contribuição que até hoje, que eu saiba, alguma profissão deu ao Governo para resolução dos seus problemas. Mas eles demonstram quanto as soluções são difíceis, na medida, em que se deseja que transcendam as aspirações de um grupo e se transformem numa verdadeira solução nacional.*”^{xcv}. Para Costa (2007) este documento marcou um ponto de viragem na capacidade de intervenção dos médicos na arena da política de saúde nacional e, mais importante, a emergência e a afirmação do poder de um grupo profissional. Mas que não teve reflexos imediatos, quer no sistema quer no próprio grupo profissional, resultante das diferentes perspetivas entre médicos e políticos sobre a política de saúde para o país, e principalmente, pelo início do conflito militar nos territórios ultramarinos que levou à mobilização dos elementos mais jovens e ativos dos profissionais médicos^{xcvi}. O que acabou por ser reconhecido pelo bastonário da OM, Jorge da Silva Horta no seu discurso de fim de mandato: “*Nestes anos houve problemas que não resolvemos, outros que somente soubemos contornar e algo do que se levantou ficou por realizar, deixando, ora uma terra apenas revolvida, ora um solo liso sem marca do arado porque somente a ideia ficou e essa era irrealizável. O nosso entusiasmo não nos deixou ver claro.*”^{xcvii}. Tal não impediu que os médicos envolvidos no processo manifestassem a sua confiança no caminho certo para os profissionais e para o sistema conforme é expresso por Albino Aroso^{xcviii}: “*estamos certos de que, dentro de alguns anos, veremos os nossos actuais estudantes ingressarem nas carreiras médicas através do internato geral e daí começarem ou a irradiar como clínicos gerais para essas regiões tão minguadas de medicina de bom nível ou a subirem os degraus da carreira que os poderá levar ao ambicionado lugar de director de serviço dum Hospital Central.*”^{xcix}.

² itálico no original

A capacidade de intervenção dos profissionais médicos sublinhada por Costa (2007) resultará da conjugação de vários fatores, como a eleição para bastonário da OM de Miller Guerra, um dos elementos mais relevantes da Comissão do Relatório sobre as Carreiras Médicas, da nomeação de Lopo Cancela de Abreu, o primeiro médico a assumir a tutela do ministério da Saúde e Assistência, na sequência da reforma do governo de Marcelo Caetano em 1968, e um dos subscritores do documento sobre as carreiras médicas. Porém, as ideias contidas no “Relatório sobre as Carreiras Médicas” tinham já começado a produzir efeitos ainda no mandato do anterior ministro, Neto de Carvalho, com a publicação de dois diplomas importantes: o Estatuto Hospitalar^c e o Regulamento Geral dos Hospitais^{ci}. Onde são vertidos na forma de lei, os conceitos expressos no documento das CM sobre o desenvolvimento e as carreiras nos hospitais^{cii}. No preâmbulo do primeiro diploma, o legislador reconhece o esforço realizado pelo governo para a renovação e apetrechamento dos hospitais associado à criação de carreiras para os médicos e outro pessoal técnico, de forma a tornar atrativo as profissões hospitalares, e na criação de um órgão técnico para a execução e vigilância da aplicação da política hospitalar do governo, a Direcção-Geral dos Hospitais. De igual modo é referido que os estabelecimentos hospitalares, enquanto serviços de apoio médico da comunidade devem estar abertos a todos os cidadãos, porquanto o doente é a razão de ser e o objetivo final destas organizações. E, finalmente, reconhece que *“É exacto que, como se diz no Relatório das Carreiras Médicas, a simples instauração de uma carreira, só por si, não elimina todas as deficiências do sistema, nem é remédio para a totalidade dos seus males. Por isso é que não se criaram carreiras antes de ser promulgado o conjunto de medidas agora legislado, ao mesmo tempo que entramos na execução do III Plano de Fomento, o qual, dando carácter prioritário aos problemas de saúde, concede os meios materiais necessários às reformas indispensáveis.”* Ou seja, o governo manifestava a disponibilidade para legitimar na forma de lei o que tinha sido defendido no “Relatório sobre as Carreiras Médicas” e para tal solicitava parecer à Ordem dos Médicos^{ciii}. O Regulamento Geral dos Hospitais que estabelece a organização e funcionamento dos hospitais gerais, define a carreira médica hospitalar^{civ} seguindo os conceitos expressos no documento da OM e promovendo o papel dos profissionais médicos nos órgãos de direcção técnica e nos conselhos de administração dos hospitais. No encerramento deste ciclo, tinha ficado por publicar o regulamento do Internato Médico, que será promulgado por Lopo Cancela de Abreu, em Fevereiro de 1969^{cv}, e o diploma que substituía o estágio final do curso de Medicina pelo primeiro ano do Internato Geral^{cvi}. A questão do poder médico expressa por Costa (2007) é manifesta na equipa seguinte do Ministério da Saúde e Assistência (MSA) maioritariamente

constituída por médicos, com Baltazar Rebelo de Sousa^{cvii} como ministro, tendo como secretários de Estado, Francisco António Gonçalves Ferreira^{cviii} e Joaquim Dias da Silva Pinto^{cix}. A preocupação manifesta era agora o direito à saúde e a definição de uma política de saúde que pudesse corresponder às condições e necessidades das populações (Ferreira, 1990). Esta preocupação é transposta para a lei, através do diploma que reorganiza os serviços do MSA^{cx}, onde é evidente a intenção do governo de criar as condições estruturais para o estabelecimento de um sistema nacional de saúde com novos meios de ação, aperfeiçoamento dos métodos de trabalho, desenvolvimento dos serviços e formação do pessoal com a criação de carreiras profissionais^{cxii}. As carreiras profissionais seriam alvo de revisão legal na mesma data, com o diploma^{cxiii} a estabelecer o princípio da organização de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados no Ministério da Saúde e Assistência, a definir os critérios de recrutamento e seleção, as habilitações adequadas à diferenciação de funções e a atualização permanente. Por último, incorpora na carreira médica hospitalar, os “*quadros provisórios de preparação*” correspondentes aos períodos do internato. No mesmo diploma serão consagradas as carreiras de enfermagem, e de outros técnicos com funções complementares ou auxiliares de forma a assegurar o funcionamento nos campos da saúde pública e dos hospitais.

Deste modo o governo respondia quase em pleno ao projeto desenhado dez anos antes pelos profissionais médicos de “*estabelecimento de carreiras hierárquicas, com garantias de condições de acesso, de trabalho, estabilidade económica... elevando o nível da medicina, dignifique a profissão...*” (Guerra e Tomé, 1964), correspondendo igualmente na promoção da especialização médica e na medicina de equipa. Ficava por estabelecer o último, mas mais importante quesito defendido no “Relatório sobre as Carreiras Médicas”, a criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), embora o seu esboço fosse já perceptível na legislação publicada. Como é sublinhado por Costa (2007:378) “*uma parte substancial dos conceitos presentes no Relatório iriam ser resgatados e absorvidos tanto pela legislação de 1968, (Estatuto Hospitalar, modernizando o conceito de hospital, tentativa de revisão das carreiras médicas, consagração das funções de administração, etc.) como pela legislação de 1971: Lei orgânica do Ministério da Saúde e Assistência, a criação dos Centros de Saúde e da carreira médica de Saúde Pública, e ainda a criação da administração hospitalar.*”.

A consolidação do futuro SNS será estabelecida pela integração dos hospitais das Misericórdias na estrutura do Estado em Dezembro de 1974^{cxiiii}, pela nova Constituição da República Portuguesa, promulgada em 1976, onde é consignado no artigo 64.º, 2, “*O direito à protecção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal,*

geral e gratuito, pela criação de condições económicas, sociais e culturais que garantam a protecção da infância, da juventude e da velhice e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo.” E, pela publicação em 1979, da Lei 56/79, de 15 de Setembro, que “*Cria, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição.*”. Os princípios originalmente defendidos pelos redatores do “Relatório sobre as Carreiras Médicas” estavam finalmente consagrados na lei portuguesa, dezanove anos depois da sua publicação, e embora esta lei tenha ficado conhecida pelo nome do político que a promulgou^{cxiv}, alguns dos principais protagonistas tiveram direito a referência própria aquando da discussão do projeto-lei no plenário da Assembleia da República^{cxv}.

A publicação deste diploma, marca por outro lado, a institucionalização de uma nova visão sobre o campo da Saúde, com a assunção pelo Estado da responsabilidade de assegurar um Serviço Nacional de Saúde. E irá definir um segundo período institucional nos cuidados de saúde portugueses, onde a lógica do Estado se torna prevalente (Streeck e Schmitter, 1985). A passagem para o controlo do Estado dos cuidados de saúde desencadeará uma agudização dos conflitos internos na Ordem dos Médicos, que colocará em confronto duas visões opostas sobre o papel dos profissionais médicos na Saúde em Portugal. De um lado, os defensores da “medicina liberal” que entendiam que os profissionais médicos deveriam manter um estatuto liberal, baseando a sua atividade nos “sistemas de convenção da França, da Alemanha e da Bélgica^{cxvi}”, liderados pelo bastonário da OM, Gentil Martins. E, embora encarassem a carreira profissional como “essencial”, estavam em oposição contra a estatização e a “funcionarização” dos profissionais médicos perante a emergência de um sistema de saúde estatal. Do outro lado, estavam muitos dos médicos que viriam a apoiar a criação das associações sindicais médicas e que entendiam que as carreiras médicas só tinham sentido dentro do SNS, como António Galhordas^{cxvii} e Abílio Teixeira Mendes. O contexto pós-revolucionário^{cxviii} em que decorre este conflito interno condicionará a ação dos intervenientes^{cxix}, com uma greve decretada pela Ordem dos Médicos a merecer a oposição das associações sindicais que emergiam neste período^{cxx}. Em causa estava o estatuto do médico, que será promulgado pelo governo ainda em 1979^{cxxi}. Neste diploma é assumido a importante função pública dos médicos na prestação de cuidados de saúde à população, com tarefas dependentes das qualificações profissionais e dos estatutos das carreiras médicas existentes. É determinado o dever de exercer funções nos órgãos de gestão dos

estabelecimentos ou serviços em que se encontrem colocados e o direito (para além do vínculo, remuneração e segurança social), de atualização e especialização profissional com o apoio das instituições competentes. É ainda assegurado o direito ao “*associativismo próprio e exigido o respeito pelos códigos de deontologia e de ética e padrões para qualificação profissional fixados pela Ordem dos Médicos.*”.

Deste modo, os profissionais médicos viam reconhecidas pelo governo as condições para o exercício das suas funções, de forma autónoma e com atualização permanente, num período em que o Estado assumia o dever de desenvolver um Serviço Nacional de Saúde. A lógica do profissionalismo mantinha as suas prerrogativas perante a emergência de uma nova ordem no campo da saúde (Reis, 2011).

A legitimação dos profissionais médicos como profissão fundamental para o sistema de saúde será expresso no diploma publicado em 1982^{cxixii} onde no preâmbulo é referido “*No conjunto das actividades relativas à defesa da saúde, avulta, com profunda relevância, a profissão médica, já que se situa em posição capital como chave e como cúpula técnico-científica de qualquer sistema de saúde.*”. Este diploma que estabelece as carreiras médicas no Serviço Nacional de Saúde, define as diversas condições do profissionalismo médico, como a autonomia profissional^{cxixiii}, a diferenciação técnico-científica progressiva, o lugar de relevo da aprendizagem formal (internatos) e da formação permanente na atividade dos serviços de saúde. O reconhecimento do papel dos profissionais médicos enquanto responsáveis pela direção ou gestão de serviços ou unidades é definido pela necessidade de serem “*facultados cursos ou seminários relativos a estas áreas.*”^{cxixiv}. Os processos de profissionalização definidos por Abbott (1988), que englobam a disputa jurisdicional sobre novas áreas de conhecimento ou intervenção, podem ainda ser analisados neste diploma. É consagrada uma nova área de especialização, a Clínica Geral, definindo um novo perfil de profissional médico^{cxixv}, que atuará em proximidade junto das populações, colmatando uma área muito deficitária da saúde, anteriormente coberta por médicos de Saúde Pública, ou por médicos de “clínica livre” habitualmente conhecidos pela designação de “*João Semana*”^{cxixvi} (Pereira e Pita, 2006). Deste modo, os profissionais médicos não só consolidavam a sua posição charneira no novo sistema público, como alargavam a sua influência para novas áreas de intervenção.

A legitimidade dos princípios defendidos pelo profissionalismo médico para os serviços de saúde, enquanto cuidados complexos e de resultados incertos (Southon e Braithwaite, 1998), começaram a ser colocados em causa no final dos anos 80, com os governos de Aníbal Cavaco Silva^{cxixvii}. A necessidade de controlar a despesa crescente da

Saúde nos orçamentos de Estado (Quadro 3.2. Orçamentos de Estado e para a Saúde em Portugal, 1982-89) e de promover novas formas de controlo e organização dos serviços gerou uma tensão crescente com os médicos no campo da Saúde. Este conflito entre os profissionais médicos e o governo, personalizado na ministra da Saúde, Leonor Beleza, irá marcar uma parte importante deste período. E que será ilustrado pelo jornalista Vicente Jorge Silva num artigo do jornal “Expresso” com o título “O discurso do desprezo”^{cxxviii}, “*é apenas a última ilustração do que tem vindo a ser a política de Leonor Beleza: uma afirmação persistente do despotismo mesquinho e contabilístico, num confronto sistemático com a comunidade médica e, sobretudo, com os interesses elementares dos cidadãos numa área tão sensível do serviço do Estado como é a saúde e a assistência hospitalar.*”

Quadro 3.2. Orçamentos de Estado e para a Saúde em Portugal, 1982-89

Despesas	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
OdE total	597482	822429	1031624	1320579	1651353	1908163	2172178	2656560
OdE Saúde	59300	69535	90711	115167	155708	177828	205682	245295

Nota: em milhões de escudos

Este conflito terá consequências marcadas na sociedade e no profissionalismo médico, com a opinião pública a personalizar nos médicos (e mais tarde nos restantes profissionais de saúde) as responsabilidades pelas deficiências e problemas do SNS. O que levou o então bastonário da Ordem dos Médicos, Machado Macedo^{cxxix}, a afirmar em entrevista: “*Nos últimos anos passou-se para uma agressividade entre os Ministérios da Saúde e a Ordem dos Médicos, não por razões políticas mas porque, a pouco e pouco, os médicos passaram a ser julgados pela Tutela como os grandes culpados da desorganização hospitalar.*”^{cxxx}. E manifesta a sua preocupação sobre a situação afirmando “... O “*status*” dos médicos na sociedade tem vindo a deteriorar-se bastante. O médico respeitado para além dos factores ligados exclusivamente à sua profissão é cada vez mais raro...”

Quadro 3.3. Resumo da linha do tempo dos acontecimentos chave (1961-2011)

Implementação e legitimação das CM no sistema de saúde português (1961- 1990)					
Data	Estudos e relatórios públicos	Diplomas legislativos	Mudanças estruturais	Declarações representativas da visão dos diferentes atores no campo	Visão cognitiva do campo
1961	Relatório sobre as Carreiras Médicas, pág. 20			<i>Encarar isoladamente as Carreiras Médicas, estabelecendo-as no estado em que se encontram os serviços, equivale a trunchar a iniciativa da Ordem, comprometendo do mesmo passo a instauração do Serviço de Saúde</i>	Fonte cultural-cognitiva de legitimação das CM
27/09/1971		Decreto-Lei 414/71, Estabelece o regime legal ... carreiras profissionais		<i>a instituição de carreiras profissionais devidamente estruturadas e hierarquizadas[...]da meticulosidade das escolhas a que dá lugar, designadamente pela imposição da observância de normas certas e conhecidas no recrutamento e promoção.</i>	Fonte reguladora-normativa de legitimação das CM
1976		Constituição da República Portuguesa, art.64.º, 2	Estabelece o princípio da proteção na saúde de forma universal, gratuita	<i>O direito à protecção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito [...]</i>	Implementação da lógica do Estado no sistema de saúde
15/09/1979		Lei 56/79, Cria o Serviço Nacional de Saúde	Cria o Serviço Nacional de Saúde defendido no Relatório das Carreiras Médicas de 1961	<i>Cria, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição</i>	Implementação da lógica do Estado no sistema de saúde em Portugal
3/08/1982		Decreto-Lei 310/82, Aprova as Carreiras Médicas, N° 1 e 2	Preserva as CM enquanto fonte da autonomia, autorregulação e formação dos médicos	No conjunto das actividades relativas à defesa da saúde, avulta, com profunda relevância, a profissão médica, já que se situa em posição capital como chave e como cúpula técnico-científica de qualquer sistema de saúde [...]	Fonte reguladora-normativa de legitimação das CM
21/01/1988		Decreto-Lei 19/88, Lei de gestão hospitalar	Promoção da visão empresarial nas unidades públicas, cria centros de responsabilidade - formas intermédias de gestão	<i>sistema hospitalar ... unidade muito complexa onde se produzem bens e serviços... os hospitais devem organizar-se e ser administrados em termos empresariais, a criação de centros de responsabilidade como níveis intermédios de administração.</i>	Promoção da visão empresarial nos hospitais e novos atores, os administradores intermédios
30/01/1988	Vicente Jorge Silva, Expresso, O discurso do desprezo		Conflito entre o governo e os médicos	<i>é apenas a última ilustração do que tem vindo a ser a política de Leonor Beza: uma afirmação persistente do despotismo mesquinho e contabilístico, num confronto sistemático com a comunidade médica e, sobretudo, com os interesses elementares dos cidadãos [...]</i>	A visão da comunicação social (da comunidade)
1988-1989	Greves médicas promovidas pelas associações sindicais		Controlo da nomeação dos diretores clínicos, remunerações, autonomia dos profissionais		Extremar do conflito entre as associações profissionais e o governo
6/03/1990		Decreto-Lei 73/90, Aprova o regime das carreiras médicas.	Legitimação das CM	1. As carreiras médicas têm a natureza de carreiras profissionais 2. A instituição das carreiras visa a legitimação [...] no Serviço Nacional de Saúde [...]	Fonte reguladora-normativa de legitimação das CM

Aparecimento da <i>New Public Management</i> (NPM) e da lógica empresarial nos hospitais públicos (1990-2002)					
Data	Estudos e relatórios públicos	Diplomas legislativos	Mudanças estruturais	Declarações representativas da visão dos diferentes atores no campo	Visão cognitiva do campo
24/08/1990		Lei 48/90, Lei de Bases da Saúde, Sistema de Saúde, Cap. II, Base XII, n.º 1	Define o sistema de saúde integrando os sectores público, privado e social	<i>O sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres</i>	Promoção da lógica empresarial no sistema de saúde
4/07/1993	Boletim do SIM, 4, António Bento, Sistemas de Saúde, Políticas de Saúde			As associações profissionais acusam o governo de aprovar o Estatuto do SNS “à revelia dos partidos políticos, associações representativas dos trabalhadores da saúde e da população” e defendem que os problemas existentes no SNS resultam das nomeações políticas do governo para as administrações e direcções clínicas dos hospitais, ao abrigo da Lei de Gestão Hospitalar	Oposição das associações profissionais médicas à lógica empresarial
6/08/1994	Fórum médico		Criação do Fórum médico integrando todas as associações profissionais médicas	<i>“O Fórum Médico reunido de urgência, com toda a legitimidade, em 6/08/1994 ... apreciou o projecto de alteração das Carreiras Médicas, divulgado pelo Ministério e concluiu com total consenso que se trata dum documento a recusar liminarmente...”</i>	Contestação das associações profissionais às propostas do governo
1995	Concedido a gestão de uma unidade pública a um grupo privado		Criação da primeira unidade parceria público-privada	<i>É concedida a gestão por contrato do Hospital Fernando da Fonseca, à “Hospital Amadora/ Sintra, Sociedade Gestora, S.A.” pertencente ao Grupo Mello Saúde</i>	Promoção da lógica empresarial no sistema de saúde
5/07/1998		Decreto-Lei n.º 151/98, novo estatuto Hospital S. Sebastião	Criação da 1ª unidade de gestão empresarial no âmbito público	<i>o Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, é objeto de revisão de estatutos, avançando para uma gestão de tipo empresarial</i>	Promoção da lógica empresarial no sistema de saúde
15/01/1999	Francisco Bruto da Costa, Independente		Controlo da nomeação dos diretores clínicos, redução relativa das remunerações	<i>“A classe médica portuguesa está sob crítica ininterrupta de diversos sectores sociais desde há muitos anos [...] Ultimamente a questão agudizou-se devido à greve médica apelidada de “self-service”...”</i>	Compromisso da legitimidade médica perante a comunidade
10/05/1999		Decreto-Lei 156/99,	Integração transversal das unidades de saúde	Criação dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), constituídos pelos centros de saúde, hospitais e outros serviços e entidades, públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos	Promoção da lógica empresarial no sistema de saúde
11/09/1999		Despacho Normativo n.º 61/99	Criação de agências governamentais para controlo de gestão	Criação das agências de contratualização dos serviços de saúde	Criação de agências de controlo pelo Estado
18/09/1999		Decreto-Lei n.º 374/99	Criação de unidades intermédias de controlo de gestão	Cria os centros de responsabilidade integrados (CRI) nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.	Promoção da lógica empresarial no sistema de saúde
25/02/2002		Decreto-Lei 39/2002	Os diretores clínicos e de enfermagem passam a ser nomeados pelo ministro	Aprova nova forma de designação dos órgãos de direcção técnica dos estabelecimentos hospitalares e dos centros de saúde, altera a composição dos conselhos técnicos dos hospitais e flexibiliza a contratação de bens e serviços pelos hospitais.	Redução da lógica profissional nos hospitais
Os hospitais empresa e a mudança da lógica institucional com a desinstitucionalização das CM (2002-2009)					
Data	Estudos e relatórios	Diplomas legislativos	Mudanças estruturais	Declarações representativas da visão dos diferentes atores no	Visão cognitiva do

	públicos			campo	campo
2002		Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002		“«empresarialização» de hospitais constitui um vector essencial da reforma da gestão hospitalar em curso e um factor indispensável para melhorar o nível de desempenho global do Serviço Nacional de Saúde [...] base da sua sustentabilidade”	Promoção da lógica empresarial nos hospitais
Junho 2002	Boletim do SIM, 39, Editorial, Arroz, C., pág. 3			<i>O Euro veio introduzir critérios de rigor e contenção orçamental Os médicos, afastados há muito das decisões políticas de recursos humanos e de investimento, aparecem, pela boca dos novos gestores, como os principais responsáveis pelo descalabro financeiro do Serviço Nacional de Saúde [...]</i>	Defesa profissionalismo médico como salvaguarda da qualidade dos serviços
20/08/2002		Decreto-Lei n.º 185/2002	Promove a criação de parcerias público-privadas no SNS	Define o estabelecimento, no âmbito do SNS “de parcerias público/privado através da concessão da gestão de unidades prestadoras de cuidados a entidades privadas ou de natureza social ...”	Promoção da lógica empresarial e de Mercado
9 a 11/11/2002		Decreto-Lei n.º 272 a 302/2002	Criação dos hospitais SA	Aprovam a transformação de 31 hospitais do sector administrativo em hospitais EPE.	Promoção da lógica empresarial
2003	Relatório da Primavera, 2003: 67-68, OPSS		Falta de informação no processo de mudança promovido pelo governo	<i>A comunicação ascendente e descendente, intra e extra-institucional, não têm funcionado, criando grandes e graves problemas de desinformação e desmotivação, já que as questões da empregabilidade, da segurança e da continuidade dos profissionais está em causa</i>	Conflito entre a lógica profissional e empresarial
2003	XI Congresso Nacional de Medicina, Debate sobre a recertificação do Médico			o nosso sistema de formação e carreiras médicas não tem hiatos de educação médica contínua ou desenvolvimento profissional permanente, Miguel Guimarães afirmou que “Portugal é, possivelmente, um dos países europeus mais próximo dos objectivos teóricos de todo o sistema em discussão”	Fonte cultural-cognitiva de legitimação das CM
20/08/2003		Decreto-Lei n.º 188/2003	Aparecimento de novos atores no campo, os gestores intermédios	Implementação de níveis intermédios de gestão definidos previamente pelo DL 374/99, de 18 de Setembro, com poder de decisão e capacidade de negociar no âmbito dos orçamentos-programa	Aprofundamento da lógica empresarial nos hospitais
10/12/2003		Decreto-Lei n.º 309/2003	Aparecimento de uma nova agência governamental com funções de fiscalização	Cria a Entidade Reguladora da Saúde	Funções reguladoras sobreponíveis às ordens profissionais; reforço da lógica do Estado
Fevereiro de 2004	Manuel Antunes, Política de saúde baseada na evidência, ROM, pág. 26-29.			“Está-se a matar o Serviço Nacional de Saúde, ou, pelo menos, a substituí-lo por outro qualquer. E esse outro terá a universalidade do acesso? Neste novo sistema público/ privado do público só ficam os doentes!”	Promoção da lógica empresarial leva à saída dos profissionais de saúde dos serviços públicos
Dezembro de 2004	Boletim do SIM, 49, Jorge Silva, Editorial			<i>Queixam-se os Médicos de estar a ser colocado em causa este mesmo SNS e de estarmos perante uma tentativa de destruição desse garante de qualidade do exercício técnico da Medicina</i>	Fonte cultural-cognitiva de legitimação das CM

				<i>que são as Carreiras Médicas. E com razão! Nada vimos de vantajoso nos Hospitais SA</i>	
Janeiro de 2005	Discurso de tomada de posse do presidente da Secção Regional Centro de OM, José Manuel Silva, ROM, pág. 16-17			<i>Uma das questões que mais nos preocupa, pelo que representa e pelas suas implicações, é a credibilidade da Classe junto da opinião pública que, ano após ano, vem sendo deliberada e sucessivamente minada e vilipendiada por uma estratégia que visa enfraquecer-nos [...]</i>	Campanha do governo contra os profissionais médicos na promoção da lógica empresarial nos hospitais
7/06/2005		Decreto-Lei, n.º 93/2005	Transforma os hospitais SA em EPE	Transforma os hospitais sociedades anónimas em entidades públicas empresariais -EPE.	Reforço da lógica empresarial
Agosto 2005	ROM, Ano 21 – N.º 59 Editorial, Passagem de Testemunho, Pedro Nunes, pág. 4			<i>os mais velhos tendem a perder o respeito pela função mais nobre – a de passar o testemunho. Aqui e ali ninguém quer ser orientador (dá trabalho e não é remunerado), não quer fazer parte de júris de exames, está demasiado apressado para explicar em pormenor uma técnica cirúrgica conhecida a um interno do primeiro ano. Aqui e ali um gestor da moda descobre a pólvora [...] os internos diminuem a ‘produtividade’, põem em risco os ‘objectivos’</i>	Promoção da lógica empresarial a condicionar o enfraquecimento do profissionalismo e a degradação da formação médica
29/12/2005		Decreto-Lei nº. 233/2005	Criação dos Centros Hospitalares	<i>Transforma em entidades públicas empresariais ... o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João e cria o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., o Centro Hospitalar de Setúbal, E. P. E., e o Centro Hospitalar do Nordeste, E. P.</i>	Promoção da lógica empresarial
3-02-2006	Entrevista do Ministro da Saúde, Correia de Campos, "As grávidas vão poder escolher o sítio onde querem fazer o parto", DN		Reforma do sistema e promoção dos hospitais EPE como garantia da sustentabilidade do SNS	<i>“não tem dúvidas em avançar para a empresarialização de todos os hospitais” [...] “o SNS é inviável se se mantiver só numa lógica de administração pública, porque caminha para a ineficiência” [...] “só aceitou o cargo ‘para fazer a reforma dos cuidados primários e para criar a rede de cuidados continuados”</i>	Promoção da lógica empresarial
3-05-2007	José Manuel Silva, Presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos, “Michael Porter e Correia de Campos”, Tempo de Medicina		Reforma no sistema em nome da eficiência e sustentabilidade do sistema	<i>(O ministro está a fazer tudo) ao contrário. Os objectivos são exactamente os de esmagar salários, restringir serviços, transferir custos para os doentes, asfixiar instituições, substituir recursos públicos por privados [...] a reforma das Urgências está a ser totalmente subvertida pelas sucessivas decisões ministeriais [...] o ministro apenas queria um relatório descartável, que pudesse usar a seu bel-prazer e lhe permitisse fechar SAP indiscriminadamente</i>	Cortes sucessivos nos serviços a comprometer a capacidade de resposta do sistema
2008	Relatório da Primavera (2008), OPSS: Riscos e Incertezas, CEISUC, Coimbra, pág. 4-5.			<i>“a prática governativa da saúde”(apostada na) “resolução de problemas pontuais” [...] (e as consequências da) “fuga de médicos do sector público para o sector privado”.</i>	Lógica empresarial e o risco para os serviços públicos de saúde com a saída de profissionais de saúde
7/11/2008	TVI, Saúde cria fundo de 800 milhões para pagar dívidas dos EPE.		Necessidade de mais fundos financeiros para o sistema	Criação de um fundo de 800 milhões de euros para pagar as dívidas dos hospitais EPE	A lógica empresarial a condicionar o colapso financeiro do sistema

Dezembro de 2008	Carlos Arroz, citado por Jorge Silva, Boletim do SIM, 65, Acariciar e chamar médicos para o SNS			<i>“são as condições de trabalho, o reconhecimento e o bom trato que podem fixar médicos e não só os incentivos financeiros. A estabilidade, uma equipa sólida uma carreira, apoio na formação contínua, protecção na responsabilidade civil, isso sim, poderiam ser factores que levariam os médicos a fixar-se”</i>	Fonte cultural-cognitiva de legitimação das CM
Fevereiro de 2009	ROM, 98, Discurso Isabel Caixeiro, presidente da Seção Regional do Sul			<i>“Está iniciado o debate sobre a evolução das Carreiras Médicas no nosso país, um pilar essencial para a sustentação de um Serviço Nacional de Saúde. As experiências dos contratos individuais de trabalho no SNS mostram já as iniquidades que geram, a incapacidade óbvia em assegurar um desenvolvimento profissional médico</i>	Fonte cultural-cognitiva de legitimação das CM
A recriação das Carreiras Médicas e o novo profissionalismo médico (2009- 2011)					
Data	Estudos e relatórios públicos	Diplomas legislativos	Mudanças estruturais	Declarações representativas da visão dos diferentes atores no campo	Visão cognitiva do campo
Relatório Primavera 2009	OPSS, Planeamento e gestão estratégica dos recursos humanos, Pág. 106-7		Recriação das CM	O novo regime legal cria uma carreira médica única, organizada por áreas de exercício profissional pode contribuir para uma maior mobilidade dos profissionais entre instituições	Fonte cultural-cognitiva de legitimação das CM
4-08-2009		Decreto-Lei 176/2009 e 177/2009	Recriação das CM	Regulamentam as carreiras médicas, respectivamente para os médicos em exercício de funções nas entidades públicas empresariais e em regime de contrato de trabalho em funções públicas.	Promoção do profissionalismo
2010	Relatório da Primavera, 2010, OPSS, pág. 6			O OPSS destaca as questões da segurança e da qualidade nos cuidados de saúde, levantando a questão das <i>“competências e experiência dos profissionais que prestam os cuidados”</i> representarem um fator muito importante <i>“no sucesso do tratamento, principalmente se representar um procedimento cirúrgico numa área de especialidade”</i> .	Compromisso da qualidade da prestação de cuidados de saúde
Maio de 2010	Plano de redução de despesa dos Hospitais EPE e SPA (M.Saúde)		Centralização do controlo de gestão; perda autonomia dos hospitais	o governo dá início a um processo de centralização e controlo dos hospitais, determinando de forma administrativa a redução de despesas entre os 2 e os 5%.	Promoção da lógica do Estado, regressão da lógica empresarial
7/09/2010	Dívidas na saúde tornam Estado refém de interesses privados”, Raquel Ramalho Lopes, RTP		Controlo de gestão dos hospitais pelo governo	<i>“resultados negativos dos hospitais com gestão empresarial agravaram-se 154 por cento no primeiro semestre do ano [...] Correia de Campos defendia que o controlo das contas da saúde só se conseguia “andando em cima dos hospitais. Reunindo com os gestores [...] ameaçando demissões</i>	Promoção da lógica do Estado
2011	Relatório da Primavera, 2011, OPSS, pág. 55			O OPSS aponta para a necessidade de promover as unidades intermédias de gestão, que permitissem a contratualização interna dos hospitais, através de modelos de governação clínica assentes na responsabilização e transparência dos processos, em princípios de qualidade e segurança e incentivassem a participação ativa dos profissionais de saúde	

3.5. As associações profissionais enquanto agentes reguladores

As associações profissionais selecionadas para o presente estudo são a Ordem dos Médicos e as duas estruturas sindicais médicas, o Sindicato Independente dos Médicos e a Federação Nacional dos Médicos.

A Ordem dos Médicos foi constituída em 1938, como “organismo de utilidade pública”, com o fim de promover o “estudo e defesa dos interesses profissionais, nos seus aspectos moral, económico e social.”^{cxxxix} Na sua constituição foi atribuída autonomia para a regulamentação do exercício profissional da medicina, impondo-se a inscrição obrigatória como requisito legal para a sua prática. Como resultado desta disposição legal é a única associação portuguesa que representa o universo dos profissionais. As associações sindicais existentes correspondem a um sindicato de âmbito nacional, o Sindicato Independente dos Médicos (SIM) e a três sindicatos de âmbito regional integrados numa federação nacional, a Federação Nacional dos Médicos (FNAM). Estas organizações foram criadas em 1979, sendo constituídas “por todos os médicos que nela se filiem voluntariamente e que exercem a sua actividade profissional por conta de outrém.”^{cxxxix} Nos seus objectivos expressos estão consagrados a defesa dos “direitos, interesses e aspirações dos médicos”^{cxxxix} a defesa e promoção “(d)a formação profissional dos médicos, bem como a sua formação permanente;” a “segurança e higiene nos locais de trabalho;” a participação “na elaboração das leis do trabalho, nos termos estabelecidos por lei e [...] o cumprimento de todas as normas ou a adopção de todas as medidas que lhe digam respeito”^{cxxxix}.

Para a análise que nos propusemos realizar, definimos o nível do estudo tendo em conta a perspetiva defendida por Scott (2014), que o campo organizacional corresponde a um nível intermédio entre a organização e a sociedade, e onde é possível estudar os processos de disseminação e reprodução das expectativas e práticas socialmente construídas. Com base nestes conceitos, identificamos no campo organizacional da saúde, em Portugal, as organizações associativas médicas que desempenharam algum papel na definição dos comportamentos e das práticas profissionais. Para uma percepção adequada da ação destas organizações estendemos o nosso estudo para o início dos anos 60. Estes período corresponde ao eclodir do movimento profissional promovido pela Ordem dos Médicos (OM) que conduzirá à elaboração do Relatório sobre as Carreiras Médicas ([1961] 2007). Para o futuro bastonário e um dos relatores do documento, Miller Guerra, o documento vinha ao encontro da visão da maioria dos médicos: “*Todos nós estamos de acordo num ponto. A medicina que exercemos está muito aquém da praticada nos países de civilização mais avançada. Teremos*

de procurar os meios de possuir quadros técnicos suficientes em número e qualidade; em seu redor se habilitarão as futuras gerações de médicos e isto tanto no ramo da medicina curativa como preventiva. Para tanto é necessário uma organização, estruturada desde a Universidade. Teremos de possuir meios técnicos que nos garantam junto do doente e do homem são, uma acção perfeita e eficiente.” (Guerra e Tomé, 1964: 625). Deste modo, o documento defendia que a par da estruturação das carreiras profissionais deveria ocorrer uma reforma administrativa e estrutural dos próprios serviços de Saúde. O que era expresso por Miller Guerra: *“Encarar isoladamente as Carreiras Médicas, estabelecendo-as no estado em que se encontram os serviços, equivale a truncar a iniciativa da Ordem, comprometendo do mesmo passo a instauração do Serviço de saúde.”* (Guerra e Tomé, 1964: 625). A ação da OM visava legitimar as carreiras profissionais médicas enquanto suporte da autonomia profissional, da autorregulação e do controlo da educação e formação profissionais (Abbott, 1988), mas também como forma de definir um Serviço de Saúde, que cobrisse as necessidades da população portuguesa (Coelho *et al.*, 2014). O que para alguns autores se pode enquadrar numa estratégia mais ampla de poder: *“De uma penada, a OM fazia associar os destinos de uma reivindicação profissional aos de uma reforma estrutural, que mexia significativamente com princípios doutrinários, administrativos e estruturas sanitárias, num projecto que ao seu tempo tinha tanto de meritório como de ambicioso.”*(Costa, 2007: 365).

A OM defendia a qualificação profissional para além do ensino universitário. O caminho apontado era já o da especialização e da medicina de equipa^{cxxxv}. E que era amplamente explanado ao longo do documento com o estabelecimento de carreiras hierárquicas, condições de acesso e de trabalho, estabilidade económica e social, formação contínua como garantia de uma medicina que se pretendia de qualidade como forma de dignificar a própria profissão (Relatório sobre as Carreiras Médicas, 2007).

O reflexo deste documento redigido sob os auspícios da OM terá um impacto profundo no Sistema de Saúde. A Lei 2120^{cxxxvi}, de 1963, o Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospitais, de 27 de Abril de 1968, consagrarão na forma de lei os conceitos definidos no relatório da OM. Os profissionais médicos surgem com um papel proeminente nos órgãos de direção técnica e nos conselhos de administração dos hospitais, ao mesmo tempo que a OM se afirmava como parceiro social importante junto do governo, na gestão e administração do campo organizacional da saúde. Este processo será posteriormente consolidado com a reforma de 1971^{cxxxvii} de Gonçalves Ferreira que definirá o sistema nacional de saúde e a estrutura das carreiras profissionais.

O período compreendido entre 1970 e 1972 será um período marcado por conflitos

internos na OM, com alguns elementos a defenderem a mudança radical da associação para “um organismo de natureza sindical”. As questões sobre a Previdência dos médicos, as Carreiras Médicas e o Sistema Nacional de Saúde e a revisão dos estatutos da Ordem, suscitaram divergências marcadas entre os dirigentes, levando mesmo à resignação de alguns elementos dos corpos gerentes (Gonçalves, 2003). Este clima de conflito persistirá para além da revolução de 1974, resultado da visão de alguns dos ex-dirigentes da OM destituídos pelo governo antes de 1974, que entendiam a OM como uma instituição ligada ao corporativismo do anterior regime. Para estes elementos os médicos não precisavam de uma Ordem mas enquanto “trabalhadores da saúde” apenas de um sindicato que defendesse os seus interesses laborais, dos tribunais para resolver os problemas éticos e do Estado para regular a profissão^{cxviii}. Este processo de reconversão da Ordem em sindicato decorrerá até 1977, com múltiplas reuniões e assembleias, tendo incluindo um plebiscito aos médicos que votariam maioritariamente a existência de uma Ordem com funções sindicais, e dando origem ao projeto-lei que foi entregue ao governo^{cxvix}. O governo promulgará os novos estatutos da OM^{cxl}, em Julho de 1977, mas eliminando as referências às funções sindicais do projeto original^{cxli}.

Em 1979, com Gentil Martins como bastonário, a OM desenvolverá uma ação de oposição franca ao projeto de lei do Serviço Nacional de Saúde. Para Gentil Martins, a proposta de lei de António Arnaut era demasiado estatizante, e falando em nome dos médicos defendeu “*Os médicos nunca estiveram contra um sistema de Saúde, mas, sim, contra o SNS. Não queríamos que a Medicina se reduzisse apenas um sistema estatal, nem tão pouco podia ser como nos Estados Unidos, em que uma grande parte da população não tem qualquer assistência. O que queríamos era um sistema que assegurasse, por um lado, a liberdade, e, por outro lado, queríamos um serviço universal e socialmente justo.*”^{cxlii}. A confusão entre funções persistia, e a OM decreta uma greve geral, em defesa do estatuto do médico, que contará com a “oposição oficial e formal” das associações sindicais que surgiram nesse ano. Que terminará com uma requisição civil e centenas de processos disciplinares aos médicos que fizeram essa greve, mas o Estatuto do Médico será aprovado pelo governo, numa reunião de urgência, num domingo de manhã^{cxliii}. Com o novo estatuto, a Ordem dos Médicos garantia que os profissionais médicos mantinham a sua autonomia, autorregulação e controlo da formação, perante a hegemonia de um novo ator poderoso no campo, o Estado (Muzio *et al.*, 2013). Ao mesmo tempo que garantia a manutenção do seu papel como interlocutor válido perante o governo, mesmo que agora partilhado com as associações sindicais emergentes^{cxliv}.

Em 1982, o Estado promove uma revisão constitucional que consagra as associações públicas e determina o fim à contestação da legitimidade das ordens profissionais (Temido e Dussault, 2014). No mesmo ano procede a uma reformulação das carreiras médicas^{cxlv}, definindo a formação profissional como atividade de relevo nos serviços de saúde e criando a carreira de Clínica Geral, como área de especialização. Consagra a Ordem dos Médicos enquanto organismo autónomo com a competência para definir as habilitações profissionais, formação permanente e prática funcional nas carreiras médicas^{cxlvi}. No articulado surge pela primeira vez a designação de “utentes” como “*os indivíduos residentes [...] e aqueles que, por motivo de doença súbita ou de acidente, necessitem de cuidados de saúde urgentes*”.

Em 1985, toma posse um novo governo^{cxlvii}, de feição liberal, liderado por Aníbal Cavaco Silva, que procurará definir um novo rumo para o SNS. No programa do governo constam o esforço de descentralização e o apelo à utilização de recursos exteriores à estrutura do Estado, onde a iniciativa privada e as instituições particulares de solidariedade social deveriam ter um papel importante.^{cxlviii}

Será este governo que promoverá a publicação da lei de gestão hospitalar^{cxlix}, que irá definir o hospital como uma unidade complexa onde se produzem bens e serviços, organizada e administrada em termos empresariais, com centros de responsabilidade geridos por “responsável profissionalizado”. As preocupações financeiras e de sustentabilidade dos hospitais são expressas de forma marcada, com enfoque na necessidade de se obterem níveis elevados de rentabilidade do trabalho, novas formas de cooperação interdisciplinar e divisão do trabalho (Stoleroff e Correia, 2008).

Esta promoção da gestão dentro das unidades de saúde terá uma resposta vigorosa por parte das associações profissionais, com destaque nas associações sindicais médicas. O governo responde com uma intensa campanha noticiosa, contestando o desempenho, notificando atitudes negligentes ou faltosas dos profissionais médicos e apontando casos que considera exemplares nos órgãos de comunicação social (Anexos - Quadro 1).

As associações do sector respondem com o extremar de posições e o recurso à greve^{cl}. A situação é considerada suficiente grave para suscitar relatórios sucessivos dos assessores da Presidência da República, com títulos como “*graves conseqüências da greve dos médicos*”^{cli}, “*Fortíssima adesão à Greve Geral dos Médicos*”^{clii}, “*Medidas empreendidas pelos sindicatos médicos para minorar acesso às urgências. Reuniões informais do SIM [Sindicato Independente dos Médicos] com o Chefe de Gabinete do Primeiro Ministro.*”^{cliii}, “*Perspectiva de novas formas de agudização da Greve dos Médicos. Eventuais repercussões a nível internacional*”^{cliv}. E que será expresso no “Boletim do SIM”^{clv}, uma das associações

sindicais, nos seguintes termos: *“Desde há dois anos, os médicos têm sido sujeitos a uma campanha sistemática de descrédito fomentada pelo Poder que instrumentaliza e manipula a opinião pública e em especial os doentes, com efeitos devastadores para a confiança do binómio médico-doente. Torna-se, assim, extremamente precária a prestação dos cuidados médicos às populações. Decorrendo diretamente desta distorção têm sido alguns médicos injuriados, ameaçados e até agredidos.”*

Estes são anos de mobilização significativa dos médicos, com um número crescente de greves e reuniões sindicais, favorecendo a natural implantação das associações sindicais nas unidades de saúde. Os sindicatos são favorecidos pelo crescimento hegemónico do Estado no campo organizacional da saúde, tornando-se a principal entidade na prestação de cuidados de saúde, na formação pré e pós-graduada (Nerland e Karseth, 2015).

Em 1990 é publicado o diploma^{clvi} que “reformula o regime legal das carreiras médicas dos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde”, enquadrado no objetivo definido pelo governo de modernização da Administração Pública e de valorização dos seus profissionais, procurando promover uma melhoria da rentabilidade e qualidade dos serviços públicos. São definidos novos regimes de trabalho e a formação pós-graduada deixa de integrar o diploma das carreiras. Apesar da contestação a estes últimos pontos, mercê da imposição da dedicação exclusiva aos internos e jovens especialistas e a exclusão dos primeiros das carreiras, este diploma marca uma aproximação entre as associações sindicais e a Ordem dos Médicos do governo, como é sublinhado no preâmbulo *“O presente diploma é resultado, numa importante medida, de diálogo com organizações representativas dos médicos, revelando a eficácia do espaço de comunicação criado pelos mecanismos legais de negociação e participação”*. O governo reconhece as carreiras médicas enquanto carreiras de natureza profissional, constituindo os profissionais médicos em corpo especial, visando com esta legitimação a organização das práticas médicas no SNS, garantindo as habilitações profissionais e a formação permanente de acordo com as normas definidas pela OM. A autonomia médica é preservada, sendo reforçada a complementaridade do trabalho de equipa e o papel de liderança que o profissional médico deve assumir na equipa^{clvii}.

No mesmo ano o governo avança com a Lei de Bases da Saúde^{clviii}, que na opinião de António Arnaut^{clix} *“introduziu uma profunda alteração política e doutrinária: onde a Constituição e a Lei n.º 56/79 diziam que o direito à protecção da saúde é garantido pelo SNS, a Lei n.º 48/90 passou a dizer que é garantido pelo sistema de Saúde. O que veio permitir acordos com entidades privadas e a gestão empresarial dos hospitais públicos.”*. Para Baganha *et al.* (2002: 6) o ano de 1990 deve ser considerado como um ano de mudança

no Sistema de Saúde Português. O governo persiste na introdução de uma nova lógica no campo da Saúde, expressa no seu programa de governo quando propõe um novo modelo de financiamento e gestão e a livre concorrência entre público e privado de forma a melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde à população^{clx}. O discurso jurídico-legal no sentido da lógica empresarial é patente no diploma^{clxi} que estabelece o regime de taxas moderadoras onde se afirma que as receitas irão contribuir para aumentar a eficiência e a qualidade dos serviços prestados. E, de forma mais acentuada, com a publicação do novo estatuto do SNS^{clxii}, que consagra o sistema nacional de saúde ao integrar as entidades privadas e os profissionais em regime liberal quando articulados na rede nacional do SNS (Mozzicafreddo, 2000).

As associações profissionais médicas reagem acusando o governo de aprovar o Estatuto do SNS “à revelia dos partidos políticos, associações representativas dos trabalhadores da saúde e da população”^{clxiii}. E defendem que os problemas existentes no SNS resultam das nomeações políticas do governo para as administrações e direções clínicas dos hospitais, ao abrigo da Lei de Gestão Hospitalar que contestam desde a sua publicação. Para as associações profissionais esta situação estaria a condicionar uma diminuição das condições de trabalho e da qualidade dos cuidados prestados, apontando casos como o de Évora, com a morte de doentes renais por intoxicação pelo alumínio, os problemas nos serviços de urgência e o conflito entre médicos e administrações como o caso do Hospital de Aveiro. No entendimento do ministro da tutela, a lei tinha enormes potencialidades e o preenchimento dos lugares do conselho de administração era uma tarefa difícil resultante da baixa apetência pela gestão de unidades complexas como são os hospitais^{clxiv}.

Em 1993, um movimento de médicos^{clxv} com o apoio das associações sindicais ganham as eleições para os corpos gerentes da OM. A intenção era mudar o rumo político da OM. E criar uma ação interventiva mais coesa das associações profissionais. Que se consubstancia num fórum das associações médicas.

Apesar da mudança do ministro da tutela^{clxvi}, as organizações associativas médicas mantêm um diferendo com o governo sobre a nomeação dos diretores clínicos dos hospitais, não prescindindo de ter uma palavra na sua escolha^{clxvii}. O ministro responde no seu tempo de antena semanal, na RTP-Porto, acusando a Ordem e os Sindicatos Médicos de só se preocuparem com a nomeação dos diretores dos hospitais, não se preocuparem com o financiamento ou a gestão de pessoal dos hospitais, e deste modo “com estes senhores, assim, não dá para falar”. O diferendo crónico com as associações médicas leva o primeiro-ministro a afirmar em entrevista à TVI, que “*está na mão do médico a decisão de requisitar ou não*

exames complementares de diagnóstico que ficam muito caros...”. Colocando o ónus do descontrolo das despesas do SNS do lado dos médicos. Em resposta as associações sindicais médicas lembrarão que, apesar da má gestão de algumas unidades de saúde e do subfinanciamento crónico de todo o sistema, o que está em causa é um problema de fundo em relação com o desenvolvimento tecnológico e os custos exponenciais da saúde, muito para além do crescimento económico global dos países^{clxviii}. Estas serão as questões que se arrastarão pelos anos seguintes e por sucessivos governos, confrontados com a necessidade crescente de mais investimento em equipamentos, novas tecnologias e novas terapêuticas e a sustentabilidade financeira do sistema.

As associações profissionais só conseguirão impor a sua perspetiva sobre a nomeação dos diretores clínicos (e de enfermagem) com o governo seguinte^{clxix}, que reconhecerá a importância do envolvimento dos profissionais de saúde no processo de escolha dos elementos dos órgãos de direção técnica dos hospitais como garantia de maior responsabilização e adesão aos objetivos dos hospitais^{clxx}. Desta forma, os diretores clínicos e de enfermagem passarão a ser nomeados pelo Ministro da Saúde, mediante proposta do diretor do hospital de entre os dois candidatos mais votados em processo eleitoral realizado no respetivo hospital.

Mas a vontade política já apontava para novos rumos. Ainda em 1995, é concedida a gestão por contrato do Hospital Fernando da Fonseca, à “Hospital Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, S.A.”. Em 1998, o Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, é objeto de revisão de estatutos, avançando para uma gestão de tipo empresarial^{clxxi}. Este período corresponde ao período de transição para “uma nova política centrada em novas formas de gestão e organização dos hospitais” (Lima, 2015: 5). O Estado avança para uma nova lógica no campo organizacional, promovendo a descentralização da tomada de decisão, do planeamento e do controlo dos recursos, com a criação dos centros de responsabilidade integrados (CRI) nos hospitais do SNS^{clxxii}, com a criação das agências de contratualização dos serviços de saúde^{clxxiii}, e a criação dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), constituídos pelos centros de saúde, hospitais e outros serviços e entidades, públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos numa determinada área geográfica ou região de saúde^{clxxiv}. E, em 1999, é criada a primeira ULS, agregando o Hospital de Pedro Hispano e os centros de saúde da sua área de influência. Por último, no seguimento das experiências inovadoras em gestão, é criado em 2001, o Hospital do Barlavento Algarvio, em moldes semelhantes ao Hospital de São Sebastião.

Desta forma, ainda na vigência do mesmo governo será promulgada uma nova

alteração ao diploma que rege a designação dos diretores clínicos e de enfermagem, que deixam de ser eleitos inter pares, para serem escolhidos pelo diretor do hospital, e passam a integrar os órgãos de direção técnica dos estabelecimentos hospitalares, com o argumento de devolver aos conselhos de administração a coesão e a coresponsabilização necessárias para uma adequada gestão das unidades de saúde^{clxxv}.

Em 2002, o governo^{clxxvi} avança com a reforma do sector da Saúde, argumentando com o crescimento descontrolado das despesas públicas, a desorganização e degradação do SNS e a ineficiência da gestão de recursos materiais, técnicos e humanos com insatisfação dos “utentes” e dos profissionais de saúde^{clxxvii}. Para tal preconiza a mudança de um sistema público, de natureza burocrata-administrativo para um sistema misto de serviços de saúde, onde a par das entidades de natureza pública, coexistam entidades privadas e sociais, que de forma integrada satisfaçam as necessidades dos “utentes” (Barros *et al.*, 2011). Deste modo, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 7 de Março, preconiza que a “*«empresarialização» de hospitais constitui um vector essencial da reforma da gestão hospitalar em curso e um factor indispensável para melhorar o nível de desempenho global do Serviço Nacional de Saúde, potenciando ganhos de saúde acrescidos e assegurando as condições de base da sua sustentabilidade*”, salientando o compromisso com a União Europeia no âmbito do Programa de Estabilidade e Crescimento^{clxxviii}. Esta resolução será convertida na forma de lei, através da alteração da Lei de Bases da Saúde^{clxxix}, e da publicação de vários diplomas que aprovam a transformação de 31 hospitais do sector público-administrativo em hospitais entidades públicas empresariais (EPE)^{clxxx}. Ainda com o objetivo de aprofundar as experiências inovadoras de gestão de natureza empresarial e na procura da mobilização de investimento não público no sistema de saúde é publicado o diploma que define o estabelecimento, no âmbito do SNS de parcerias público-privado^{clxxxii}.

Desta forma, o governo determina por imposição legal uma nova lógica institucional no campo da Saúde (Major e Magalhães, 2014). As associações profissionais são confrontadas com esta imposição, sem que tenham forma de influenciar o processo. O futuro ministro, Correia de Campos, escreverá (2003: 31), “*Mas deve registar-se a boa construção da lei, que induz os melhores, ou pelo menos os mais interessados num desempenho qualificado [...] a criação de incentivos ao desempenho [...] Finalmente, a absorção do défice passado é outra das grandes oportunidades que se oferecem aos hospitais S.A.*”, não deixando de sublinhar as críticas mais fortes ao novo modelo como a ausência de mecanismos reguladores, a estratégia de mudança, ao promover de uma só vez a alteração de estatuto de 34 estabelecimentos e o modo de seleção dos gestores e chefias intermédias dos

hospitais SA.

O ambiente no campo da Saúde regressa ao tom de crispação dos anos 90, com um dirigente sindical a denunciar “*O Euro veio introduzir critérios de rigor e contenção orçamental [...] Um dos sectores mais apetecíveis para o emagrecimento é a Saúde, porque (o Estado) não soube atempadamente contractualizar prestação de Serviços de Saúde com entidades que melhor gerissem. Os médicos, afastados há muito das decisões políticas de recursos humanos e de investimento, aparecem, pela boca dos novos gestores, como os principais responsáveis pelo descalabro financeiro do Serviço Nacional de Saúde. Inevitavelmente as mudanças previstas para o SNS têm como alvo os médicos. Os políticos, todos, insensatos e pouco agradecidos, esquecem rapidamente que o trabalho médico, e a sua excelência, colocaram a Saúde como o único sector social em verdadeira convergência Europeia [...] clxxxii*”. Na mesma lógica de pensamento, reage a OM por um dos seus dirigentes, afirmando que a pretensão final do governo é mesmo retirar da órbita de influência das associações profissionais as competências técnicas e a sua autonomia profissional^{clxxxiii}. E da parte das associações sindicais a acusação que o governo deixou de negociar com os parceiros sociais como a lei determina^{clxxxiv}. Esta situação motivou uma audiência da associação sindical médica com a Comissão Parlamentar do Trabalho e Assuntos Sociais para abordar esta questão e alertar a Assembleia da República (AR) para o não cumprimento da legislação laboral por parte do Ministério da Saúde^{clxxxv}.

Na procura de soluções para o controlo dos gastos crescentes em medicamentos é promovida a comercialização dos medicamentos genéricos pelo Estado. A Associação Nacional de Farmácias (ANF), com interesses na produção e distribuição^{clxxxvi}, acusa os profissionais médicos de não colaborarem na prescrição, defendendo a possibilidade de modificação da prescrição médica pelas farmácias. A OM reage afirmando que a Ordem dos Médicos e os médicos não se movem por interesses económicos, mas pela defesa da livre prescrição enquanto ato exclusivamente médico^{clxxxvii}. Esta questão será tema de debate no Congresso da Ordem dos Médicos^{clxxxviii}, e o próprio bastonário afirmará em editorial “*É importante ter presente as questões económicas quando prescrevemos, mas não é admissível pensar que o médico, ao prescrever um medicamento, se alheia do custo - para o Estado e para o doente. Essa é uma obrigação do médico*” e realça a dicotomia entre profissionais médicos e gestores ao concluir que a melhor prescrição para o doente pelo seu médico pode não ser a melhor decisão para o gestor. A criação de manuais de recomendação terapêuticos nos hospitais empresa é outra das limitações contestada pela OM, que defende que “*a função das ‘guidelines’ é informar e não substituir o juízo clínico do médico, o qual deve*

determinar, em última instância, o tratamento de cada indivíduo^{clxxxix}. Para o economista Miguel Gouveia esta é uma área onde os médicos devem ter uma palavra, mas onde é obrigatório uma mudança de comportamento dos prescritores e onde a OM pode ter um papel muito importante na autorregulação^{cxv}.

A formação médica pós-graduada, um dos componentes importantes do profissionalismo médico é fragilizada pela gestão dos novos hospitais empresa, com a colocação de internos da especialidade nos serviços de urgência, como forma de cobrir necessidades dos serviços, e sem o necessário apoio de especialistas. Simultaneamente o governo, pretende alterar a legislação específica dos Internatos, reduzindo o período formativo. O problema subjacente é a carência de profissionais médicos. As associações profissionais reagem com a OM a propor uma nova portaria regulamentadora da prestação de serviços de urgência pelos médicos do internato^{cxvi}, e a denunciar a pretensa interferência do governo nas suas competências técnicas^{cxvii}.

As associações sindicais denunciam a forma como é constituída e orientada a nova agência governamental^{cxviii}, “Hospitais SA”, divulgando um documento confidencial enviado aos presidentes dos Conselhos de Administração dos Hospitais, dando orientações expressas sobre diversas matérias nomeadamente sobre recursos humanos, sem que tenham sido auscultadas as organizações representativas dos profissionais. A opção governamental de reduzir o diálogo com as associações profissionais é ilustrada pela denúncia deste fato pelas associações sindicais em várias ocasiões (Anexos - Quadro 2. Denúncias da falta de diálogo por parte das associações profissionais (2002-2004). O mesmo é referido pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) no Relatório da Primavera (2004: 3) quando identifica a estratégia do governo de não debater e não negociar para não alterar o caminho definido, associado a um “blackout” informativo e marketing político persistente sobre a “certeza das opções e a bondade dos resultados”.

O governo prossegue a nova orientação para o campo da saúde, promovendo a criação de uma rede integrada de serviços de saúde^{cxix}, procurando a articulação permanente entre os cuidados primários, hospitalares e cuidados de saúde continuados, e compreendendo entidades públicas, privadas e de natureza social. As associações profissionais reagem em conjunto (ver anexo quadro 2) e com iniciativas individuais^{cxv}, denunciando as intenções do governo de promover a desregulação dos centros de saúde, a diminuição da prestação de cuidados pela contratação de médicos indiferenciados e a transformação da saúde em negócio privado^{cxvi}.

Ainda em 2003 o governo avança com a criação de mais uma agência governamental,

a Entidade Reguladora da Saúde, por via do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro. Com esta entidade o Estado procura separar as funções de regulador e supervisor das funções de prestador e financiador (Relatório da Primavera, 2004)^{cxvii}. Estas funções são encaradas de modo diferente pelas associações profissionais médicas, que entendem que estas são demasiado vastas, parecendo querer sobrepor-se quer às funções de outras agências, quer às funções da própria OM, nomeadamente sobre a prática da medicina^{cxviii}. E acusam o governo de pretender excluir os profissionais de saúde de funções executivas nessa agência do Estado^{cxix} (Anexo: Quadro 3. Linha do tempo dos acontecimentos chave).

As consequências diretas da nova lógica governamental no campo da Saúde vão-se refletir nas relações laborais com os profissionais e restantes trabalhadores da saúde, ao definir um novo regime de trabalho, baseado nos contratos individuais de trabalho (CIT). De acordo com Stoleroff e Correia (2008) este processo condicionará uma “liberalização e flexibilização” da contratação, senão mesmo uma “relativa desregulação”^{cc}, devido à inexistência de acordos colectivos de trabalho para os hospitais EPE. Este processo terá consequências marcadas no sistema de regulação existente entre o Estado e as associações sindicais. Não só pela individualização das condições de contratação que os profissionais médicos passam a enfrentar no mercado de trabalho, como pela flexibilização destas mesmas condições. As associações sindicais são desta forma afastadas do processo de contratação, com a passagem de uma gestão de recursos humanos centralizada no Estado para uma gestão descentralizada e focada nas necessidades definidas a nível micro, nos hospitais-empresa. A própria regulação específica do exercício técnico fica condicionada às condições acordadas com as entidades públicas empresariais, condicionando deste modo a autonomia e a prática profissional^{cci}. Se acrescentarmos a estes fatos, a legitimação jurídica desta desregulação pelo enquadramento jurídico dos hospitais empresa, e a descentralização da tomada de decisões que passam dos gabinetes ou das agências governamentais para os conselhos de administração dos hospitais EPE, estavam criadas as condições para a referida “desregulação” defendida por Stoleroff e Correia (2008). Esta situação colocava as associações profissionais sindicais e a própria Ordem dos Médicos perante o dilema de negociar individualmente as condições de contratação e de exercício profissional ou de conseguir impor uma contratação coletiva de trabalho perante o acionista principal dos hospitais empresa, o Estado. Ou, de correrem o risco de serem excluídas de todo este processo. As associações profissionais tentam retomar a iniciativa com um comunicado conjunto onde manifestam a sua oposição às limitações da autonomia e competência técnica dos profissionais médicos impostas pelos novos modelos de contratos de trabalho (CIT),

exigindo a abertura de negociação colectiva de trabalho, onde seja consagrada a autonomia, a diferenciação técnica e a formação contínua^{ccii}. O governo responde argumentando que os objetivos da reforma em curso são de “uma lógica empresarial de valorização da eficiência”, da “responsabilização do sistema face ao cidadão”, o foco “(n)o combate ao desperdício”, e a “flexibilização dos recursos humanos”. O próprio ministro afirma em reunião pública que “com 9,2% do PIB podíamos fazer melhor, ou, eventualmente, fazer o mesmo com menos recursos^{cciii}”. Os profissionais médicos apontam o dedo aos gestores hospitalares, responsabilizando-os pela inoperância do sistema. Nas palavras de um dos diretores de serviço dos hospitais portugueses^{cciv}, existiria uma “falta de cultura empresarial dos administradores hospitalares”, que estava a condicionar um colapso do SNS.

Na conclusão deste período de mudança, antes do término antecipado da legislatura por decisão do Presidente da República^{ccv}, um dirigente sindical escrevia em jeito de conclusão: “*Queixam-se os Médicos de estar a ser colocado em causa este mesmo SNS e de estarmos perante uma tentativa de destruição desse garante de qualidade do exercício técnico da Medicina que são as Carreiras Médicas. E com razão! Nada vimos de vantajoso nos Hospitais SA, nem para os doentes, nem para os Médicos e outros profissionais de Saúde, nem mesmo para as finanças públicas (apesar de toda a publicidade paga) e cujas contas foram contestadas por vários quadrantes*”^{ccvi}. A OM sublinhava o desgaste daquele período para os profissionais médicos afirmando que uma das questões de preocupação para esta associação era a recuperação da legitimidade perante a sociedade^{ccvii}.

Para o ministro da Saúde do governo seguinte^{ccviii}, Correia de Campos, existia uma questão ideológica de fundo, pela “*incompatibilidade entre serviço público e ocupação de mercado*”, defendendo que o recurso pelo Estado ao modelo empresarial deve limitar-se à eficiência interna, sendo de evitar as abordagens demasiado empresariais do serviço público^{ccix}. Esta visão será materializada na alteração legislativa do governo de transformação dos Hospitais SA em Hospitais EPE, com o objetivo de definir “um regime mais estrito ao nível das orientações estratégicas, a exercer pelos Ministérios das Finanças e da Saúde”^{ccx}.

Para o ministro era importante que a reforma do sistema fosse consentânea com o aumento da eficácia, da equidade, da resposta aos cidadãos, da ligação entre hospitais e centros de saúde. Que procurará concretizar com um vasto programa de reformas nos cuidados primários e com a criação de cuidados continuados. Apoiado em estudos e equipas técnicas^{ccxi}, procurará promover a criação de mais hospitais EPE, constituindo os primeiros centros hospitalares^{ccxii}, afirmando não ter dúvidas na empresarialização de todos os hospitais como forma de acabar com a lógica da administração pública e viabilizar o SNS^{ccxiii}. Mas,

apesar do apoio expresso de algumas das associações profissionais médicas para esta reforma^{ccxiv} e do suporte técnico dos grupos de estudo, o modo como o processo foi implementado no campo terá consequências políticas fatais para o ministro, alvo da contestação popular e dos órgãos do poder local, que reagem tumultuosamente face ao encerramento de maternidades por falta de qualidade e das urgências dos centros de saúde por ineficazes e onerosas^{ccxv}. As associações profissionais tinham aliás sublinhado a *“necessidade de uma implementação criteriosa do relatório técnico, de encontrar complementos ao que está previsto e de aprofundamento de alguns aspectos, nomeadamente em termos de articulação entre redes [...] (as) pessoas têm que saber onde se dirigir”*^{ccxvi}. Seis meses mais tarde as mesmas associações profissionais apontavam o labirinto em que se estava a transformar o SNS, comparando as propostas de Michael Porter sobre “fornecer valor aos doentes” (Porter e Teisberg, 2006) com a ação do ministro, que diziam estar a fazer tudo ao contrário^{ccxvii}. As associações profissionais alertavam para o paradigma dos recursos passarem a ser sempre inferiores às necessidades perspetivadas e reais dos doente. Nas palavras de um dirigente sindical, a sociedade tinha mudado, era agora “da informação”, os doentes e a comunicação social exerciam uma pressão crescente e aparentemente insustentável. Associado a estes fatores, as opções políticas revelavam-se desastrosas: politização da saúde e da gestão da saúde, impondo soluções não suportadas tecnicamente, um SNS assente na rede hospitalar e nos serviços de urgência, com fluxos descontrolados de procura e exigindo um imediatismo na resposta. Para o mesmo dirigente, perante um sector com carácter eminentemente social e orçamentos finitos, é fundamental gastar bem e racionalmente para manter a sustentabilidade^{ccxviii}. Este alerta das associações profissionais estava em relação direta com o colapso da “porta do sistema” em que se tinham transformado os serviços de urgências^{ccxix}.

As relações entre governo e associações profissionais agudizam-se, sendo perceptível no discurso do dirigente da OM quando responde ao ministro, a propósito dos médicos não lavarem as mãos na sua atividade profissional, que os *“médicos não necessitam de lições de assepsia de um ministro que confunde Saúde com estatísticas manipuladas”*^{ccxx}. As associações médicas sindicais denunciam a falta de capacidade de diálogo do ministro e acusam o governo de não negociar a legislação e promover a subversão do processo de reforma dos cuidados de saúde primários^{ccxxi}. A substituição do responsável da pasta da Saúde, em Janeiro de 2008, permitirá uma normalização das relações entre o governo e as associações profissionais, mas as questões de fundo ficarão por resolver.

Outro dos problemas que começava a sobressair no campo da saúde era a falta de

profissionais médicos no sector público. O Relatório da Primavera (2008: 4) chamava a atenção para a fuga dos profissionais da saúde para o sector privado e alertava para o risco de “*daqui a poucos anos não haverá recursos humanos para manter o serviço público de saúde*”, pois existe uma “*falta de atenção pelos profissionais*” e que “*Não são de certeza as formas contratuais que, pouco a pouco, se vão instalando nos hospitais públicos [...] que vão criar condições para a fixação de profissionais necessários ao serviço público*”. A resposta do governo seria dada pelo novo titular da Saúde que justificaria a falta de profissionais médicos como resultado dos “*numerus clausus*” restritivos nas faculdades de Medicina nos anos 80 e 90 do século XX, pelo número elevado de reformas antecipadas e saídas para o sector privado dos profissionais de saúde^{ccxxii}. A resposta das associações profissionais pode ser ilustrada pelo editorial do Boletim do SIM, onde se lê “*E a falta de atenção pelos profissionais senhora ministra?*”^{ccxxiii}.

As associações sindicais médicas aumentam a pressão sobre o governo para avançar com o processo de negociação da contratação colectiva, defendendo que o restabelecimento das carreiras médicas era a única forma de melhorar a qualidade do exercício da Medicina^{ccxxiv}. Mas a negociação das carreiras médicas arrastava-se sem que o governo e as associações profissionais chegassem a um consenso. Numa conferência de Imprensa conjunta, as duas estruturas sindicais anunciam um acordo para que “*as negociações sejam feitas numa só mesa negocial*”. Um dos seus dirigentes lembrava que “*são as condições de trabalho, o reconhecimento e o bom trato que podem fixar médicos e não só os incentivos financeiros. A estabilidade, uma equipa sólida, uma carreira, apoio na formação contínua, protecção na responsabilidade civil, isso sim, poderiam ser factores que levariam os médicos a fixar-se*”^{ccxxv}. A dissonância entre as associações sindicais médicas e a Ordem dos Médicos surge quando esta última anuncia, pela voz do seu bastonário, “*que a Ordem vai fazer carreiras internas*”^{ccxxvi}, e pretende interferir nas negociações com o governo. O que é liminarmente rejeitado pelas duas associações sindicais médicas em comunicado conjunto. Simultaneamente fazem sair, com as associações sindicais dos corpos especiais da saúde^{ccxxvii}, uma declaração conjunta onde reafirmam a exigência de uma contratação colectiva única em cada sector profissional.

Este processo terá o seu epílogo com a assinatura de um acordo entre o governo e as associações sindicais médicas, no dia 3 de Junho de 2009, que “*determina que todos os médicos do SNS, independentemente do local onde trabalhem e da sua relação jurídica de emprego, sejam enquadrados por um regime legal de carreira*”^{ccxxviii}, consubstanciado nos diplomas^{ccxxix} publicados dois meses depois e nos acordos colectivos de trabalho que serão

publicados em Outubro e Novembro de 2009^{ccxxx}. Desta forma, as associações profissionais médicas conseguiam recriar as carreiras médicas no sistema nacional de saúde e preservar a sua lógica no campo institucional da saúde.

3.6. As Carreiras Médicas e as suas fontes de Legitimação

As Carreiras Médicas enquanto fonte da autonomia, autorregulação, educação formal, aprendizagem contínua e serviço à população surgem expressas de forma estruturada, pela primeira vez, no “Relatório sobre as Carreiras Médicas” (Relatório sobre as Carreiras Médicas, [1961]/2007). Este documento publicado em 1961, corresponde ao culminar de um processo de mobilização dos médicos, apoiados pela sua associação profissional, a Ordem dos Médicos, na discussão dos problemas que afectavam os profissionais e a população do país (Relatório sobre as Carreiras Médicas, [1961]/2007). As ideias, os valores e as práticas defendidas nesse documento evoluíram ao longo de três dezenas de anos até serem consideradas como rotinas e “dadas por adquirido” (*taken-for-granted*). Neste período foram reproduzidas na forma de lei em pelo menos três diplomas legais^{ccxxx}, o que facilitou a sua replicação. No final dos anos 80 as Carreiras Médicas eram difusamente aceites como a norma e a prática por todos os profissionais, pelo Estado e pela sociedade em geral e podiam ser consideradas legitimadas por serem encaradas como a norma apropriada e necessária para o contexto onde se inseriam, o Serviço Nacional de Saúde português (Suchman, 1995). Isso mesmo é reconhecido no articulado que aprova as carreiras médicas negociado entre as organizações médicas e o governo, e publicado em Agosto de 1982^{ccxxxii}: “*A instituição das carreiras médicas visa a legitimação, a garantia e a organização do exercício da actividade médica nos serviços públicos de saúde, com base nas adequadas habilitações profissionais e sua evolução em termos de formação permanente e prática funcional.*”. E que será reafirmado oito anos depois, pelo diploma subsequente que faz a revisão das carreiras médicas^{ccxxxiii}, “*sem modificar a sua filosofia ou introduzir alterações substanciais*” (Anexos: Quadro 3. Linha do tempo dos acontecimentos chave) .

Esta legitimidade, sem nunca ter sido posta em causa, começa a ser encarada pelo Estado como um fator de reforço do “poder médico”, e por esse motivo foco de tensão entre os profissionais médicos e os sucessivos governos. Como referia um dirigente sindical em 1988: “*os médicos, enquanto classe, têm de garantir a sua influência social e o seu poder de decisão sobre os assuntos que à saúde dizem respeito. Ainda que para tanto tenha que afrontar o poder político [...] a verdade é que o poder médico tem que assentar em alicerces*

muito diferentes: a razão, o conhecimento científico, a dedicação humanística à profissão^{ccxxxiv}.

Quadro 3.4. Acontecimentos-chave e a sua análise institucional (1961-2011)

Evento, Documento	Análise institucional
Publicação do Relatório sobre as Carreiras Médicas, 1961	Fonte cultural-cognitiva da autonomia, autorregulação, educação formal, aprendizagem contínua das profissões da saúde
	Fonte cultural-cognitiva do SNS
Decreto-lei 413/1971, reorganiza os serviços do MSA	Fonte sociopolítica da estruturação dos serviços de saúde
Decreto-lei 414/1971, define as carreiras profissionais na saúde	Fonte sociopolítica da legitimidade das CM
Lei 56/79, Cria o Serviço Nacional de Saúde	Fonte sociopolítica da legitimidade do SNS
Decreto-lei 310/1982	Fonte sociopolítica da legitimidade das CM integradas no SNS
Decreto-lei 73/1990	Fonte sociopolítica da legitimidade das CM na reforma do Estado
Greves médicas 1988-1993	Afirmação das associações sindicais médicas como atores principais no campo
Lei 27/2002; DL 272-302/ 2002, novo regime de gestão hospitalar	Fonte sociopolítica da legitimação da lógica empresarial e do Mercado nos hospitais públicos SA-EPE
Definição novo regime contratação para hospitais EPE	Desinstitucionalização das carreiras profissionais e o declínio do profissionalismo no SNS
ACSS, ERS, Unidade Missão SA	Novos atores no campo: agências governamentais para controlo e intermediação entre os hospitais e o governo
Colapso serviços de urgência e dificuldades equipas hospitalares	Contestação da lógica empresarial e do Mercado nos hospitais pelas associações profissionais, aumento da legitimidade das CM
DL 93/2005, Transformação dos hospitais SA em EPE	Mudança de perspetiva do governo para a gestão dos hospitais, menos Mercado, mais controlo e planeamento
2008, Dificuldades financeiras nos hospitais EPE	Compromisso da gestão empresarial nos hospitais públicos, maior controlo de gestão pelo governo
2009, Acordo entre o governo e as associações profissionais médicas recria CM	Fonte sociopolítica da legitimidade das CM no sistema de saúde, incremento desta lógica para as PPP e unidades privadas

Notas: ACSS: Administração Central do Sistema de Saúde, IP; CM: Carreiras Médicas; DL: Decreto-lei; EPE: Entidade Pública Empresarial; ERS: Entidade Reguladora da Saúde; MSA: Ministério da Saúde e Assistência; PPP: Parcerias Público-Privadas; SA: Sociedade Anónima; SNS: Serviço Nacional de Saúde.

O governo^{ccxxxv} promove em várias ocasiões a discussão de alterações do modelo de organização dos serviços e das CM^{ccxxxvi}, sem nunca conseguir demonstrar a necessidade ou a justificação desta mudança perante as associações profissionais. Em 1994, o ministro Paulo Mendo na tentativa de promover uma revisão das CM acaba por suscitar uma oposição

frontal do conjunto de associações profissionais médicas integradas no Fórum Médico^{ccxxxvii}. Com o ministro da Saúde seguinte, Maria de Belém Roseiro o clima de conflito subirá de tom acabando num longo período de greves, que ficarão conhecidas pelas “greves self-service”^{ccxxxviii}. A revisão das carreiras, a revalorização salarial face a outros grupos profissionais e as condições de trabalho, como horários, folgas e descansos serão motivo para um dos mais desgastantes episódios de conflitos entre o governo e as associações médicas que terminará através da mediação do Presidente da República^{ccxxxix}.

Em 2002, com o argumento da “*desorganização e degradação do Serviço Nacional de Saúde*” e da necessidade de obter a sustentabilidade do sistema, o governo^{ccxli} decide avançar para a empresarialização dos hospitais, impondo de forma revolucionária (Greenwood e Suddaby, 1996) a emergência de uma nova lógica no campo institucional. Através de vários diplomas legais^{ccxlii}, sem nunca colocar em causa a legitimidade das CM, inicia um processo de desinstitucionalização ao excluir das CM todos os novos profissionais médicos. Através da promoção de um novo regime de contratação, com a passagem de contratos em funções públicas para contratos individuais de trabalho impõe uma mudança muito mais profunda na organização. Os trabalhadores com contratos individuais de trabalho deixavam de estar integrados nas carreiras profissionais, perdendo a garantia expressa de formação contínua, progressão na carreira e autonomia profissional. Deste modo, mais do que a imposição da lógica empresarial assistia-se nos hospitais do SNS a uma progressiva eliminação do profissionalismo por via da destruição de um dos seus pilares, as carreiras profissionais. Associado a esta desregulação contratual, a promoção de uma nova visão para os cuidados de saúde, ilustrado pelo modo como a Unidade Missão para os Hospitais SA, promove a nova dinâmica do governo para a gestão dos hospitais focada nos ganhos de produção, na procura de novas fontes de receita, na rentabilização dos recursos humanos, numa perspetiva burocrática/industrial que estava nos antípodas da cultura existente dentro dos hospitais e dos profissionais de saúde.

O processo de implementação dos hospitais SA será objeto de comentário crítico do OPSS no Relatório da Primavera (2003: 67-68) “*A comunicação ascendente e descendente, intra e extra-institucional, não têm funcionado, criando grandes e graves problemas de desinformação e desmotivação, já que as questões da empregabilidade, da segurança e da continuidade dos profissionais está em causa e não se encontram respostas para questões, como por exemplo, a conjugação das carreiras específicas da saúde com os contratos individuais de trabalho ou como se mede a monitorização e avaliação do desempenho.*”

As experiências e as mudanças organizacionais ocorridas no campo da saúde ao longo

dos seis anos seguintes (Quadro 3.4. Medidas de gestão promovidas pelo governo e pelos hospitais SA/EPE, 2002-2008) focalizadas na lógica de gestão empresarial e na definição de objetivos organizacionais de desempenho e eficiência, esquecem os princípios definidos por Southon e Braithwaite (1998), que a medicina é uma atividade associada a níveis elevados de incerteza e complexidade, dependente de profissionais diferenciados e motivados. As pressões exercidas dentro dos hospitais públicos para a implementação da nova lógica empresarial acabam por determinar a fuga de profissionais do sector público, com a saída progressiva para o sector privado, a redução da sua atividade nos hospitais públicos pela redução dos horários de trabalho, com as reformas antecipadas de um número significativo de profissionais médicos seniores (Relatório da Primavera, 2008). As consequências nos hospitais públicos vão da desestruturação das equipas e dos serviços hospitalares ao colapso dos serviços de urgência.

Quadro 3.5. Medidas de gestão promovidas pelo governo e pelos hospitais SA/EPE, 2002- 2008

Data, Documento	Discurso
26-02-2002, DL 39/2002	Promove mudanças ao nível da gestão dos hospitais: 1. Nomeação dos titulares dos órgãos de direção técnica (diretor clínico e enfermeiro-diretor, revogando o Decreto-Lei n.º 135/96, de 13 de Agosto) 2. A possibilidade de efetivação de aquisições de bens e serviços ao abrigo das regras do direito privado.
8-11-2002, Lei 27/2002	Aprova o regime jurídico da Gestão Hospitalar e procede à alteração à Lei 48/90, de 24 de Agosto.
16-11-2001, Resolução CM 162/2001	Estrutura de Missão Parcerias, Saúde: “desenvolver um enquadramento legal apropriado ao lançamento de projectos de parceria público/privados no sector da Saúde, mas tem, também, a responsabilidade de identificar projectos e prepará-los para serem lançados sob a forma de parcerias; de organizar e conduzir os concursos públicos relativos a cada projecto”
9/11-12-2002 DL 272- 302/2002	Criação dos 31 Hospitais-SA, órgãos de gestão constituídos por gestores públicos*. Objetivos: desenvolver incentivos à eficiência e à orientação dos serviços para a procura. Simular um mercado para os hospitais onde o SNS será livre de comprar quer no sector público quer no privado.
5-02-2003, Portaria 132/2003	Aprova as tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde, bem como o respectivo Regulamento.
5-02-2003, Resolução CM 15/2003	“Cria uma unidade de missão designada ‘Hospitais SA’, com a finalidade de coordenar o processo global de lançamento e a estratégia de empresarialização dos hospitais com a natureza jurídica de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos”
26-04-2003, DL 86/2003	Define normas gerais das Parcerias público-privadas
28-04-2003, DR 10/2003	Aprova as condições gerais dos procedimentos prévios à celebração dos contratos de gestão para o estabelecimento de parcerias em saúde.
1-08-2003, DL 173/2003	Estabelece o regime das taxas moderadoras no acesso à prestação de cuidados de saúde no âmbito do Sistema Nacional de Saúde
20-08-2003, DL 188/2003	Implementação de níveis intermédios de gestão definidos previamente pelo DL 374/99, de 18 de Setembro, com poder de decisão e capacidade de negociar no âmbito dos orçamentos-programa previamente contratualizados com o Conselho de Administração do hospital.
8-11-2003, DL 281/2003	Cria a rede de cuidados continuados de saúde

10-12-2003, DL 309/2003	Cria a Entidade Reguladora da Saúde
22-05-2004, Portaria 551/2004	Contratos-programa com os hospitais sociedades anónimas pela prestação de serviços a utentes do Serviço Nacional de Saúde
2-06-2004, Portaria 587/2004	“A Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo é autorizada a celebrar com a sociedade Hospital Amadora-Sintra, Sociedade Gestora, S. A., o acordo de alteração do contrato de gestão do Hospital do Professor Doutor Fernando Fonseca”
24-06-2004, Resolução CM 79/2004	Cria o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), com o objectivo de “minimizar o período que decorre entre o momento em que um doente é encaminhado para uma cirurgia e a realização da mesma, garantindo, de uma forma progressiva, que o tratamento cirúrgico dentro do tempo clinicamente admissível”
7-06-2005, DL 93/2005	Transforma os hospitais sociedades anónimas em entidades públicas empresariais -EPE.
30-03-2006, Desp. conjunto dos ministros Saúde e Finanças 296/2006	“Analisar a evolução recente das necessidades de financiamento do SNS, identificando os factores do lado da procura e da oferta de cuidados de saúde que as determinam e condicionam a sua sustentabilidade financeira [...]Analisar, à luz do enquadramento constitucional português, as diversas modalidades de partilha de custos na saúde, alternativas possíveis e seus impactos na procura de cuidados e na despesa agregada.”
11-01-2006, Desp. 721/2006	A negociação e celebração, conjuntamente com o ACSS, dos contratos-programa com os Hospitais do Sector Público Administrativo (SPA) e Empresarial do Estado (EPE).
27-03-2007, DL 71/2007	Define o estatuto do gestor público, integrado e adaptado a todas as empresas públicas do Estado, independentemente da sua forma jurídica.
16-01-2008, Desp. 3596/2008	Cria a Comissão de Estudo para a Avaliação dos hospitais EPE, “a criação desta comissão é um passo importante no que se refere à governação hospitalar. De facto, um dos factores relacionados com a transparência e a prestação de contas está relacionado com a forma como os CA são nomeados, quais os critérios utilizados e a avaliação da sua efectividade.”

Legendas: DL: Decreto-lei; DR: Decreto-Regulamentar; CM: Conselho de Ministros; Desp.: Despacho.

* “critérios para as nomeações dos conselhos de administração, assentou principalmente em pessoas sem qualquer relação profissional anterior com a área da saúde” (Relatório da Primavera, 2003)

Esta desregulação será objeto de contestação crescente das associações profissionais, que ao longo do período irão denunciar de forma progressivamente mais dissonante com o governo, os problemas existentes no campo da Saúde. E, de forma paradoxal, este movimento de oposição das associações profissionais médicas à lógica imposta pelo governo impulsionará o aumento da legitimidade das CM como fator de garantia da qualidade do exercício técnico dos profissionais e da formação médica. (Anexo: Quadro 3. Linha do tempo dos acontecimentos chave) .

Este movimento será potenciado pela mudança de titular da pasta da Saúde, com a entrada de uma médica para o ministério^{ccxlii} da Saúde. As negociações com o Ministério da Saúde irão arrastar-se durante quase um ano, só sendo desbloqueadas por uma intervenção junto do gabinete do primeiro-ministro. Através de conversações diretas com o gabinete do primeiro-ministro e do ministro do Trabalho, as associações sindicais conseguirão demonstrar as vantagens da recriação das CM para todo o sector face aos problemas existentes no campo da saúde. O acordo entre as associações sindicais médicas e o governo será assinado no dia 3 de Junho de 2009, os diplomas^{ccxliii} que recriam as CM em Agosto do mesmo ano e o acordo

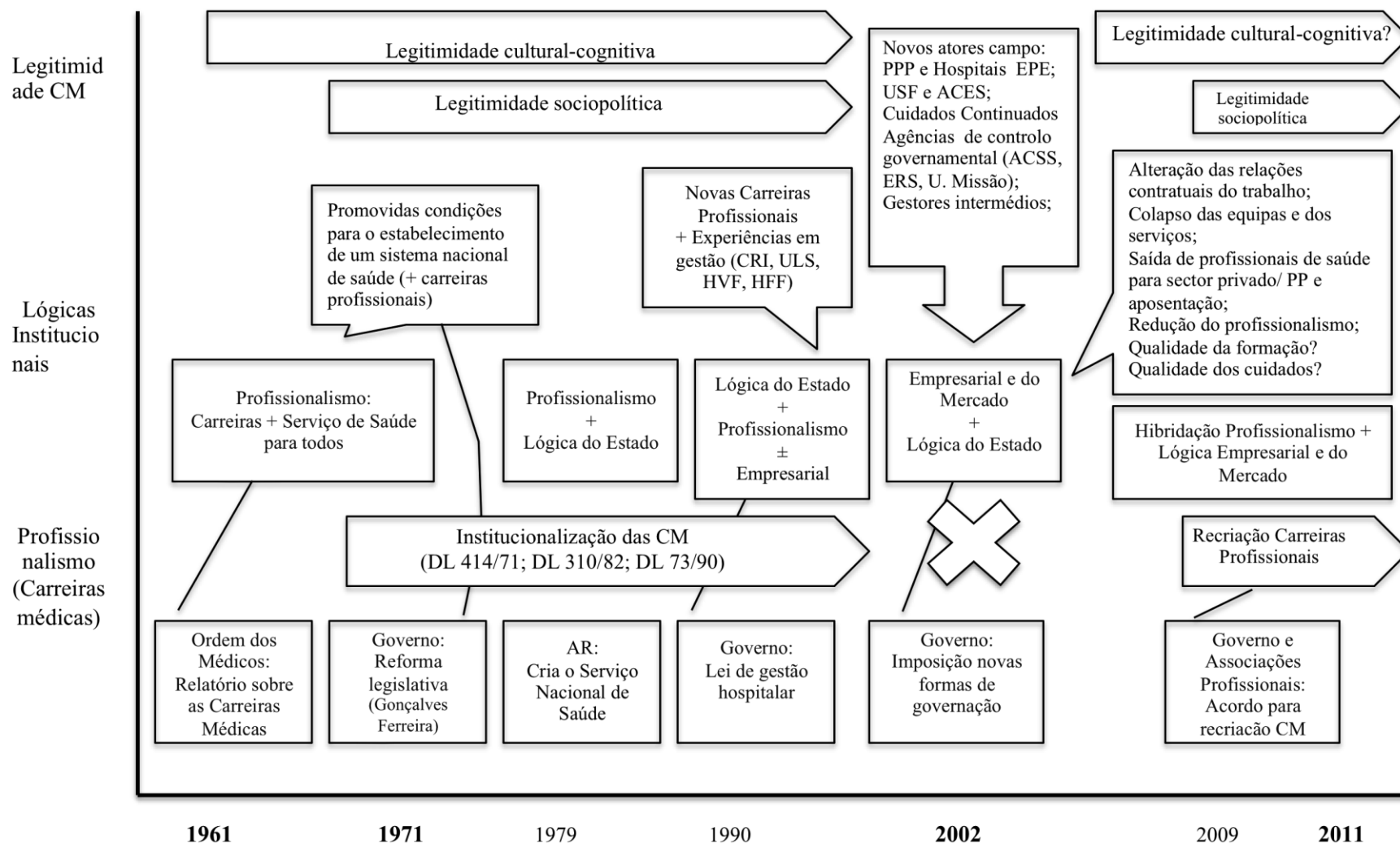
colectivo de trabalho (ACT) para os profissionais médicos em Outubro de 2009^{ccxliiv}, em véspera das eleições legislativas^{ccxlv}.

A recriação das CM enquanto fator agregador do profissionalismo médico, da fixação dos profissionais às unidades de saúde e da formação médica pós-graduada é aceite pelo governo como elemento fundamental para a estruturação dos serviços. O mesmo é defendido no preâmbulo do diploma de recriação das CM onde é referido:

“Um dos factores críticos do sucesso do SNS é o da qualificação e desenvolvimento técnico-científico dos seus profissionais, designadamente dos médicos. Para estes, tradicionalmente, as carreiras médicas têm sido um requisito e um estímulo para um percurso de diferenciação profissional, marcado por etapas exigentes, com avaliação inter pares e reconhecimento institucional. Para o SNS, este processo tem possibilitado o desenvolvimento de um sistema de especialização e formação pós-graduada de sucessivas gerações de médicos, com repercussões comprovadas na qualidade dos cuidados de saúde e nos resultados medidos por vários indicadores de saúde populacional. Torna-se, por isso, necessário preservar e aperfeiçoar este património em todas as instituições e estabelecimentos integrados no SNS, independentemente da sua natureza jurídica.”

O governo, no acordo estabelecido com as associações sindicais, e nos diplomas que lhe servirão de suporte legal, permitirá o alargamento do seu âmbito a todo o sistema de saúde portuguesa, abrangendo as parcerias público privadas e as unidades privadas^{ccxlvii}. Este fato pode ser interpretado como sinónimo do incremento da legitimidade das CM no campo da saúde em Portugal.

Figura 3.1. Acontecimentos chave de acordo com os dois componentes em estudo – profissionalismo e lógicas institucionais



3.7. Discussão e conclusões

O presente estudo apresenta várias limitações, algumas resultantes do método definido, qualitativo, exploratório e descritivo, outras relacionadas com as fontes documentais selecionadas, essencialmente secundárias, de arquivo ou produzidas pelos atores principais do campo, podendo suscitar vieses de perspectiva. Como forma de fortalecer a análise efetuada procuramos realizar a triangulação defendida por Yin (2009), através da análise comparativa entre os dados disponíveis dos diversos atores no campo, a legislação produzida e os artigos da comunicação social no período em estudo.

Como proposta para futuras investigações nesta área consideramos que a análise do profissionalismo e a institucionalização das carreiras poderia ser realizada numa âmbito mais vasto das profissões em Portugal, permitindo avaliar a evolução e as particularidades em cada grupo ou sector. Resultante do presente estudo, fica a percepção que o profissionalismo enquanto competência na gestão de uma área exclusiva de conhecimento, tem sofrido uma erosão dos limites jurisdicionais, do controlo dos programas de educação formais, da autonomia e mesmo dos valores específicos da profissão. Deste modo, seria interessante avaliar os fatores que condicionaram esta erosão e avaliar de que modo este processo poderá condicionar no futuro a legitimidade das profissões.

No presente estudo procuramos analisar o profissionalismo médicos e a institucionalização das carreiras médicas em Portugal. Evidenciamos a íntima relação entre as carreiras médicas e o sistema público de saúde desenvolvido pelo Estado. Na análise da evolução das carreiras médicas ao longo de cinquenta anos demonstramos como as associações profissionais médicas mantiveram um papel fundamental na regulação do campo, definindo as normas e o domínio da sua área de jurisdição em oposição frequente com outros macro-atores como o Estado ou as suas agências. De igual modo demonstramos como as associações profissionais souberam promover e manter o privilégio na definição dos critérios de formação e treino profissional, sempre em estreita colaboração com o Estado, moldando deste modo o seu campo organizacional. Na transição de século identificamos como a mudança institucional imposta pelo governo em 2002 e a resultante desregulação do mercado de trabalho condicionou a progressiva eliminação das carreiras médicas e o declínio do profissionalismo médico dentro dos hospitais. Relacionamos esta situação com a fuga de profissionais do sector público para o sector privado e com a aposentação antecipada de muitos profissionais seniores. E, associamos esta saída precipitada de profissionais, alguns dos quais dos mais diferenciados e seniores, à desorganização e ao colapso dos serviços

hospitalares que se verificou nos anos subsequentes. Demonstramos como as associações profissionais médicas aproveitaram esta situação para promover junto do governo a ideia de recriação das carreiras médicas, como forma de garantir as normas, as práticas e a formação pós-graduada e desta forma a qualidade assistencial.

Tendo em conta as questões formuladas, elaboraremos em seguida a sua discussão e as conclusões do estudo:

Como é que os profissionais médicos portugueses definiram os limites jurisdicionais da sua atividade?

No início dos anos 60, os profissionais médicos com o apoio da sua associação profissional, a Ordem dos Médicos, publicaram um documento em defesa da sua carreira profissional, o “Relatório sobre as Carreiras Médicas”. Este documento terá uma repercussão sistémica no sistema de saúde, servindo, não só para a elaboração das carreiras profissionais na saúde, mas também como guia de orientação para o futuro sistema de saúde. Ao longo de vinte anos, a associação profissional médica e os seus dirigentes participaram de forma ativa na política e na governação, o que lhes permitiu influenciar as orientações do Estado para o campo da saúde. Tal é evidenciado pela integração no governo de alguns dos elementos que haviam participado na redação do documento e dos autores responsáveis pela elaboração de legislação que permitiu definir as carreiras profissionais e a estruturação dos serviços de saúde (Decretos-lei 413 e 414/1971), que servirá de suporte para o diploma publicado em 1979 que promove a criação do Serviço Nacional de Saúde (Lei 56/1979). Desta forma, os princípios originalmente defendidos pelos redatores do “Relatório sobre as Carreiras Médicas” ficaram consagrados na lei portuguesa, dezanove anos depois da sua publicação original. Este processo permite ilustrar como a profissionalização dos médicos portugueses e a institucionalização das carreiras médicas públicas teve repercussões sistémicas na sociedade e afetou o campo institucional da saúde nos trinta anos seguintes.

Que estratégias, processos e práticas desenvolveram as associações profissionais médicas para construir, manter ou desafiar as instituições presentes no seu campo institucional?

Com a publicação da lei que consagrou o Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 1979, as associações profissionais, que passaram a incluir as duas organizações sindicais, confrontaram-se com a nova estruturação do sistema. A emergência do Estado como ator principal do campo obrigava a um novo posicionamento dos profissionais. No interior das associações médicas enfrentaram-se dois grupos com visões antagónicas sobre o papel do médicos na nova estrutura de saúde. De um lado, os conservadores que entendiam a profissão

segundo um modelo liberal, de outro os reformistas que defendiam as ideias originais do “Relatório sobre as Carreiras Médicas” e a existência das carreiras médicas no SNS. Esta última será a posição que será negociada com o governo no novo diploma das CM em 1982. Neste novo diploma (Decreto-lei 310/1982) os médicos são reconhecidos como cúpula técnico-científica do sistema, mantendo a autonomia profissional e o controlo dos processos de formação, que são enquadrados dentro das atividades dos serviços públicos de saúde. Simultaneamente alargam a sua influência, criando novas competências, em serviços de proximidade, com a criação da especialidade de Clínica Geral. Este diploma reflete igualmente a legitimação das carreiras profissionais como uma garantia da qualidade do exercício técnico da Medicina, reconhecendo à Ordem dos Médicos a competência para o controlo do exercício e da formação profissional dentro do SNS, relevando o seu papel de agente responsável pelo controlo técnico-científico dentro dos serviços públicos de saúde.

Esta hegemonia dos profissionais médicos no SNS será, no entanto, posta à prova no final dos anos 80 e início dos anos 90. A assunção pelo Estado do SNS, universal, geral e gratuito, e o sucesso da implementação do sistema terá reflexos nos orçamentos de Estado. Em 1988, o governo procura mudar o rumo do sistema, na perspectiva que a capacidade para a gestão de serviços da Administração Pública em geral e dos profissionais médicos em particular era inadequada, promovendo uma nova lei de gestão hospitalar. Sem negociar com os parceiros sociais, designadamente os profissionais médicos, publica o diploma que consagra os princípios de gestão empresarial dentro dos hospitais, criando centros de responsabilidade e níveis intermédios de gestão. A resposta das associações profissionais será determinada, com um período longo de greves e reuniões de médicos ao longo do país, que elevará o nível de conflituosidade dentro do campo e colocará em causa a posição de liderança dos profissionais no sistema. A legitimidade da profissão será colocada em causa perante a opinião pública, com uma campanha muito agressiva por parte do governo apontando os médicos como responsáveis pelo aumento da despesa e pela desorganização das unidades de saúde. Este processo terá um interregno em 1990, com a negociação pelas associações sindicais do novo diploma das CM, projetando os sindicatos médicos como um dos atores principais no campo, a par da Ordem dos Médicos e do governo.

A oposição ao poder do Estado, na regulamentação do mercado de trabalho e na prestação de cuidados de saúde, permitiu a projeção das associações sindicais como parceiros sociais incontornáveis na definição das políticas e das práticas no campo da Saúde^{ccxlviii}. A pergunta de Evetts (2006:137) “*why do states allow professions to flourish?*” poderia ser respondida como Martin *et al.* (2015: 394) expressaram: que persistem coisas que as

profissões conseguem fazer melhor que os Estados; ou ser resultado de fatores específicos dos Estados sociais europeus, como a existência de associações sindicais fortes que conseguem impor a sua visão em nome dos profissionais (Evetts, 2014), atuando como agentes institucionais na definição das normas e práticas profissionais.

Esta tensão permanente entre políticos e profissionais médicos irá persistir até ao presente, com a interposição de uma nova figura na viragem do milénio, os gestores das unidades de saúde (Leicht *et al.*, 2009). É neste período que se irão confrontar as duas visões antagónicas referidas por Lazaro e Azcona (1996). De um lado, a visão burocrática e de mercado do gestor apoiado pelos políticos, do outro lado da barreira, a perspectiva de cuidados de saúde complexos e de resultados incertos dos profissionais de saúde que procuram defender a sua autonomia (Gieryn, 1999).

Em 2002, o governo avançará com um novo modelo de gestão dos hospitais, impondo uma nova lógica institucional no campo. Face aos compromissos assumidos com a União Europeia, e em nome da sustentabilidade do sistema, o governo promoverá uma mudança profunda no sistema, com a imposição legislativa da lógica empresarial e do Mercado, transformando 34 hospitais públicos em 31 hospitais entidades públicas empresariais (EPE). Esta situação aproxima-se da ocorrida em Alberta, Canadá, e descrita por Reay e Hinings (2005). Porém, se compararmos o percurso entre estes dois processos, verificamos que o governo provincial em Alberta negociou vários anos com os parceiros sociais antes da promulgação do novo sistema, enquanto em Portugal, o governo limitou-se a anunciar o novo modelo, apontando-o como o necessário e adequado para solucionar o problema da sustentabilidade do sistema. As associações profissionais médicas portuguesas foram confrontadas com a nova lógica no campo, com novas estruturas e atores - como as novas agências governamentais e os gestores hospitalares - ao mesmo tempo que verificavam a imposição de um novo estatuto profissional que excluía os novos médicos das carreiras profissionais. A resposta das associações profissionais aproximou-se das ações dos anos 90, com novas greves e reuniões de médicos ao longo do país, mas neste período, os profissionais médicos procuraram obter o apoio da comunidade, denunciando, de forma sistemática, os problemas e as falhas do sistema e apontando os responsáveis, em geral, os gestores ou o governo e as suas agências. Esta estratégia permitirá que as associações profissionais médicas capitalizem a degradação e as falhas de resposta dos serviços como resultado do compromisso das carreiras dos profissionais de saúde, promovendo a legitimação das carreiras profissionais como uma garantia da qualidade da prestação de cuidados de saúde à comunidade. Serão estas ideias e princípios que levarão o governo a aceitar negociar um

novo modelo de carreiras médicas em 2009.

Como reagiram as associações profissionais médicas às iniciativas externas que procuraram remodelar a sua prática profissional?

A mudança da lógica institucional imposta pelo governo nos hospitais e outras unidades de saúde a partir de 2002, centrou a atenção dentro das organizações públicas de saúde nas propostas e soluções alternativas, ditas de empresariais ou do mercado, entrando em competição com as lógicas institucionais existentes e impondo uma negociação e um novo equilíbrio intraorganizacional (Reay e Hinings, 2009). Esta situação colocou os profissionais e as organizações perante a necessidade de integrarem as novas normas ou práticas como necessárias e apropriadas (Colyvas e Powell, 2006), sem negociação ou legitimação prévias. O governo ao procurar impor uma nova lógica institucional, através de um processo legislativo, não negociado com os parceiros sociais, não conseguiu demonstrar a legitimidade das suas propostas perante as associações profissionais e os atores individuais no campo, à semelhança do ocorrido em Alberta, Canadá (Reay e Hinings, 2005). Os responsáveis pela reforma, ao esquecerem-se da realidade e da complexidade dos serviços de saúde (Southon e Braithwaite, 1998), avançaram para uma reestruturação destes serviços baseados em princípios de mercado e de gestão burocrática/industrial (Raposo e Harfouche, 2011). Para tal, promoveram uma “desprofissionalização” dos serviços (Reed e Evans, 1987), como forma de controlo e gestão que acabou por condicionar efeitos indesejados nos cuidados de saúde. Ao contrário dos objetivos definidos, a desestruturação não favoreceu a imposição da nova lógica, mas antes levou a fenómenos de “decoupling” dos profissionais e à saída de um grupo muito importante destes, entre os profissionais mais diferenciados e seniores (Relatório da Primavera, 2008). Esta situação, acabou por colocar em causa, não só a organização dos serviços, como também a formação contínua e pós-graduada. As associações profissionais médicas mantiveram um papel muito ativo, atuando como agentes responsáveis pela qualidade técnica e pelo exercício profissional, o que lhes permitiu capitalizar as inoperâncias dos serviços públicos de saúde e aparecer junto da comunidade como entidades provedoras dos doentes e da população.

Apesar da recriação legislativa das CM promovida pelo governo, em 2009, as consequências do processo de empresarialização dos hospitais e desinstitucionalização das carreiras profissionais nos serviços públicos de saúde ainda não são passíveis de avaliar, embora algumas tendências possam ser perceptíveis na atualidade. Uma destas tendências apontada por autores como Mechanic e McAlpine (2010) resultaria do risco de substituição da “relação médico-doente” pelo “interesse da organização” como consequência da

apropriação dos ideais do profissionalismo pelos gestores (Evetts, 2009). Outra, a hibridação da lógica do profissionalismo com as lógicas empresariais e de mercado resultando em novas formas de profissionalismo (Martin *et al.*, 2015) cuja legitimidade poderia ser questionada pela sociedade e pelos próprios profissionais.

O novo profissionalismo médico que resultará desta nova realidade intraorganizacional e a nível do campo da saúde, com a partilha do sistema entre unidades públicas, privadas ou público-privadas poderá aproximar-se dos conceitos definidos por Evetts (2014) do profissionalismo organizacional ou ocupacional. A esta pressão para a eficiência e o controlo do mercado deverão associar-se novos modelos para a saúde, focados no “bem-estar”, orientados para a cidadania ativa e envolvimento consciente dos “consumidores” (cf. Relatório – Um Futuro para a Saúde, 2014) e novas classes de *stakeholders* ou de profissões da saúde que condicionarão inevitavelmente a estruturação do trabalho e as relações jurisdicionais entre as diversas profissões, nomeadamente a profissão médica, colocando um desafio crescente à sua legitimidade natural.

3.8. Bibliografia

Abbott, A. (1988), *The System of Professions – An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Aldrich, H.E., e C.M. Fiol (1994), Fools rush in? The institutional context of industry creation, *Academy of Management Journal* 19, 645–670.

Baganha, M.I., J. Ribeiro, S. Pires (2002), O sector da Saúde em Portugal. Funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional, *Oficina do CES* 182, 1-33.
in <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/182.pdf>.

Barros, P.P., S.R. Machado, e J.A. Simões (2011), Portugal: health system review. Health systems in transition, *European Observatory on Health Systems and Policies* 13(4), 1-156.

Barry, D., E. Cyran e R.J. Anderson (2000), Common issues in medical professionalism: room to grow, *The American Journal of Medicine* 108(2), 136–42.

Beck, J., (2009), Appropriating Professionalism: Restructuring the Official Knowledge base of England's 'Modernised' Teaching Profession, *British Journal of Sociology of Education* 30(1), 3–14.

Berger, P.L., e T. Luckman (1967), *The social construction of reality*, Garden City, NJ: Doubleday.

Bonham, M.B. (2013), Leading by example: New Professionalism and the government client, *Building Research & Information* 41(1), 77-94.

Bordass, B., e A. Leaman, (2013), Editorial: A New Professionalism: remedy or fantasy?, *Building Research & Information* 41(1), 1-7.

Brennan, T.A., L.L. Leape, N.M. Laird, L. Hebert, A.R. Localio, A.G. Lawthers, J.P. Newhouse, P.C. Weiler, e H.H. Hiatt (1991), Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients — Results of the Harvard Medical Practice Study I, *N Engl J Med* 324, 370-376.

Bresnen, M. (2013), Advancing a 'new professionalism': professionalization, practice and institutionalization, *Building Research & Information* 41(6), 735-741.

Carey, M. (2007), White-Collar Proletariat? Braverman, the Deskilling/Up-skilling of Social Work and the Paradoxical Life of the Agency Care Manager, *Journal of Social Work* 7(1), 93–114.

Cassell, C., G. Symon (2004), *Essential Guide to Qualitative Methods in Organizational Research*, SAGE Publications Ltd, London.

Christian, F., D.F. Pitt, J. Bond, P. Davison e A. Gomes (2008), Professionalism – connecting the past and the present and a blueprint for the Canadian Association of General Surgeons, *Can J Surg* 51(2), 88–91.

Coelho, A., A. Diniz, Z. Hartz e G. Dussault (2014), Gestão integrada da doença renal crónica: análise de uma política inovadora em Portugal, *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 32(1), 69-79.

Colyvas, J.A. e W.W. Powell (2006), Roads to institutionalization: the remaking of boundaries between public and private science, *Research in Organizational Behavior* 27, 305–353.

Colyvas, J.A. (2007), *Institutionalization processes and the commercialization of university research*, Doctoral Dissertation, Stanford University School of Education.

Correia de Campos, A. (2003), Hospital-empresa: crónica de um nascimento retardado, *Políticas de Saúde* 21(1), 23-33.

Costa, R.M.P. (2007), A Ordem dos Médicos e a condição do trabalho médico no Estado Novo, *Revista da Faculdade de Letras, História* III(8), 355-381.

Cox, K. (1995), Clinical practice is not applied scientific method, *Australian and New Zealand Journal of Surgery* 65(8), 553-557.

DiMaggio, P.J., e W.W. Powell (1983), The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields, *American Sociological Review* 48, 147–160.

DiMaggio, P.J., e W.W. Powell (1991), Introduction, In: W. W. Powell & P. J. DiMaggio (Eds), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago, IL: University of Chicago Press, 1–38.

Dixon-Woods, M., K. Yeung, e C.L. Bosk. (2011), Why Is UK Medicine No Longer a Self-regulating Profession? The Role of Scandals Involving ‘Bad Apple’ Doctors, *Social Science & Medicine* 73(10), 1452–59.

Evetts, J. (2006), The Sociology of Professional Groups: New Directions, *Current Sociology* 54(1), 133–43.

Evetts, J. (2009), New Professionalism and New Public Management: Changes, Continuities and Consequences, *Comparative Sociology* 8(2), 247–66.

Evetts, J. (2011), A new professionalism? Challenges and opportunities, *Current Sociology* 59, 406–22.

Evetts, J. (2014), The Concept of Professionalism: Professional Work, Professional Practice and Learning, S. Billett et al. (eds.), *International Handbook of Research in Professional and Practice-based Learning*, Springer International Handbooks of Education, 29-56.

Ferreira, F.A.G. (1990), *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

Fichter, A. (2009), The Law of Doctoring: A Study of the Codification of Medical Professionalism, *Health Matrix* 19, 317-85.

Freidson, E. (1970), *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, New York: Dodd, Mead & Co.

Freidson, E. (1989), Theory and the Professions, *Indiana Law Journal* 64(3), 423-32.

Freidson, E. (2001), *Professionalism: The Third Logic*. Cambridge: Polity.

Friedland, R., e R.R. Alford (1991), Bringing society back in: Symbols, practices and institutional contradictions, in *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, ed. Walter W. Powell e Paul J.DiMaggio, Chicago, University of Chicago Press.

Gieryn, T.F. (1999), *Cultural boundaries of science: Credibility on the line*. Chicago: University of Chicago Press.

Gonçalves, S.S.M. (2003), Para uma História Médica Portuguesa – XI, *Norte Médico* 14, 28-31.

Goodrick, E., T. Reay (2011), Constellations of Institutional Logics: Changes in the Professional Work of Pharmacists, *Work and Occupations* 38(3), 372-416.

Greenwood, R., C.R. Hinings (1996), Understanding Radical Organizational Change: Bringing Together the Old and New Institutionalism. *Academy of Management Review* 27(4), 1022-1054.

Greenwood, R., R. Suddaby e C.R. Hinings (2002), Theorizing Change: The Role of Professional Associations in the Transformation of Institutionalized Fields, *Academy of Management Journal* 45(1), 58–80.

Guerra, M., F. Tomé (1964), A profissão médica e os problemas da Saúde e da Assistência, *Análise Social* II(7-8), 623-651.

Hannan, M., e G. Carroll (1992), *Dynamics of organizational populations: Density, legitimation, and competition*, New York: Oxford University Press.

Hodgson, D. e S. Cicmil (2007), The politics of standards in modern management: Making the project a reality, *Journal of Management Studies* 44(3), 431–50.

Hood, C. (1991), A Public Management for All Seasons?, *Public Administration* 69, 3-19.

Khon, L.T.A., J.M. Corrigan, M.S. Donaldson (2000), *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, The Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press.

Kipping, M. e I. Kirkpatrick (2013), Alternative pathways of change in professional services firms: the case of management consulting, *Journal of Management Studies* 50, 777–807.

Lazaro, P., e B. Azcona (1996), Clinical practice, ethics and economics: the physician at the crossroads, *Health Policy* 37, 185-198.

Leicht, K.T., e M.L. Fennell (2008), ‘Institutionalism and the Professions’, In Greenwood,

R., Oliver, C., Suddaby, R. and Sahlin Anderson, K. (Eds), *Handbook of Organizational Institutionalism*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 431–48.

Leicht, K.T., T. Walter, I. Sainsaulieu, e S. Davies, (2009), New public management and new professionalism across nations and contexts, *Current Sociology* 57(4), 581-605.

Lima, T.M. (2015), The history of health policies in Portugal: a look at recent trends, *Res Net Health* 1, e-1-11.

Major, M.J., e A. Magalhães (2014), Reestruturação do serviço nacional de saúde em Portugal: balanço da empresariação dos hospitais públicos portugueses. *Revista de Administração (São Paulo)* 49(3), 476-490. <https://dx.doi.org/10.5700/rausp1162>

Martin, G.P., N. Armstrong, E.L. Aveling, G. Herbert, e M. Dixon-Woods (2015), Professionalism Redundant, Reshaped, or Reinvigorated? Realizing the “Third Logic” in Contemporary Health Care, *Journal of Health and Social Behavior* 56(3), 378–397.

McCann, L., E. Granter, P. Hyde, e J. Hassard (2013), Still blue-collar after all these years? An ethnography of the professionalization of emergency ambulance work, *Journal of Management Studies* 50, 750–76.

Mechanic, D. e D.D. McAlpine (2010), Sociology of Health Care Reform, *Journal of Health and Social Behavior* 51(S1), 147–59.

Meyer, J.W. (2008), Reflections on institutional theories of organizations, *The Sage handbook of organizational institutionalism*, 790-811.

Mohr, J.W. (1998), Measuring Meaning Structures, *Annual Review of Sociology* 24, 345-370.

Mozzicafreddo, J. (2000), *Estado-providência em Portugal*, Oeiras, 2ª edição, Ed. Celta.

Muzio, D., I. Kirkpatrick (2011), Introduction: Professions and organizations – a conceptual framework, *Current Sociology* 59(4), 389–405.

Muzio, D., D.M. Brock, e R. Suddaby (2013), Professions and institutional change: towards an institutionalist sociology of the professions, *Journal of Management Studies* 50(5), 699–721.

Nerland, M. e B. Karseth (2015), The knowledge work of professional associations: approaches to standardisation and forms of legitimisation, *Journal of Education and Work*, 28(1), 1-23.

Noordegraaf, M. (2011a), Risky business: how professionals and professionals fields (must) deal with organizational issues, *Organization Studies* 32, 1349–71.

Noordegraaf, M. (2011b), Remaking professionals? How associations and professional education connect professionalism and organizations, *Current Sociology* 59(4), 465–88.

Pereira, A.L., J.R. Pita (2006), *Miguel Bombarda (1851-1910) e singularidades de uma época*, Imprensa da Universidade de Coimbra.

Porter, M. e E.O. Teisberg (2006), *Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results*, Harvard Business School Press, Boston, Massachusetts.

Powell, W.W. (1990), Neither market nor hierarchy: Network forms of organization. *Research on Organizational Behavior* 12, 295–336.

Raposo, V.M.R., A.P.J. Harfouche (2011), Chapter 11 Portugal, Governing Public Hospitals, Reform strategies and the movement towards institutional autonomy, ed. R.B. Saltam, A. Durán e H.F.W. Dubois, *European Observatory on Health Systems and Policies*, 217-40.

Reay, T., C.R. Hinings (2005), The Recomposition of an Organizational Field: Health Care in Alberta, *Organization Studies* 26(3), 351-384.

Reay, T., C.R. Hinings (2009), Managing the Rivalry of Competing Institutional Logics, *Organization Studies* 30, 629-652.

Reed, R.R., D. Evans (1987), The deprofessionalization of medicine: causes, effects and responses, *JAMA* 258(22), 3279-82.

Reis, C.M.S. (2011), *Modelos de Gestão Hospitalar, Análise Comparativa*, Tese de Mestrado em Gestão e Organização dos Serviços de Saúde, Universidade de Coimbra.

Relatório da Primavera (2003), Saúde: que rupturas?, *Observatório Português dos Sistemas de Saúde*, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.

Relatório da Primavera (2004), Incertezas, Gestão da mudança na Saúde, *Observatório Português dos Sistemas de Saúde*, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.

Relatório da Primavera (2008), Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas, *Observatório Português dos Sistemas de Saúde*, CEISUC, Coimbra.

Relatório sobre as Carreiras Médicas, 2007. Reedição Ordem dos Médicos/CELOM a partir da versão de 1967.

Relatório – *Um Futuro para a Saúde, todos temos um papel a desempenhar* (2014), coordenador N. Crisp, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

Rowley, B.D., D.C. Jr. Baldwin, R.C. Bay, M. Cannula (2000), Can professional values be taught? A look at residency training, *Clin Orthop Relat Res* 378, 110-114.

Sarfatti-Larson, M. (1977), *The rise of professionalism: A sociological analysis*, Berkeley: University of California Press.

Scott, W.R., M. Ruef, P.J. Mendel e C.A. Caronna (2000), *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*, Chicago, University of Chicago Press.

Scott, W.R. (2008), Lords of the dance: professionals as institutional agents, *Organization Studies* 29(2), 219–238.

Scott, W.R. (2014), *Institutions and Organizations: ideas, interests and identities*, 4th Ed., SAGE Publications, Stanford University.

Seale, C., D. Cavers, e M. Dixon-Woods (2006), Commodification of body parts: by medicine or by media?, *Body and Society* 12, 25-42.

Seo, M.G., e W.E.D. Creed (2002), Institutional Contradictions, Praxis, and Institutional Change: A Dialectical Perspective, *Academy of Management Review*, 27(2), 222-247.

Southon, G., e J. Braithwaite (1998), The end of professionalism? *Social Science & Medicine* 46(1), 23-28.

Stoleroff, A. e T. Correia (2008), A empresarialização do setor hospitalar público português: a desregulação do mercado de trabalho médico e os desafios sindicais para a sua regulação, *CIES e-Working Paper* 47, 1-31.

Obtido em: http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIESWP47_Stoleroff-Correia_.pdf

Strang, D. e J.W. Meyer (1993), Institutional conditions for diffusion, *Theory and Society* 22(4), 487-511.

Streeck, W., e P.C. Schmitter (1985), Community, Market, State-and Associations? The Prospective Contribution of Interest Governance to Social Order, *European Sociological Review* 1(2), 119-138.

Suchman, M.C. (1995), Managing legitimacy: Strategic and institutional approaches, *Academy of Management Review* 20, 571-611.

Suddaby, R., e R. Greenwood (2005), Rhetorical Strategies of Legitimacy, *Administrative Science Quarterly* 50(1), 35-67.

Suddaby, R. (2010), Challenges for Institutional Theory, *Journal of Management Inquiry* 19(1), 14-20.

Suddaby, R. e T. Viale (2011), Professionals and field-level change: institutional work and the professional project, *Current Sociology* 59, 423-441.

Temido, M., e G. Dussault (2014), Papéis profissionais de médicos e enfermeiros em Portugal: limites normativos à mudança, *Revista Portuguesa Saúde Pública* 32(1), 45-54.

Thornton, P.H., e W. Ocasio (2008), Institutional logics, In R. Greenwood C. Oliver & R. Suddaby, *The SAGE handbook of organizational institutionalism*, London: SAGE Publications Ltd., 99-129.

Thornton, P.H., W. Ocasio, M. Lounsbury (2012), *The Institutional Logics Perspective – A New Approach to Culture, Structure, and Process*, Oxford University Press, United Kingdom.

Tolbert, P.S. e L.G. Zucker (1996), The institutionalization of institutional theory [Electronic version], In S. Clegg, C. Hardy and W. Nord (Eds.), *Handbook of organization studies*, London: SAGE, 175-190.

Van De Camp, K., M.J. Vernooij-Dassen, R.P. Grol, B.J. Bottema (2004), How to conceptualize professionalism: a qualitative study, *Med Teach* 26(8), 696-702.

Yin, R. K. (2009), *Case study research: Design and methods*, 4th. Thousand Oaks.

A EVOLUÇÃO DAS LÓGICAS INSTITUCIONAIS NO CAMPO DA SAÚDE: ESTUDO DE CASO EM HOSPITAIS PÚBLICOS PORTUGUESES

4.1. Introdução	117
4.2. O contexto do estudo de caso: as reformas no serviço nacional de saúde em Portugal	118
4.3. O memorando de entendimento no campo da saúde	121
4.4. Revisão da literatura	127
4.5. Métodos	133
4.6. Os atores e as Lógicas Institucionais	137
4.6.1. Atores e Lógicas Institucionais a nível macro	137
4.6.2. Atores e Lógicas Institucionais a nível meso	152
4.6.3. Atores e Lógicas Institucionais a nível micro	156
4.7. Análise e Discussão	170
4.7.1. Controlo e desempenho	173
4.7.2. Identificação e tradição	178
4.7.3. Dinamismo e mudança	179
4.7.4. Resistência e conflito	181
4.8. Contribuições e implicações	184
4.9. Conclusões	195
4.10. Bibliografia	197

4.1. Introdução

A crise financeira internacional ocorrida em 2008 teve uma repercussão significativa nas economias mais vulneráveis da União Europeia (UE). Em Portugal, o governo foi obrigado a solicitar em 2011 a assistência financeira da UE e do Fundo Monetário Internacional (FMI), através de um programa de ajustamento económico e financeiro designado por Memorando de Entendimento (MdE) (Barros, 2012). Este programa determinava um conjunto de ações e obrigações do Estado Português, sujeitas a avaliação e validação regular pelos credores internacionais. De entre as medidas definidas no MdE destacavam-se as que preconizavam a redução das despesas públicas associadas a um conjunto amplo de reformas estruturais em vários sectores. No campo da Saúde, os objetivos definidos pelo MdE eram o aumento de eficácia e eficiência dos serviços, a contenção e a racionalização dos gastos e o aumento das receitas (Memorando de entendimento, 2011). Como forma de controlo das despesas o governo centralizou o controlo de gestão dos hospitais e promulgou legislação no sentido de restringir os compromissos financeiros destas unidades.

Alguns estudos prévios procuraram estudar os efeitos das medidas definidas no MdE, abordando o problema do ponto de vista macro e analisando os seus efeitos de acordo com múltiplos indicadores socioeconómicos (Sakellarides *et al.*, 2014; Perelman *et al.*, 2015; Legido-Quigley *et al.*, 2016). Nestes estudos foram referenciadas as dificuldades sentidas pelos investigadores por falta de dados oficiais, pela qualidade destes dados e pela forma irregular como estes são recolhidos (Sakellarides *et al.*, 2014). Legido-Quigley *et al.* (2016) identificaram dificuldades de acesso aos cuidados de saúde em todos os grupos sociais, com os efeitos mais perniciosos a ocorrerem na população não isenta das taxas moderadoras. Os mesmos autores sublinharam as reduções salariais, o aumento da carga horária e o deterioração das condições de trabalho como factores que terão condicionado a saída dos profissionais de saúde dos serviços públicos. Para Sakellarides *et al.* (2014) os factores condicionadores do acesso aos cuidados de saúde pela população resultaram dos cortes orçamentais e salariais, do aumento das taxas moderadoras e das dificuldades nos transportes. Para Perelman *et al.* (2015) os dados disponibilizados pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) referentes aos internamentos hospitalares entre 2001 e 2012 apontavam para um aumento dos casos urgentes e uma diminuição dos internamentos eletivos, associado a um encurtamento dos dias de internamento. Estes dados foram interpretados por estes autores como resultantes de cuidados ambulatoriais tardios, de uma deterioração do estado de

saúde da população, de dificuldades de acesso e da menor qualidade dos cuidados de saúde associados a uma redução da capacidade para tratar casos eletivos.

Os estudos existentes não explicam, no entanto, a relação entre as medidas definidas no MdE pela Troika e os efeitos nos diferentes atores do campo da saúde em Portugal. Para responder a esta questão definimos o desenho do nosso projeto de investigação seguindo uma metodologia de análise qualitativa e de estudo de caso em dois hospitais públicos portugueses. Tendo por base teórica referencial a teoria institucional e a mudança das lógicas institucionais definimos um modelo de estudo multinível, envolvendo os principais *stakeholders* a nível do campo.

Na nossa análise qualitativa identificamos quatro elementos que representam as respostas dos atores a nível do campo: controlo e desempenho, identificação e tradição, dinamismo e mudança e resistência e conflito. Estes elementos permitem agrupar as lógicas institucionais subjacentes e os mecanismos presentes que determinaram o padrão de resposta dos diferentes atores a nível do campo. Como aspecto mais relevante destacamos a estratégia assumida pelo governo, justificada pelo imperativo de mudança preconizada pelo MdE, que resultou numa resposta inadequada e negativa dos gestores a nível meso e dos profissionais de saúde a nível micro com consequências na legitimidade dos hospitais públicos.

4.2. O contexto do estudo de caso: as reformas no serviço nacional de saúde em Portugal

Os hospitais públicos do Serviço Nacional de Saúde português foram submetidos, em 2002, a uma mudança revolucionária das lógicas institucionais (Greenwood e Hinings, 1996) por imposição legislativa do governo. Subjacente ao processo de empresariação dos hospitais estava a ideia de que a gestão empresarial poderia obter “*a eliminação dos constrangimentos existentes que dificultam uma eficaz, eficiente e racional gestão dos hospitais [...] uma flexibilização do regime de contratação de bens e serviços, aproximando-o do regime de direito privado*”^{ccxlviii}.

Os estudos realizados nos Estados Unidos (Ruef *et al.*, 1998; Scott *et al.*, 2000) e Canadá (Reay e Hinings, 2005) mostraram uma recomposição do campo da saúde com uma mudança das lógicas institucionais do domínio do profissionalismo para o da gestão empresarial. Para estes autores a mudança de lógica institucional dominante ocorreu perante a imposição jurídico-legal do governo (Reay e Hinings, 2005; 2009) ou a emergência de novos

atores e financiadores (Scott, 2000). Com uma reação persistente de alguns dos atores no campo organizacional, sobretudo por parte do grupo profissional dominante, os médicos.

Em Portugal, os profissionais de saúde integrados numa lógica de profissionalismo de que tinham sido um dos principais obreiros, foram confrontados com uma mudança rápida da estrutura e da lógica institucional nos hospitais. A imposição legislativa pelo governo da lógica empresarial criou novas relações contratuais nos hospitais, assentes no direito privado, determinando uma desregulação das carreiras profissionais (Stoleroff e Correia, 2008). Os profissionais de saúde deixavam de estar integrados nas carreiras, perdendo a garantia de formação, progressão e autonomia profissional que estas proporcionavam. Para a Ordem dos Médicos esta mudança colocava em causa a formação dos jovens médicos pela dificuldade de recrutar formadores^{ccxlix}. A Ordem dos Enfermeiros identificava as reformas como um enorme desafio para os profissionais e para as profissões perante a tendência para a contratualização de serviços geradora de uma crescente instabilidade no acesso, especialização e regulação do exercício profissional^{cci}.

Nos hospitais, a opção de contratação dos profissionais de saúde para a execução de tarefas específicas através de prestação de serviços passou a ser um recurso cada vez mais utilizado pela gestão das unidades. Este fato é sublinhado pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) no Relatório da Primavera (2008) como um aspecto negativo da empresarialização por diminuir a qualidade da prestação de cuidados de saúde, ao impedir a integração nas equipas e os processos de autoavaliação e revisão do seu exercício profissional.

Em 2008, seis anos após o início da reforma governamental, os serviços e as unidades hospitalares enfrentavam dificuldades crescentes debatendo-se com a falta de profissionais de saúde e a desorganização das unidades. O referido relatório (Relatório da Primavera, 2008) apontava para a gestão dos hospitais públicos, apostada na resolução de problemas de forma pontual e para a degradação das condições de trabalho condicionando uma fuga de profissionais médicos para o sector privado. Os problemas identificados pelos relatores eram as novas condições contratuais para o SNS, defendendo que *“Não são de certeza as formas contratuais que pouco a pouco se vão instalando nos hospitais públicos que vão criar condições para a fixação de profissionais necessários ao serviço público”*, nem *“não são de certeza algumas formas que se estão a conceber para complementar o salário dos profissionais que vão resolver o problema da fixação no serviço público”* (Relatório da Primavera, 2008: 4-5).

Esta situação, associado a um plano de racionalização da rede de cuidados, com encerramento de blocos de partos, das urgências de proximidade (SAP e CATUS), e a requalificação das urgências, sem o necessário apoio de infraestruturas locais de saúde e sobretudo sem a prévia discussão pública e a nível local, gerou uma onda crescente de protestos das populações que obrigou o governo a uma remodelação e à substituição do responsável da Saúde. Ficaram deste período, as transformações dos hospitais SA em EPE, a criação dos agrupamentos hospitalares e das unidades de saúde familiar, e o desenho da rede de cuidados continuados.

A nova equipa governamental apostou na qualificação do SNS e na devolução da confiança aos cidadãos e aos profissionais de saúde. Para cumprir estes objetivos procurou melhorar o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, centrando o sistema nos cuidados de saúde primários, mantendo a aposta nas Unidades de Saúde Familiares (USF) e no desenvolvimento das unidades de cuidados continuados integrados. Como forma de aproximação aos profissionais de saúde, chegou a acordo com as associações profissionais médicas para a recriação das carreiras médicas no sistema de saúde português^{ccli}. E reconheceu os “*erros de planificação, de infra-estruturas e de formação de recursos humanos*” (Relatório da Primavera, 2009: 25).

A imposição da lógica empresarial pelo governo, no pressuposto da obtenção de ganhos de eficácia e desempenho do sistema, começava a ser posta em causa perante os resultados. Em novembro de 2008, o novo ministro anunciava a criação de um fundo de 800 milhões de euros para pagar as dívidas dos hospitais EPE^{ccli}. Em maio de 2010, a situação financeira dos hospitais obriga o governo a dar início a um processo de centralização e controlo dos hospitais, com o “Plano de redução de despesa dos Hospitais EPE e SPA”^{ccliii}, determinando de forma administrativa a redução de despesas entre os 2 e os 5%. Em setembro do mesmo ano, perante a divulgação dos resultados negativos dos hospitais com gestão empresarial^{ccliv}, o ex-ministro da Saúde, Correia de Campos, defendia que o controlo das contas da saúde só se conseguia “*andando em cima dos hospitais. Reunindo com os gestores, fazendo psicodrama, ameaçando demissões*”.

Esta pressão sobre o financiamento e a sustentabilidade do sistema, colocada numa perspetiva macro, não pode ser desligada das suas repercussões a nível micro, ou seja, nos serviços e nos cuidados de saúde prestados. A mobilidade dos profissionais de saúde, a redução das equipas, a saída, em muitos casos por aposentação antecipada, dos mais diferenciados terá, poderemos antecipar, consequências nesta prestação. Não deixa de ser sintomático a inclusão do tema da qualidade e da segurança dos cuidados pelo Observatório

(OPSS). O OPSS destacava no Relatório da Primavera (2010), as questões da segurança e da qualidade nos cuidados de saúde, levantando algumas dúvidas sobre as competências e a experiência dos profissionais de saúde nos serviços públicos. E concluía que não existia evidência sobre a frequência e as causas de insegurança nos cuidados de saúde prestados aos portugueses.

É neste contexto que ocorre a intervenção da *Troika* marcando um novo período de forte pressão externa sobre o campo da Saúde, por via da restrição orçamental do seu financiamento.

4.3. O memorando de entendimento no campo da saúde

O plano de ajuda financeira a Portugal obrigou o governo português a assinar um Memorando de Entendimento (MdE), com a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional, em Maio de 2011 (Barros, 2012). Será este documento que irá condicionar a gestão dos hospitais nos anos subsequentes, definindo um programa apertado de reformas em todos os sectores da sociedade, incluindo a Saúde (Quadro 4.1. Resumo das medidas do Programa de Apoio Económico e Financeiro a Portugal com impacto na Saúde contidas no Memorando de Entendimento com a *Troika*, 2011).

Uma das primeiras questões que o MdE levantava era a adequabilidade e a necessidade das medidas propostas, com o Relatório da Primavera (2011:2) a colocar a questão: “*sendo tão úteis e necessárias, por que razão nunca ninguém as implementou?*”.

A segunda questão que o MdE colocava sobre a racionalização dos gastos deu origem a uma intensa polémica entre a Ordem dos Médicos e alguns membros do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), após o parecer emitido por este Conselho^{cciv}. De acordo com o Conselho Nacional Executivo (CNE) da Ordem dos Médicos, mais que racionalizar procurava o CNECV justificar o racionamento de determinadas opções terapêuticas, fato que configurava-se como inaceitável para a Ordem dos Médicos.

O OPSS no Relatório da Primavera (2012) considerava que o governo tinha feito um esforço bem conseguido de implementação de um vasto conjunto de medidas de racionalização, embora colocasse algumas dúvidas sobre a adequabilidade da lógica defendida no MdE em política de saúde.

Quadro 4.1. Resumo das medidas do Programa de Apoio Económico e Financeiro a Portugal com impacto na Saúde contidas no Memorando de Entendimento com a *Troika* (2011)

<i>Objetivos primários</i>	Estratégia de contenção e racionalização dos gastos	Hospitais – concentração; custos operacionais (medidas 3.71 a 3.78)
		Recursos materiais e tecnológicos – gestão centralizada (medidas 3.64 a 3.69)
		Recursos humanos – inventário; mobilidade; controlo das horas extraordinárias (medidas 3.79 a 3.81)
		Regularização das dívidas (medidas 3.50 a 3.53)
		Custo do sector privado – preços e concorrência (medidas 3.66 a 3.69)
		Medicamentos, farmácias e prescrição (medidas 3.54 a 3.62)
		Transportes (medidas 3.83)
	Incremento das receitas	Pagamentos no ato de prestação de cuidados de saúde (taxas moderadoras) (medidas 3.50)
<i>Objetivos secundários</i>	Medidas avulsas	Unidades de saúde familiar, modelo b (medida 3.70)
		Registo de saúde electrónico (medida 3.82)

cf. Portugal: *Memorandum of understanding on specific economic policy conditionality*, 3 May 2011; adaptado de Relatório da Primavera, 2012, pág. 48, Sumário das medidas do MdE com a Troika.

A governação é dominada pelo componente económico-financeiro exemplificado pela lei dos compromissos e pagamentos em atraso^{cclvi}, pela regularização de dívidas do SNS associado ao acordo entre o governo e a indústria farmacêutica (APIFARMA) num processo de regulação de comando e controlo (*top-down*)^{cclvii}. Em simultâneo, são desenvolvidas medidas incentivando os prestadores e reguladores para a prática de cuidados de saúde eficientes e de qualidade, de que são exemplos a elaboração e difusão de normas de orientação clínica (NOC) para os cuidados de saúde, em colaboração com a Ordem dos Médicos, a criação de grupos de trabalho técnico para a prossecução de propostas de desenvolvimento organizacional do SNS^{cclviii}, ou a publicitação sobre o desempenho dos serviços de saúde, traduzido mais tarde nos relatórios de *benchmarking* trimestrais da ACSS^{cclix}.

Outra questão identificada, da noção de sustentabilidade financeira do SNS, decorrente da racionalização de procedimentos e da gestão de recursos, com vista à diminuição da dívida pública no sector da saúde, controlo dos gastos excessivos e injustificados de medicamentos e exames complementares de diagnóstico (MCDT) e da

adequação da resposta e distribuição dos recursos humanos e materiais da saúde, deve ser analisada tendo em conta as consequências diretas e indiretas na comunidade. Apesar do esforço do governo na sua promoção, estas medidas devem ser consideradas em associação com as consequências da sua implementação, de que é exemplo as eventuais barreiras de acesso, por dificuldades de mobilização ou por efeito do aumento das taxas moderadoras, a percepção de racionamento por parte da população^{cclx} e a desmotivação dos profissionais de saúde (Sakellarides *et al.*, 2014; Perelman *et al.*, 2015).

A desestruturação das profissões de saúde decorrente da imposição de uma nova lógica institucional pelo governo a partir de 2002, só parcialmente revertida em 2009, com os acordos coletivos de trabalho, voltam a ser o motivo para uma forte contestação por parte das associações médicas. Em causa a intenção do governo de promover a contratação de médicos, através de empresas privadas, definindo como único critério a adjudicação pelo preço mais baixo^{cclxi}. Para o ex-ministro da Saúde, Paulo Mendo, este processo configurava o “*assassinato da alma e da qualidade de um serviço público*”^{cclxii}, entendendo que, apesar da crise, deveriam ser preservadas as fundações do SNS: a dignidade das carreiras profissionais, a excelência da formação e o mérito dos concursos de progressão. Este processo foi entendido pelas associações profissionais e pelos profissionais como um atentado aos princípios definidos para as profissões, em termos de autonomia, promoção da formação e qualificação do desempenho^{cclxiii}. E culminou num movimento geral dos profissionais médicos, com uma greve que contou com forte apoio da comunidade. Os motivos invocados, mais que a defesa dos interesses dos profissionais eram a defesa da qualidade e da segurança dos serviços públicos de saúde. Esta percepção do risco de ruptura entre os profissionais, a comunidade e o governo, foi, sem dúvida, um dos motivos que levou o governo à assinatura de um novo acordo em Outubro de 2012. E que permitiu consolidar as Carreiras Médicas e criar novas perspetivas para os que a iniciavam^{cclxiv}.

A gestão das unidades de saúde públicas passam por transformações marcadas, de um modelo empresarial, descentralizado e autónomo, para uma “*crescente e indiscriminada redução dos graus de liberdade de quem tem a responsabilidade na gestão dos recursos e na administração dos serviços públicos de saúde*” (Relatório da Primavera, 2014: 23). As políticas de curto prazo do governo assentes numa estratégia de regulação de comando e controlo impõem uma centralização das decisões nos órgãos de topo dos Ministérios da Saúde e das Finanças. O governo promove a criação de uma unidade central do Ministério das Finanças com a incumbência de controlar a evolução das dívidas e coordenar as ações tendentes ao cumprimento da Lei dos Compromissos.

O OPSS vai mais longe nas críticas e afirma no Relatório da Primavera (2014: 24): *“centraliza-se porque o MS não confia na capacidade de gestão de quem foi por si nomeado para administrar os hospitais, as ULS, os ACES e os serviços de saúde públicos e descentraliza-se porque o MS considera que passar para sector privado, ainda que não lucrativo, a responsabilidade da gestão de unidades de saúde assegura menor despesa pública”*. Em foco estava a legislação promulgada pelo governo em 2013 que iria permitir entregar ao sector social, ou mais precisamente às Misericórdias, algumas das unidades de saúde integradas no sistema público com a criação do Serviço Nacional de Saúde. A este processo associava-se a lei dos compromissos, as barreiras e constrangimentos nos processos de contratação de pessoal ou na aquisição de bens e serviços, a centralização da informação numa das agências do Estado (DGS).

As barreiras burocráticas e o subfinanciamento crónico das unidades de saúde geram uma desresponsabilização das estruturas intermédias de gestão, impedem o planeamento estratégico ou a simples tomada de decisão em casos urgentes e diários nos hospitais, de que é exemplo o relatório do Tribunal de Contas sobre (Auditoria orientada ao acesso ao Serviço de Urgência Geral do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, 2015: 14) : *“As restrições à autonomia dos Conselhos de Administração dos Hospitais empresa, em termos de contratação de pessoal, limitam a sua capacidade de tomar medidas de contingência [...]”*.

A lei dos compromissos e pagamentos em atraso das entidades públicas, Lei n.º 8/2012, de 21 de Fevereiro, constituiu um objeto legal de grande relevância para o governo, que permitiu definir as regras aplicáveis à assunção de compromissos ou pagamentos em atraso, ou dito de outro modo, controlar de forma centralizada a despesa pública. A sua relevância pode ser demonstrada pelo enfoque no discurso dos diversos atores no campo, mas também nas sucessivas versões legais promulgadas pelo governo, a última das quais em 2015, na forma da Lei n.º 22/2015, de 17 de Março. Esta lei previa desde a sua versão original que os *“dirigentes, gestores e responsáveis pela contabilidade não podem assumir compromissos que excedam os fundos disponíveis”*^{cclxv}, especificando como tal as verbas disponíveis a muito curto prazo e elencando estas mesmas verbas^{cclxvi}. O OPSS resumia desta forma as limitações dos gestores das unidades de saúde decorrentes desta lei: *“Com a ‘lei de compromissos’, estamos perante um quadro de gestão de curto prazo em que as organizações de saúde e os seus gestores vêm limitados os seus graus de liberdade na tomada de decisão para responder às necessidades, por vezes de carácter urgente, num quadro de subfinanciamento e de restrição orçamental.”* (Relatório da Primavera, 2014: 31).

Em Junho de 2011, o governo enfrentava uma situação muito complexa do ponto de vista financeiro. O total de dívida identificada do SNS era de 3,717 mil milhões de euros, entre fornecedores, pagamentos em atraso e dívidas ao Estado, correspondendo a dívida aos fornecedores mais de 80% do total (3,249 mil milhões)^{cclxvii}. As prioridades definidas eram de resgate das organizações do SNS de um eventual colapso financeiro, promovendo as reformas estruturais e da política do medicamento de forma a obter-se ganhos de eficiência e melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. A regularização das dívidas do SNS que surgem associadas ao acordo entre o governo e a indústria farmacêutica (APIFARMA) é realçado pelo Ministro da Saúde em sucessivas audições na Comissão Parlamentar de Saúde^{cclxviii}.

Para a indústria, um dos principais *stakeholders* visados no programa de ajustamento, o que estava em causa desde o início era o financiamento adequado das unidades de saúde e a gestão segundo as regras do mercado. Para a APIFARMA o modelo de financiamento público devia assentar numa lógica de partilha de risco entre o Estado e as empresas, de que era exemplo o acordo assinado com o governo, mas o que se verificava é que existia um agravamento sistemático da dívida dos hospitais, apesar da Lei dos Compromissos e um agravamento dos indicadores de acesso à inovação^{cclxix}.

No sector das farmácias o governo assinou um acordo de princípio com a Associação Nacional das Farmácias, mas o impacto negativo da crise económica e das medidas de controlo das despesas públicas em toda a cadeia de valor do medicamento condicionou os despedimentos na indústria farmacêutica, a insolvência de um número crescente de farmácias e as dificuldades de sustentabilidade de alguns grossistas^{cclxx}.

A elaboração e difusão de normas de orientação clínica (NOC) para os cuidados de saúde, em colaboração com a Ordem dos Médicos, foi iniciada em 2011. O bastonário da OM referia-se a esta colaboração como um referencial em termos de colaboração entre os profissionais de saúde e as agências governamentais^{cclxxi}. O Ministro da Saúde, sublinharia esta colaboração como muito importante para garantir um Sistema Nacional de Saúde de qualidade, assente no desempenho assistencial, no ensino e na investigação. Para o ministro esta qualidade passaria “*inequivocamente por uma profissão médica desenhada de acordo com os actuais desafios e construída de forma a garantir uma qualidade permanente e o prémio dos que mais se destacam inter-pares*”^{cclxxii}. Esta partilha de objetivos comuns a nível macro parece refletir uma diluição ou combinação de lógicas que deve ser encarada com algum cepticismo. Para o governo a elaboração de guidelines permitia assegurar a qualidade e o controlo de custos na prescrição médica, mas mais importante regular a prática clínica e

limitar a autonomia profissional. Para a associação médica este processo era perspectivado como o primado do conhecimento e da decisão clínica dos profissionais sobre a lógica empresarial e do Estado^{cclxxiii} (Currie e Spyridonidis, 2016).

Na promoção da transparência dos dados, a ACSS passou a disponibilizar, a partir de 2013, de relatórios de *benchmarking* trimestrais^{cclxxiv} entre as instituições hospitalares do SNS, permitindo a comparação de desempenho e a partilha de informação com a comunidade. As dimensões de *benchmarking* e os indicadores incluíam não só aspetos económico-financeiros e de produtividade, como de qualidade e segurança no desempenho assistencial. O Ministro da Saúde numa análise de balanço da legislatura considerava muito importante os instrumentos de monitorização e acompanhamento das instituições como forma de melhorar a eficiência e a transparência das organizações e dos seus responsáveis, próprias de um Estado de Direito^{cclxxv}.

Na perspetiva da comunidade, a crise económica e financeira do Estado e as medidas adotadas para o seu controlo tiveram algumas consequências no acesso aos cuidados de saúde. Uma destas barreiras de acesso, a dificuldade no acesso a medicamentos nas farmácias, surge associada às sucessivas reduções das margens máximas da distribuição, a falhas no abastecimento de medicamentos e à exportação paralela para os países do centro e norte da Europa (Relatório da Primavera, 2014). O mesmo ocorreu com o fornecimento de medicação ambulatória nos hospitais que sofreu um forte condicionamento no período em estudo, com limitações várias no acesso dos doentes^{cclxxvi}.

De igual modo, o acesso aos exames complementares de diagnóstico podem configurar outra das barreiras de acesso. Esta situação é referenciada sucessivamente por diversos órgãos de comunicação social^{cclxxvii}.

A questão do aumento das taxas moderadoras, contestado pelo governo e partidos do “arco da governação” dado a isenção de praticamente metade da população portuguesa (cf. Anexo - Quadro 4.1. Utentes isentos/dispensados do pagamento de taxas moderadoras) são referenciadas sucessivamente pelo OPSS nos seus Relatórios da Primavera^{cclxxviii}. Para Barros (2012) o aumento significativo das taxas moderadoras poderia potencialmente criar uma barreira de acesso aos cuidados de saúde. No entanto, dado o aumento percentual da população com isenção desta taxa não era evidente o resultado final desta medida. Para o OPSS o aumento das taxas moderadoras previsto no MdE devia ser encarado como um copagamento ou “falsa taxa”, figura tributária não prevista no diploma original^{cclxxix}, onde o racional defendido para as taxas moderadoras era servirem de “*instrumento moderador, racionalizador e regulador do acesso à prestação de cuidados de saúde*” (Relatório da

Primavera, 2013). No mesmo estudo é levantada a questão da “incidência subjetiva das taxas moderadoras”, porquanto não cabe ao utente, na maioria das situações, a decisão das escolhas, mas ser esta resultante duma relação de agência entre o profissional de saúde e o doente, em que o último transfere para o primeiro as opções do tratamento ou dos exames complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) a efetuar. Em face do exposto, concluem que não se entende a inclusão no capítulo do financiamento das recomendações do MdE, nem tão pouco que a figura de “*uma taxa moderadora sirva de financiamento do sistema de saúde, se tem, antes, por fundamento reduzir a utilização dos serviços de saúde*” (Relatório da Primavera, 2013: 43).

Por último, a percepção de racionamento por parte da população e a desmotivação dos profissionais de saúde, são questões que surgem associada ao ambiente de crise e de restrições económico-financeiras. A pressão para a contenção de despesas nos serviços de saúde pode condicionar estes mesmos serviços a limitarem a oferta aos seus doentes, sem que existam orientações expressas para o fazerem. Esta situação foi identificada e apelidada de “racionamento implícito” (Relatório da Primavera, 2012).

A desmotivação dos profissionais aparece associado à instabilidade profissional, à falta de condições de trabalho, à ausência de projetos ou áreas de desenvolvimento pessoal ou profissional, na essência à falta de perspectiva de uma carreira (Sakellarides *et al.*, 2014; Perelman *et al.*, 2015; Legido-Quigley *et al.*, 2016).

4.4. Revisão da literatura

As lógicas institucionais podem ser definidas como os princípios organizativos que orientam o comportamento dos diversos atores a nível do campo e correspondem a um conjunto de sistemas de crenças e práticas associadas (Friedland e Alford 1991; Scott 2014; Scott *et al.* 2000). De acordo com Reay e Hinings (2009), as lógicas são constructos teóricos importantes porque ajudam a explicar as conexões que criam a unidade e o senso comum nos campos organizacionais. De igual modo, as lógicas permitem analisar as mudanças institucionais, uma vez que as alterações das lógicas institucionais no campo tem sido percepcionadas como essenciais na definição de mudança institucional. O que tem sido demonstrado por diversos autores que associam a mudança da lógica institucional dominante a períodos de mudança nos cuidados de saúde (Kitchener 2002; Ruef *et al.* 1998; Scott *et al.* 2000).

Mais recentemente, Greenwood *et al.* (2011) chamaram a atenção para a complexidade institucional, em que múltiplas lógicas institucionais impõem prescrições incompatíveis dentro das organizações. Os hospitais, por exemplo, deveriam satisfazer as expectativas de prestação de cuidados e prestação de contas impostas pelos doentes e pelos financiadores (Kitchener, 2002; Reay e Hinings, 2005). O conceito de complexidade institucional, foi encarado inicialmente como imposto e problemático, à semelhança da descrição do sistema de saúde de Alberta, Canadá, onde a lógica empresarial foi imposta sobre o profissionalismo médico nos hospitais e outras unidades de cuidados de saúde (Reay e Hinings, 2005) ou no sistema de saúde da área da Baía de S. Francisco, nos EUA, pelo confronto das mesmas lógicas, conforme descrito por Scott *et al.* (2000). Posteriormente este conceito evoluiu face à constatação que estas lógicas institucionais concorrentes podiam ser incorporadas parcialmente pelas organizações. As organizações que incorporavam elementos de diferentes lógicas institucionais passaram a ser descritos como organizações “híbridas” (Battilana e Dorado, 2010). Deste modo, podiam-se encontrar elementos relacionados com as atividades comerciais em empresas de índole social (Pache e Santos, 2013), elementos relacionados com a lógica do Estado, do mercado, e da comunidade em parcerias público-privadas (Jay, 2013), da academia e do profissionalismo nas escolas médicas (Dunn e Jones, 2010). A exposição prolongada destas organizações às múltiplas lógicas institucionais existentes no seu ambiente, condicionavam a sua resposta em termos de comportamentos adequados, objetivos apropriados e meios legítimos para os alcançar (Thornton e Ocasio, 2008). Colocando desafios sempre crescentes, perante a necessidade de incorporar práticas antagónicas ou comprometer a sua legitimidade ao antagonizar entidades institucionais de referência no campo (D’Aunno *et al.*, 1991). Quais serão as consequências para as organizações que partilham múltiplos campos, ou que combinam múltiplas lógicas intraorganizacionais? Para Reay e Hinings (2009) e Stark (2009), tal situação permite a emergência de novas práticas e instituições ou o aparecimento de projetos de inovação. Que seriam resultado de novas combinações do capital, conhecimento e legitimação de meios e objetivos, criando um “sentido de dissonância” como foi apelidado por Stark (2009). O risco para estas organizações seriam os conflitos de interesse face às diversas normas e expectativas (D’Aunno *et al.*, 1991; Kraatz e Block, 2008; Pache e Santos, 2010) ou a instabilidade e a mudança organizacional, resultado das lutas pelo poder e negociações entre elementos internos e externos às organizações apoiantes de diferentes lógicas institucionais (Fligstein, 1987). Tal como foi descrito por Reay e Hinings (2005; 2009) em Alberta, Canadá, do conflito entre a lógica empresarial imposta pelo governo e a lógica do

profissionalismo médico, resultará um período mais ou menos longo de tréguas e algumas formas de colaboração inovadora. Outras organizações optaram pela adoção de novas estratégias de gestão de pessoal, como a contratação de colaboradores, habitualmente jovens, livres destas influências, permitindo a sua integração na nova cultura híbrida da organização através de um processo de socialização interno (Battilana e Dorado, 2010). Mas a existência de lógicas conflituais pode ultrapassar o nível organizacional e estender-se ao nível do campo. Para Greenwood *et al.* (2011), mais do que entender a resposta das organizações à complexidade institucional, é importante avaliar os efeitos desta resposta a nível do campo e no pluralismo institucional. Ou, referido de outro modo, como é que as respostas organizacionais favorecem a manutenção ou a mudança institucional (Smets *et al.*, 2012)? Para o mesmo autor (Greenwood *et al.*, 2011) é provável que a agregação de respostas das organizações à complexidade tenha um efeito importante a nível da estrutura do campo ou no pluralismo institucional. Exemplificando com o estudo de Scott *et al.* (2000) a nível da Baía de S. Francisco, onde a mudança das identidades profissionais e das organizações presentes no campo favoreceram o aparecimento de múltiplas lógicas. Na linha de pensamento de Seo e Creed (2002), defende que a mudança institucional deve ser analisada como algo que é socialmente construído pelas organizações na sua ação diária e nas respostas cumulativas à complexidade institucional.

Como forma de enquadramento teórico, definimos as características das quatro lógicas predominantes no campo da saúde (profissional, do Estado, empresarial, comunidade), recorrendo aos conceitos dos tipos ideais^{ccclxxx} definidos previamente por diversos autores (Freidson, 2001; Thornton e Ocasio, 2008; Goodrick e Reay, 2011). Assim, o tipo ideal da lógica profissional assenta na organização e controlo do trabalho pela profissão (associações profissionais), que determina os programas de formação pré e pós-graduados, define a qualidade dos serviços e a remuneração dos profissionais (Abbott, 1988). No tipo ideal da lógica do Estado, o governo controla os profissionais, que são empregados do Estado, e determina quer os conhecimentos, quer as credenciais requeridas para a prática da profissão, controlando os *standards* de qualidade e as remunerações praticadas (March e Olsen, 1984). No tipo ideal da lógica empresarial, os gestores controlam tarefas, credenciais, requisitos educacionais, qualidade e remuneração dos profissionais, que são seus empregados (Goodrick e Reay, 2011). Por último, o tipo ideal da lógica da comunidade, é a comunidade que pelas suas necessidades determina as tarefas, o desempenho e a qualidade, não existindo credenciais ou programa definido, atuando os profissionais como agentes liberais ou em associação (Quadro 4.2. Fontes e marcadores das lógicas presentes nos hospitais). Não

consideramos separadamente o tipo ideal da lógica do Mercado, por entendermos, com base na nossa análise que esta lógica surge integrada na lógica empresarial com a emergência dos hospitais empresa e das parcerias público-privadas (PPP).

Tendo identificado as lógicas presentes e as práticas associadas nos hospitais e *stakeholders*, procuramos agregar estas práticas entre as lógicas presentes em temas de segunda ordem (Gioia *et al.*, 2013). Para a definição destes temas de segunda ordem, tivemos em consideração a nomenclatura definida em estudos prévios (Goodrick e Reay, 2011; Smets *et al.*, 2012) de forma a representarem mecanismos de equilíbrio entre as diferentes lógicas. Para Goodrick e Reay (2011:379), estas múltiplas lógicas podem coexistir através da segmentação do seu impacto em diferentes atores, comunidades geográficas ou tipos de organização, apelidando este processo de “*segmentação*”. Estes autores conceptualizaram as lógicas em termos de constelações, o que lhes permitiu avaliar a dinâmica das lógicas e determinar a existência de relações de concorrência ou de cooperação entre lógicas. O que significa que o aumento de uma lógica num determinado período não implica necessariamente a diminuição das restantes lógicas, podendo as relações entre as lógicas serem aditivas. Funcionando como um mecanismo de “*adição* ou *partilha*”. Tal permitiria aos atores individuais criarem um mecanismo de ligação ou ponte entre lógicas coexistentes, o mecanismo de “*bridging*” (Purdy e Gray, 2009), e atuarem ou privilegiarem uma das lógicas de acordo com a situação. Para Smets *et al.* (2015) existiriam ainda práticas que se oponham a este mecanismo de partilha, em que os atores individuais resistiam às pressões da comunidade para privilegiarem uma determinada lógica em detrimento de outra e que apelidaram de “*demarcação*”. No nosso estudo identificamos situações em que os atores manifestaram um forte sentimento de negação de identidade, de desmotivação e baixa perspetiva profissional que apelidamos de “*ambiguidade*”. Este problema dos “*conflitos de identidade*” é considerado por Fiol *et al.* (2009) como um problema difícil e desafiante para a organização, devendo a sua resolução ser encarada como parte da solução para os conflitos latentes. Tendo em atenção estes mecanismos, procuramos estudar os diferentes atores e a forma como estes mecanismos são utilizados no discurso para definir práticas segmentadas, partilhadas ou de ambiguidade.

Quadro 4.2. Fontes e marcadores das lógicas presentes nos hospitais

Fontes e marcadores	Lógica profissional	Lógica do Estado	Lógica comunidade	Lógica empresarial
<i>Controlo do conhecimento</i>	Conhecimento proveniente da profissão	Conhecimento é propriedade do Estado	Conhecimento é partilhado na comunidade	Conhecimento é propriedade da empresa
<i>Esfera de ação</i>	Tarefas refletem o conteúdo e limites definidos pelas associações profissionais	Tarefas refletem o conteúdo e limites definidos pelo Estado	Tarefas refletem o conteúdo e limites definidos pela comunidade	Tarefas refletem o conteúdo e limites definidos pelo gestor
<i>Admissão para estágio</i>	Credenciais definidas pelas associações profissionais	Credenciais definidas pelo Estado	Não são definidas credenciais	Credenciais definidas pela gestão
<i>Educação / Treino</i>	Programas controlados pelas associações profissionais	Programas controlados pelo Estado	Não existe um programa definido	Requisitos educacionais e formativos definidos pela gestão
<i>Controlo dos processos de trabalho</i>	Autocontrolo de acordo com normas das associações profissionais	Tarefas definidas pelas normas, procedimentos e regras do Estado	Tarefas determinadas pelas necessidades da comunidade	Tarefas subordinadas aos procedimentos, rotinas e regras da gestão
<i>Estatuto do emprego</i>	Profissionais liberais ou associados	Contrato com o Estado	Profissionais liberais ou associados	Contratos de trabalho
<i>Norma desempenho</i>	Definida pelos profissionais	Avaliado pelos representantes do Estado que podem ser não-profissionais	A comunidade avalia o trabalho e determina o sucesso	Avaliado pelos gestores, que podem ser não-profissionais
<i>Controlo da qualidade do exercício</i>	Definida pelos profissionais	Definida por agências ou representantes do Estado	A comunidade avalia a qualidade e determina o sucesso	A empresa é responsável pela qualidade

Baseado em Goodrick e Reay (2011), Smets *et al.* (2015).

Consideramos ainda o modelo definido por Bunderson *et al.* (2000) sobre as ideologias do trabalho, administrativa e profissional, com as suas componentes interna e externa, permitindo caracterizar os papéis do “sistema burocrático”, da “empresa de mercado”, do “grupo profissional” e do “servidor da comunidade”. Estes papéis permitem definir os contratos (psicológicos) formais ou informais baseados nas trocas transacionais, formais, tangíveis e cuidadosamente negociadas e nas trocas relacionais, mais genéricas e não escritas (Rousseau e McLean Parks, 1993).

Seguindo estas sugestões definimos o desenho do nosso projeto de investigação seguindo uma metodologia de análise qualitativa de estudo de caso de dois hospitais públicos portugueses. Tendo por base a evolução no período entre 2011 e 2015, correspondente à

intervenção da *Troika*^{cclxxxi}, procuramos analisar a resposta dos atores e a mudança das lógicas institucionais no campo da Saúde, definindo um modelo multinível, envolvendo os profissionais de saúde a nível micro, os gestores e responsáveis clínicos a nível meso e os principais *stakeholders*, incluindo o governo e gestores de topo das agências governamentais, os partidos políticos com representação no parlamento português, as associações profissionais, a indústria do sector e as associações de doentes a nível macro.

Tivemos presente na nossa análise os estudos previamente referenciados (Sakellarides *et al.*, 2014; Perelman *et al.*, 2015; Legido-Quigley *et al.*, 2016) que apontavam para uma diminuição no acesso resultantes do aumento das taxas moderadoras e dos cortes nos transportes não urgentes de doentes associado a uma eventual diminuição da qualidade dos cuidados de saúde resultante dos cortes salariais e da deterioração das condições de trabalho dos profissionais de saúde.

De igual modo, tivemos em conta as transformações do trabalho profissional ocorridas nos últimos quinze anos, com a mudança de estatuto profissional por força das mudanças organizacionais e institucionais em Portugal. Com implicações evidentes nos limites jurisdicionais dos grupos profissionais, da sua autonomia e na mudança de paradigma da sua avaliação, mais focada na eficiência e efetividade e menos nas suas competências profissionais.

Com base nestes pressupostos, elaboramos as questões que iremos procurar responder no presente estudo:

1. *Como integraram os atores principais do campo da saúde em Portugal as mudanças legislativas, estruturais e financeiras imposta pelo governo no período de intervenção da Troika?*

2. *De que forma os atores e as lógicas concorrentes coexistiram ou atuaram no campo da Saúde durante o período de aplicação do MdE?*

3. *Como se adaptaram os profissionais de saúde nas suas atividades diárias às limitações impostas pelo governo e resultantes do MdE?*

4. *A reforma hospitalar e as restrições orçamentais resultantes do MdE condicionaram uma mudança de lógicas nos hospitais públicos que influenciaram a sua legitimidade?*

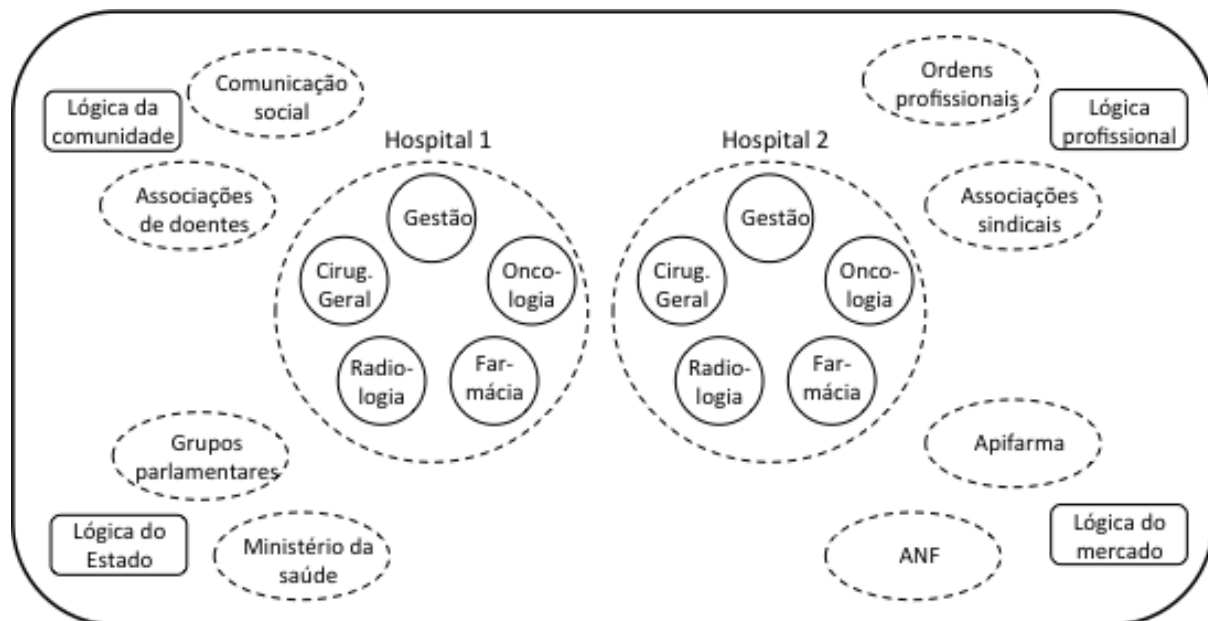
4.5. Método

Para a realização do nosso estudo concebemos um desenho de investigação de acordo com os princípios definidos por Yin (2009) para os estudos de caso. O estudo de caso é uma abordagem metodológica qualitativa de investigação que permite explorar um fenómeno, no seu contexto, usando uma variedade de fontes de informação. Para o efeito selecionamos dois hospitais públicos portugueses, correspondendo a um hospital universitário integrado num centro hospitalar (CH) e um hospital distrital polivalente (HD), de acordo com a nomenclatura adotada pela ACSS (2013), pertencentes respectivamente aos grupos E e D. Como forma de obtermos uma maior abrangência selecionamos em cada um dos hospitais, um serviço da área cirúrgica, especificamente o serviço de cirurgia geral, por corresponder a um serviço estruturante da atividade hospitalar, estando presente em todos os hospitais quer na rede pública quer na rede privada e por ser uma das especialidades nucleares nos serviços de urgência^{cclxxxii}. Na área médica, selecionamos o serviço de oncologia, por corresponder a um dos serviços clínicos sujeitos a maior pressão, decorrente da associação entre as restrições orçamentais previstas no MdE e a introdução sistemática de medicamentos inovadores^{cclxxxiii}. Na área de apoio clínico selecionamos o serviço de radiologia, em virtude da conjugação de vários fatores como os investimentos pesados associados à sua rentabilização, a concorrência com os serviços privados convencionados e a polémica medida do governo da “internalização” dos exames complementares de diagnóstico^{cclxxxiv}. Como serviço de apoio escolhemos a farmácia por ser um serviço transversal no hospital, abrangendo um grupo profissional específico, e servir de barómetro à aplicação de medidas restritivas ou limitativas pelo governo ou pelas administrações.

Tendo por base o período entre 2011 e 2015, procuramos analisar a resposta dos diferentes atores e a evolução das diferentes lógicas institucionais no campo da Saúde, por efeito das medidas inscritas no MdE. Definimos, para o efeito, um modelo multinível, envolvendo os profissionais de saúde a nível micro, os gestores e responsáveis clínicos a nível meso e os principais *stakeholders*, incluindo o governo e gestores de topo das agências governamentais, os partidos políticos com representação no parlamento português, as associações profissionais, a indústria do sector e as associações de doentes a nível macro (Fig. 4.1. Quadro de referência do estudo: o campo da saúde como constelação de *stakeholders* portadores de lógicas)

Os dados primários são compostos por três tipos de material escrito: entrevistas semiestruturadas dos diversos atores do campo, documentos de arquivo e notas de debates na

Figura 4.1. Quadro de referência do estudo: o campo da saúde como constelação de *stakeholders* portadores de lógicas



Assembleia da República (AR). Obtivemos ainda artigos de jornais nacionais e especializados sobre o campo da saúde e as reformas dos cuidados de saúde. O recurso a este material é justificado pela necessária triangulação defendida por Yin (2009), e pelo número considerável de documentos legais e outros publicados durante o período em estudo. Consideramos estes documentos muito importantes, porque serviram de base de comunicação entre os atores principais, não apenas entre os elementos do mesmo grupo, mas também para e sobre os outros atores no campo. O seu registo fornece informações relevantes de como os atores viram estes assuntos em particular e responderam a eles.

De igual modo, a legislação promulgada pelo governo e pela AR e as notas das gravações dos debates legislativos e da comissão de saúde da AR permitem-nos obter uma visão mais global das perspetivas dos partidos políticos mas também do governo sobre as reformas dos cuidados de saúde.

Os artigos publicados nos jornais, quer generalistas, quer especializados, foram a terceira fonte de materiais escritos incluídos no estudo, fornecendo uma visão jornalística, mas também da “comunidade” sobre os acontecimentos. Estes artigos, sobretudo a nível da imprensa especializada, incluem citações e reações de representantes falando em nome dos atores principais a nível do campo, e fornecem informação igualmente relevante para a identificação e para o entendimento das lógicas institucionais desses atores.

As entrevistas semiestruturadas permitiram-nos obter a perspectiva e a visão de cada um dos atores principais no campo, com o anonimato protegido através de um acordo escrito.

Por último, apesar de não ter sido integrado no desenho do estudo a observação dos participantes, as impressões e comentários partilhados ao longo da recolha de dados e das entrevistas foram anotados na forma de diário do investigador e serviram de suporte para a análise subsequente (Miles *et al.*, 2014).

Uma lista das fontes de dados consultadas é mostrada no quadro (Quadro 4.3. Fontes de dados publicados entre 2011 e 2015) correspondendo a cerca de 9.920 páginas revistas.

Quadro 4.3. Fontes de dados publicados entre 2011 e 2015

Tipo de documentos analisados	Nº de documentos	Nº páginas
MACRO		
<i>Material publicado por ator chave</i>		
Governo, incluindo acordos coletivos de trabalho	24	256
Agências governamentais e grupos trabalho: ACSS, DGS, UMHSA, PNS	9	879
Assembleia da República – Legislação, Plenários e Comissão de Saúde	118	730
Outros órgãos soberania - TC	5	1173
Ordens profissionais – OM, OE, OF	69	2442
Associações profissionais – SIM, FNAM, STSS	45	607
Indústria da saúde – APIFARMA, ANF	25	286
Associações de doentes – APDP, Acreditar	5	200
Outros <i>Stakeholders</i> : Gulbenkian, Pordata, APDH	3	280
Prestadores – Hospitais públicos, Prof. saúde, Grupos privados	13	1489
<i>Artigos de Imprensa</i>		
TV (RTP, TVI, SIC), Rádios (TSF, RCP)	22	31
Nacionais (CdM, DE, DN, Expresso, JI, JN, Lusa, Público, Sábado, Sol, Visão)	491	842
Imprensa especializada (GH, JM, JMF, Mk; TM; Lancet)	125	356
Regionais (Diário de Coimbra, Sul Informação, Açores digital)	8	23
<i>Gravações transcritas</i>		
Entrevistas individuais semiestruturadas	12	118

MESO		
<i>Gravações transcritas</i>		
Entrevistas individuais semiestruturadas	5	49
Relatórios e contas dos hospitais em estudo	11	1848
MICRO		
<i>Gravações transcritas</i>		
Entrevistas individuais semiestruturadas	36	160
Notas de observação não participante	25	26

Legendas: ACSS: Administração Central dos Serviços de Saúde; ANF: Associação Nacional de Farmácias; APDH: Associação Portuguesa para Desenvolvimento Hospitalar; APDP - Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal; Cdm: Correio da Manhã; DE: Diário Económico; DGS: Direção Geral de Saúde; DN: Diário de Notícias; F NAM: Federação Nacional dos Médicos; GH: Gestão Hospitalar; JI: Jornal I; JM: Jornal Médico; JMF: Jornal Médico de Família; JN: Jornal de Negócios; Mk: Marketeer; OE: Ordem dos Enfermeiros; OF: Ordem dos Farmacêuticos; OM: Ordem dos Médicos; PNS: Plano Nacional de Saúde; Prof. saúde: Profissionais de saúde; RCP: Rádio Clube Pombal; SIC – Sociedade Independente de Comunicação; SIM: Sindicato Independente dos Médicos; STSS: Sindicato dos Técnicos Superiores de Saúde; TC: Tribunal de Contas; TM: Tempo de Medicina; UMHSA: Unidade Missão Hospitais SA.

Esta investigação foi elaborada de acordo com a abordagem defendida por Burgoyne (1994) de forma a dar voz aos diferentes atores envolvidos no processo de reformas nos cuidados de saúde. Ou seja, identificou-se os atores principais e os diversos *stakeholders* e efetuou-se uma recolha de dados sobre as suas ações e percepções em relação às mudanças ocorridas no campo organizacional. Esta abordagem permitiu obter um quadro para análise qualitativa dos documentos produzidos por cada ator e utilizar estes para obter perspectivas diferentes sobre a reforma da saúde. Neste quadro teórico seguiu-se a abordagem dos tipos ideais para estudar as lógicas institucionais e comparar as observações empíricas entre instituições (Freidson, 2001; Thornton e Ocasio, 2008). Para a análise de conteúdo das entrevistas e documentos selecionados utilizamos a metodologia definida por Gioia *et al.* (2013). Esta análise utiliza três níveis sucessivos de abstração (conceitos, temas e dimensões agregadas) como forma de se obter a “saturação teórica” definida por Glaser e Strauss (1967). Este processo permite a construção de uma estrutura de dados que fornece uma representação gráfica da análise realizada e torna possível explicar os mecanismos através dos quais se progride dos dados originais para os conceitos, temas e dimensões (cf. Figura 4.2. Estrutura de dados de acordo com metodologia de Gioia, p. 173).

4.6. Os atores e as lógicas institucionais

Os atores institucionais, quer individuais quer colectivos, devem ser encarados como agentes com capacidade e poder para criar ou alterar as lógicas do campo, ou como portadores capazes de incorporar ou potenciar as estruturas, capacidades e direitos definidos de forma institucional e deste modo refletir os seus interesses nas estruturas de governação (Scott *et al.*, 2000). Em campos organizacionais caracterizados pela complexidade institucional (Greenwood *et al.*, 2011) onde coexistem múltiplas lógicas potencialmente concorrentes, os atores necessitam de ajustar continuamente as suas posições em relação com a sua própria lógica (Jarzabkowski *et al.*, 2009). Esta situação pode revelar-se particularmente difícil em ambientes onde os atores individuais e as suas práticas são compartilhadas e interdependentes (Greenwood *et al.*, 2011), sobretudo perante lógicas institucionais ambíguas ou contestadas. Deste modo, para entendermos a evolução institucional necessitamos de avaliar a forma como as lógicas presentes nos diversos grupos profissionais da saúde influenciam as suas atividades do dia-a-dia (Smets, 2015). E no modo como os atores gerem estas lógicas nas suas interações e tarefas diárias (McPherson and Sauder, 2013).

O presente estudo centrado no período de intervenção da *Troika*, entre os anos de 2011 e 2015, considerou na sua análise a evolução histórica das diferentes lógicas presentes no campo da Saúde em Portugal, sobretudo o conflito não resolvido entre as lógicas profissional, empresarial e do Estado. Tivemos ainda presente que as lógicas institucionais, definidas como um sistema de crenças e práticas associadas predominantes num campo organizacional, podem ser decompostas em múltiplos componentes que por sua vez podem ser recombinados de diferentes modos (Thornton e Ocasio, 2008). Foi com base nestes conceitos que analisamos as influências das diferentes lógicas na atividade dos diversos grupos profissionais, segundo um processo de segmentação, adição ou partilha (Goodrick e Reay, 2011) de demarcação (Smets *et al.*, 2015) ou ambiguidade, perda de identidade (Fiol *et al.*, 2009; Thornton *et al.*, 2012).

4.6.1. Atores e lógicas institucionais a nível macro

A nível macro procuramos obter a perspetiva dos mais importantes *stakeholders* da Saúde, nomeadamente do governo e agências governamentais, dos diferentes grupos políticos com assento na AR, das associações profissionais e associações de doentes e da indústria do sector.

Governo e agência governamental

O governo, na figura do Ministro da Saúde, deixou no final do seu mandato um conjunto de intervenções que foram recolhidas e serviram de base para a nossa análise. Com base na entrevista concedida a revista especializada de uma agência governamental^{cclxxxv} e nas notas retiradas da audição em Comissão de Saúde^{cclxxxvi}, identificamos os principais conceitos, temas e dimensões das lógicas e os mecanismos associados expressos no discurso do governo (Cf. Anexos - Quadro 4.2. Análise das dimensões, temas, conceitos e mecanismos associados expressos no discurso do Ministro da Saúde).

Na análise do discurso do Ministro sobressaem como dimensões mais relevantes e predominantes, o “dinamismo e mudança”, e com igual peso o “controlo e desempenho” e a “identificação e tradição”. Na primeira dimensão, o governante expressa a ideia que este período de crise e contenção com “*uma redução orçamental sem paralelo*” contou com o suporte dos “*gestores das unidades e os profissionais de saúde*” graças à qual foi possível “*honrar o compromisso assistencial para com os cidadãos, manter a coesão social e melhorar [...] os indicadores de saúde*”. E sublinha desde logo o aumento das contratações de profissionais, de camas, de cirurgias e consultas no SNS. Esta relevância não será estranha às acusações que enfrentou no início de 2015 com a crise nas urgências, onde a comunicação social apontou como fatores responsáveis pelas mortes verificadas nas urgências, a falta de profissionais, nomeadamente de médicos e de camas de internamento^{cclxxxvii}. Idêntica posição foi expressa pelas associações profissionais médicas, na mesma ocasião, em visita a uma das urgência em risco^{cclxxxviii}. O próprio governo deu-lhe a relevância suficiente para suscitar um despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde onde este referia a necessidade de averiguar as causas das mortes nas urgências e de assegurar a existência de macas nos serviços^{cclxxxix}.

Uma outra preocupação expressa é a transparência do sistema, da prestação de contas e da reforma profunda que efetuou no sistema de saúde, com os inúmeros estudos, programas e legislação promulgada como os centros de referência, os programas de eficiência energética das unidades hospitalares, a criação do “Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde” e a “Plataforma de Dados em Saúde”, que surge na dimensão “dinamismo e mudança”. Mas que integra igualmente a dimensão “identificação e tradição”, a par com a preocupação expressa em diversas ocasiões^{ccxc} de melhorar o acesso dos cuidados de saúde pelos cidadãos e de uma “*efetiva colocação do cidadão no centro das organizações,*

considerando os seus interesses antes dos demais.”

Das principais dimensões expressas pelo governante, aquela que permanecerá associada ao seu mandato é o “controle e desempenho”, preocupação que estará presente no seu discurso ao longo dos quatro anos de intervenção da Troika e que pode ser ilustrada pela frase: “*O Governo assumiu o compromisso da utilização mais racional e eficiente dos recursos disponíveis, de forma a garantir a sustentabilidade financeira do SNS e assegurar o direito constitucional de proteção da saúde*”. Para assegurar estes objetivos, o governo encetou um processo de centralização da governação dos hospitais, associado à concentração e ajustamento de serviços e o reforço dos cuidados continuados. Simultaneamente avançou com uma negociação muito exigente com a indústria farmacêutica que permitiu um encaixe para o Estado de 500 milhões de euros entre 2012 e 2015. Esta preocupação pela sustentabilidade do sistema reporta para um outro tema “desempenho e mercado” que surge associado à lógica empresarial, que é a promoção da eficiência e do desempenho dos hospitais e os novos modelos de controlo comparativo entre unidades de saúde³.

O tema “complexidade e conhecimento” na dimensão “identificação e tradição”, surge como uma referência de rodapé no discurso do ministro, que enfrentou uma das maiores greves médicas, logo no primeiro ano de intervenção da Troika, mas que soube criar as pontes necessárias para uma negociação dura e eficaz, estabelecendo um acordo duradouro com as associações profissionais que, além do mais, teve de passar pelo crivo da Troika. E que servirá de argumento sobre a capacidade de negociação do governo nos restantes três anos de mandato (Monteiro *et al.*, 2015).

Solicitamos e obtivemos uma entrevista de um membro do conselho de administração de uma agência governamental. Com base nesta entrevista identificamos os principais conceitos, temas e dimensões das lógicas e os mecanismos associados expressos no discurso deste gestor de topo de uma agência governamental (Cf. Anexos - Quadro 4.3. Análise das dimensões, temas, conceitos e mecanismos associados expressos no discurso de administrador de agência governamental).

A análise do discurso do administrador da agência governamental demonstra um maior enfoque nos temas “desempenho e mercado” e “controle e normas” na dimensão “controle e desempenho”, e uma menor relevância na dimensão “dinamismo e mudança”. O que sobressai do seu discurso é a falência do modelo empresarial implementado em 2002, que o próprio ministro sublinharia por diversas vezes, designadamente nas suas intervenções

³ cf. ACSS, *Benchmarking* Hospitais

na Comissão de Saúde^{ccxci}. Para este diretor, os hospitais EPE passaram por uma certa desorganização e falta de acompanhamento que favoreceu a ineficiência e permitiu a criação de “*cinquenta instituições cada uma a tentar puxar para si, ao longo do país... não há-de haver recursos possíveis para que cada uma se centre em si mesma*”. No tema “controle e normas” focaria a preocupação do governo de introduzir mecanismos de acompanhamento dos hospitais, da promoção de um alinhamento estratégico, focado em objetivos e resultados práticos, em indicadores económico-financeiros, ou seja, “*a centralização em alguns aspetos...*” e concluiria “*temos que ter aqui um mecanismo de planeamento nacional [...] (se) queremos ter um SNS com esta matriz pública, universalista [...] eu tenho que ser capaz de não ter uma rede de hospitais para a qual não sou capaz de pôr lá os meios porque deixo que o sistema tome conta do processo e a certa altura se desvirtue*”. Sobre a gestão dos profissionais e a resposta à comunidade apontaria exemplos diversos desde os “*skill-mix*” entre médicos, farmacêuticos e enfermeiros, até ao modo como foi gerida a crise das urgências na área da Grande Lisboa. E concluiria que as carreiras, nomeadamente as médicas “*tem essa coisa e isso é característico do sistema português, das carreiras, que é a rigidez. Nós temos muita rigidez e ainda não fomos capazes de tirar estas barreiras*”.

Grupos parlamentares

Para obtermos uma visão política e da comunidade, numa perspetiva macro, solicitamos e obtivemos uma audiência dos diferentes grupos parlamentares com assento na Assembleia da República. Com base nesta entrevista identificamos os principais conceitos, temas e dimensões das lógicas e os mecanismos associados expressos no discurso de cada um dos representantes dos grupos parlamentares. (Cf. Anexos - Quadro 4.4. Análise das dimensões, temas, conceitos e mecanismos associados expressos no discurso dos grupos parlamentares da Assembleia da República).

Se considerarmos a análise global do discurso dos grupos parlamentares com assento na Assembleia da República (AR) verificamos um predomínio dos temas “controle e normas” e “identificação colectiva” respectivamente integrados nas dimensões agregadas “controle e desempenho” e “identificação e tradição”. Nestas dimensões surgem duas posições opostas entre os partidos da oposição e os partidos do “arco da governação”. Para os primeiros, e entre estes, para o grupo parlamentar do BE e do PCP, a intervenção da Troika e o memorando de entendimento representaria um “*pacto de agressão, porque de facto é uma agressão aos portugueses que nós temos visto nos últimos anos, às suas condições de vida, à*

sua dignidade e que é esta dita reorganização hospitalar [...] (na) nossa opinião não é nenhuma reorganização hospitalar é o encerramento e concentração de serviços”. Esta situação determinaria a degradação dos serviços públicos e a limitação da prestação de cuidados de saúde pelo racionamento imposto aos profissionais. Por parte da comunidade existiria uma limitação do acesso aos cuidados de saúde resultante do aumento das taxas moderadoras e das novas regras do transporte de doentes não urgentes. Para o grupo parlamentar do PCP os objetivos do governo eram evidentes: *“porque se não se contratam enfermeiros é porque não se quer, porque se não se dá condições aos profissionais é porque não se quer [...] tudo com esta intenção de ir reduzindo a administração pública”*. Seria esta estratégia que estaria a condicionar a degradação dos serviços de urgência, a desvalorização das carreiras, a precariedade do emprego ou o desemprego, a emigração dos profissionais, os elevados ritmos de trabalho nos serviços. Para o grupo parlamentar do PCP *“Há claramente aqui uma opção e eu penso que a opção é óbvia e eu creio que a estratégia está em descredibilizar os serviços públicos”*. Para o grupo parlamentar do PS associado a esta degradação do SNS existiria uma centralização das decisões nas Finanças, que limitaria a despesa e impediria as contratações, retirando autonomia à gestão das unidades de saúde. Esta situação teria sido a causa do colapso das urgências: *“Isto está prestes a romper. Isto está na pele. Qualquer coisa que aconteça vai romper. E rompeu! [...] as urgências cheias de camas com doentes internados e isto não é preciso ser médico para perceber isto. Nem ser muito inteligente, é só, ser razoável [...] Se isto acontece no IPO, os casos do IPO não são gripes. E o IPO está na mesma.”* Para o mesmo grupo parlamentar, outra das preocupações expressas seria a falta de medicamentos disponíveis nas farmácias comunitárias em resultado do corte de margens comerciais nas farmácias, com claro prejuízo da população sobretudo no interior do país.

De entre os partidos do “arco da governação”, o grupo parlamentar do PSD sublinharia no seu discurso que o memorando de entendimento tinha sido negociados pelo governo anterior do PS. Com o acordo, era certo, dos atuais partidos do governo, mas que *“quando o governo assumiu funções tínhamos um caderno de encargos. Pré-definido... o memorando de entendimento, que tinha sido assumido em nome do país, em nome do Estado [...] E sobre o seu cumprimento dependiam as avaliações que a Troika fazia regularmente no país e a conseqüente libertação de fundos que nós carecíamos e que eram necessárias”*. Ainda no tema “controlo e normas”, que os hospitais-EPE estavam falidos, mas que não podiam fechar as portas, bem pelo contrário era necessário encontrar os meios para a sua reabilitação financeira. Foi necessário negociar com a indústria, melhorar as condições de

fornecimento de bens e serviços, “*foram os acordos sucessivos com a APIFARMA, que sendo acordos, tiveram o beneplácito das partes, inclusive da APIFARMA, não é?... É um acordo... daí saiu de fato um financiamento fundamental para o Estado*”. E simultaneamente realizar reformas “*havia um conjunto de ações, de iniciativas legislativas, de reformas a que o Estado, na altura pela voz do anterior primeiro-ministro José Sócrates, e com o acordo do PSD[...] assumiu que iria realizar [...] a prescrição por denominação internacional [...] A diminuição das barreiras jurídicas à entrada dos genéricos... alargamento do mercado de genéricos*”. Este grupo parlamentar nega as dificuldades de acesso aos cuidados de saúde pelos utentes, defendendo que melhorou as condições de acesso ao transporte de doentes não urgentes, e que alargou a definição do grau de insuficiência económica para a isenção das taxas moderadoras. Por fim, sobre a centralização e as restrições impostas aos hospitais, defende “*... e depois a lei dos compromissos e além disso a lei dos compromissos [...] houve um conjunto de medidas de teor administrativo, restritivas naquilo que era alguma autonomia das administrações [...]aquilo que não pode acontecer é o país todo estar a fazer um esforço e porventura... haver um hospital ali, outro hospital ali que rebenta com o orçamento, e depois prejudica o esforço que todos fizeram, não é?...*”. No tema “identificação colectiva” argumenta que houve uma preocupação desde o início, do governo, de proteger os mais vulneráveis, mas que “*ninguém de bom senso poderia achar que o país indo a uma situação de pré-bancarota, tendo que pedir empréstimos a parceiros internacionais que nos exigiam medidas de restrição, para darem o empréstimo, que isto aqui não tivesse um efeito na vida das pessoas.*”. Sobre os medicamentos inovadores, a propósito da hepatite C, este grupo parlamentar defende que “*há aqui, muita manipulação, que também é feita [...] o que não pode acontecer é o Estado e os próprios doentes ficarem reféns duma indústria que tem o monopólio que entende pedir um preço, qualquer ele que seja...Isso não pode acontecer... tem que ser uma resposta consertada com outros Estados...*”.

Para o grupo parlamentar do CDS-PP, o discurso centra-se de forma equilibrada no tema “controlo e normas” na dimensão “controlo e desempenho” e no tema “identificação colectiva” na dimensão “identificação e tradição”. No primeiro tema, a primeira preocupação era “*preciso era tirar este Serviço Nacional de Saúde da falência técnica e das capturas que tinha em 2011*”. E que apesar das reformas encetadas pelo governo continuamos muito mal preparados para uma nova crise ou para a sustentabilidade do sistema. Que o sistema tem que se preparar para o futuro, pois os desafios são imensos, com o envelhecimento da população, as doenças crónicas, os medicamentos inovadores, os novos equipamentos. Os profissionais

de saúde têm que reformular as suas práticas, melhorar o seu desempenho, o sistema tem de se libertar do corporativismo médico e do modelo de agudos e “hospitalocêntrico”. Este discurso será mantido no tema “identificação colectiva”, em que este grupo parlamentar defende que o sistema tem de mudar, para os cuidados transversais, de continuidade, dos doentes crónicos, que não podem, nem devem ser tratados como doentes agudos, mas que persistem por interesse da gestão e dos profissionais de saúde dos hospitais. Ainda no tema “identificação colectiva” o conceito da “legitimidade dos serviços” expresso repetidamente na comunicação social é igualmente questionado por este grupo parlamentar “*o discurso da casuística, do caso A,B, ou C, ao qual nós não retiramos gravidade e que tem que ser devidamente enquadrado e investigado, como foi com o Correia de Campos, com a questão das urgências e em que os casos pulverizam a evidência dos indicadores [...] esta conspiração entre o espaço mediático e o espaço dito com um discurso de afirmações mais ou menos bombásticas, pesado, apoiado em casos... se os casos não refletem a globalidade*”. E sublinha a questão do profissionalismo ou da sua falta no tema “complexidade e conhecimento” referindo “*O grande problema é quando as pessoas têm a visão do seu umbigo! Que é o meu estatuto. Mas quando isto implica revisão de outros estatutos, noutras áreas é isso que as pessoas têm que ter essa perspetiva*”.

Nas restantes dimensões, destacamos os seguintes temas referidos pelos diversos grupos parlamentares:

Para o grupo parlamentar do BE, a pressão existente dos grupos privados sobre o Serviço Público no tema “desempenho e mercado” e a instabilidade existente nos hospitais entre os responsáveis e os profissionais de saúde, com inúmeros pedidos de demissão na dimensão “resistência e conflito”;

Para o grupo parlamentar do PCP, a sustentabilidade dos grupos privados e das PPP através de financiamento público, direto ou indireto, no tema “desempenho e mercado”, e a necessidade do Estado apostar na investigação, nos hospitais e nas universidades como forma de acesso à inovação, no tema “projeção no futuro”;

Para o grupo parlamentar do PS, a promoção dos privados em detrimento do público no tema “desempenho e mercado” e o empenho e profissionalismo da gestão e dos profissionais de saúde que permitiram suportar o sistema nos temas “partilha e redes sociais” e “complexidade e conhecimento”;

Para o grupo parlamentar do PSD, os medicamentos inovadores como desafio para o sistema, a flexibilização das camas hospitalares e a migração dos profissionais para o sector privado, que, em última instância, depende do Estado, são os conceitos que sobressaem no

tema “desempenho e mercado”, conjuntamente com a defesa do alargamento dos serviços prestados pelas farmácias, na gestão da medicação dos doentes crónicos em articulação com os cuidados de saúde primários no tema “partilha e redes sociais”.

Para o grupo parlamentar do CDS-PP, a resiliência dos profissionais de saúde face às restrições e condicionalismos do sistema no tema “partilha e redes sociais” e a falta de sensibilidade e disponibilidade dos profissionais de saúde, nomeadamente dos médicos para trabalharem sobre parâmetros de eficiência na dimensão “resistência e conflito”.

Indústria farmacêutica

Para captarmos a perspetiva da indústria associada ao campo da Saúde, obtivemos uma entrevista de um membro da direção da Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica - APIFARMA^{ccxcii} e a audiência em Comissão de Saúde da Associação Nacional de Farmácias (ANF), a partir da qual retiramos notas da intervenção dos seus representantes^{ccxciii}. Com base nesta entrevista e nas notas da audiência identificamos os principais conceitos, temas e dimensões das lógicas e os mecanismos associados expressos no discurso dos representantes de topo dos laboratórios e das farmácias portuguesas (Cf. Anexos - Quadro 4.5. Análise das dimensões, temas, conceitos e mecanismos associados expressos no discurso de diretor da APIFARMA e da ANF).

Na análise do discurso do membro da direção da APIFARMA verificamos um predomínio do tema “identificação colectiva” na dimensão “identificação e tradição”, o tema “controlo e normas” na dimensão “controlo e desempenho” e o tema “oposição e conflito” na dimensão “resistência e conflito”. No primeiro tema “identificação colectiva” sobressai o conceito do “controlo Estado na despesa” e “legitimidade externa” com os exemplos das restrições de materiais de consumo, como o papel higiénico ou a roupa de cama, as limitações dos próprios doentes na deslocação aos hospitais e o problema associado do transporte não urgente. E a disrupção das farmácias de comunidade, sem capacidade financeira para ter stocks, com grave prejuízo para os doentes que vão à farmácia e não encontram os medicamentos que querem comprar porque eles são exportados. Sobre os medicamentos inovadores este diretor da APIFARMA defende que mais que um gasto estes devem ser encarados como um investimento. Como é o caso do medicamento para tratamento da Hepatite C. Este conceito irá predominar no discurso deste diretor quer a nível do tema “desempenho e mercado”, quer a nível do tema “projeção no futuro”, pela necessidade de uma mudança de paradigma do modelo de financiamento e orçamento para a Saúde. No

tema “controlo e normas” sobressaem os conceitos do “controlo Estado na despesa”, “centralização” e “Estado como bloqueio à inovação” com a questão do subfinanciamento crónico do SNS, os orçamentos deficitários e as restrições na aprovação dos medicamentos inovadores: *“Não temos dúvida nenhuma que, relativamente aos hospitais houve claramente a partir do início da assistência financeira, houve um atraso na aprovação de medicamentos inovadores, independentemente de eles já terem sido objeto de avaliação [...] pelo Infarmed”*. No tema “oposição e conflito” surge o conceito “compromisso da indústria” com o discurso do diretor da APIFARMA a sublinhar que *“as poupanças e os ajustes decorrentes da assistência financeira foram todos feitos sob terceiros. Foram feitos sob todos os convencionados, e foram feitos essencialmente sobre os medicamentos”*, sem *“minorar ou criar oportunidades, quer para os agentes económicos atingidos, quer para o próprio equilíbrio das instituições”*. Ainda neste tema identificamos a ideia da “falta transparência” no modo como este processo foi efetuado, com uma contenção administrativa nas autorizações e na baixa de preços dos medicamentos.

Na audiência na Comissão de Saúde, os representantes da ANF apresentaram um domínio do tema “oposição e conflito” na dimensão “resistência e conflito”, com uma menor relevância para o tema “desempenho e mercado” na dimensão “controlo e desempenho” e o tema “partilha e redes sociais” na dimensão “dinamismo e mudança”. Para a ANF a questão fulcral que emerge do seu discurso tem a ver com os conceitos “controlo de Estado na despesa”, “compromisso da Indústria” e “compromisso da equidade” com os cortes nos orçamentos de Estado na área do medicamento a ultrapassarem em mais de sete vezes o proposto pelo MdE para os grossistas e para as farmácias. Tal situação estará na origem dos mais de duzentos processos de insolvência e nas mais de cinquenta farmácias encerradas em todo o país em 2012. Nos temas “desempenho e mercado” e “partilha e redes sociais”, esta associação sublinha a necessidade de alcançar um acordo com o governo que permita garantir a sustentabilidade do sector, apontando o mercado de genéricos como passível de resolver este problema e garantir uma redução de custos que não seja penalizadora apenas para as farmácias.

Associações de doentes

Para a auscultação das associações de doentes, obtivemos uma entrevista de um membro da direção da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP)^{ccxciv}, e retiramos notas da audiência na Comissão de Saúde da “Encontrar+se” – Associação para a

Promoção da Saúde Mental, que promoveu uma iniciativa na Assembleia da República^{ccxcv}.

Com base nesta entrevista e na audiência identificamos os principais conceitos, temas e dimensões das lógicas e os mecanismos associados expressos no discurso destes representantes das associações de doentes portugueses referenciadas (Cf. Anexos - Quadro 4.6. Análise das dimensões, temas, conceitos e mecanismos associados expressos no discurso de associações de doentes).

Na análise do discurso do membro da direção da APDP, e da audiência na Comissão de Saúde da *Encontrar+se*, verificamos um predomínio do tema “identificação colectiva” na dimensão “identificação e tradição”, e com menor relevância os temas “controlo e normas”, “partilha e redes sociais”, “complexidade e conhecimento” e “oposição e conflito”. Na dimensão dominante “identificação e tradição” e no tema “identificação colectiva” sobressaem como conceitos relevantes o “compromisso pessoal e social”, com a questão da vulnerabilidade dos doentes crónicos, o problema do isolamento resultante do desemprego dos jovens e da emigração, o “compromisso da equidade”, com a limitação dos rendimentos no agregado a condicionar o acesso aos medicamentos e à alimentação apropriada e a limitação nas deslocações resultantes da instabilidade no mercado do trabalho ou do custo da deslocação, o problema da “legitimidade externa”, uma vez mais a dificuldade de acesso aos medicamentos nas farmácias e a desconfiança dos doentes “*se estamos a fazer as opções certas, se temos alguma pressão ou não para prescrever o mais barato em função do melhor tratamento disponível para aquela pessoa. É uma desconfiança que se sente sempre e para a qual vai ser muito difícil respondermos*” e a “continuidade de cuidados” com o necessidade de se “*ultrapassar esta barreira entre os cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares e ter aqui cuidados integrados... devíamos era estar a caminhar para uma medicina de proximidade*”. Nas restantes dimensões e temas, sobressaem no discurso do diretor da APDP o tema “complexidade e conhecimento” com o conceito “aposta formação”, na formação dos doentes, prevenção e autogestão das doenças crónicas em linha com as propostas do estudo Gulbenkian⁴. E o tema “oposição e conflito” com os conceitos “Estado como burocracia administrativa” no discurso da diretora da *Encontrar+se*, ao identificar o circuito do doente mental definido por uma agência governamental como um circuito centrado na contabilidade dos hospitais públicos e não centrado nas necessidades dos doentes.

⁴ “Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar” (2014), coordenador Lord Nigel Crisp, Donald Berwick, Ilona Kickbusch, Wouter Bos, João Lobo Antunes, Pedro Pita Barros, Jorge Soares, ed. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

Associações Profissionais

Para a auscultação das associações profissionais da área da saúde, selecionamos as associações profissionais mais representativas, designadamente a Ordem dos Médicos, Enfermeiros e Farmacêuticos, não tendo conseguido obter a entrevista planeada do Sindicato Nacional dos Técnicos Superiores de Saúde das Áreas de Diagnóstico e Terapêutica (STSS). No entanto, porque partilhamos algumas reuniões de trabalho conjuntas com elementos da direção do STSS obtivemos um visão geral dos problemas e propostas desta organização. Que complementamos com documentos emitidos por esta entidade entre 2012 e 2015.

Com base nestas entrevistas e nas notas recolhidas identificamos os principais conceitos, temas e dimensões das lógicas e os mecanismos associados expressos no discurso destes representantes das associações de profissionais referenciadas (Cf. Anexos - Quadro 4.7. Análise das dimensões, temas, conceitos e mecanismos associados expressos no discurso de elementos da direção das associações profissionais da saúde).

Na análise global do discurso dos membros da direção das associações profissionais: OM, OF, OE e nas notas das intervenções de elemento da direção da STSS, verificamos um predomínio do tema “controlo e normas” na dimensão “controlo e desempenho” e o tema “identificação colectiva” na dimensão “identificação e tradição”.

No entanto, se analisarmos separadamente as organizações profissionais, verificamos que a OM apresenta um predomínio dos temas “controlo e normas” e “identificação colectiva”, a OF o predomínio dos temas “controlo e normas” e “desempenho e mercado”, a OE o predomínio do tema “identificação colectiva” associado “desempenho e mercado”, “ambiguidade e identidade” e “oposição e conflito” e o STSS o predomínio da “ambiguidade e identidade” associado a “complexidade e conhecimento”.

Assim, no discurso do diretor da OM no tema “controlo e normas” predominam os conceitos “controlo Estado na despesa”, “compromisso profissionalismo”, “compromisso das equipas e serviço”, com a referência aos cortes na despesa no SNS a condicionar a desqualificação do trabalho médico, a aposentação antecipada e a emigração dos profissionais com o resultante compromisso da formação e da qualidade dos cuidados. No tema “identificação colectiva” predomina o conceito “legitimidade externa” com o discurso centrado na melhoria “paradoxal” dos indicadores de saúde e na necessidade de auditorias externas a estes números, na “construção” pelo governo de uma imagem de desperdício e de insustentabilidade do SNS para justificar os cortes e no prejuízo dos doentes pelo bloqueio

dos medicamentos inovadores referindo “*O que despoleta a resolução dos problemas é a comunicação social, veja-se no caso da hepatite C, das colonoscopias, da PAF com o tafamidis, das viaturas médicas do INEM*”. Nas restantes dimensões sobressaem a referência à colaboração institucional entre a Ordem e o governo para a elaboração de normas de orientação clínica na dimensão “dinamismo e mudança” e o risco das carreiras médicas serem decapitadas pela saída dos médicos mais diferenciados na dimensão “resistência e conflito”.

Na análise do discurso do diretor da OF predomina igualmente o tema “controlo e normas” associado aos temas “desempenho e mercado” e “partilha e redes sociais”. No primeiro sobressaem os conceitos “controlo Estado na despesa” e “centralização” com a indicação das medidas de controlo da prescrição de medicamentos através de formulário terapêutico e da Comissão Nacional de Farmácia. E o conceito “controlo Estado normativo-legislativo” com a mudança imposta pela Troika dos estatutos das Ordens Profissionais como forma de reduzir “*a intervenção das ordens na sociedade. Isso mostra que os elementos da Troika identificaram as organizações profissionais como um entrave*”. No tema “desempenho e mercado”, destaca-se o conceito “promoção eficiência e desempenho” com a indicação que “*a gestão vai ter de ser o fator dinamizador [...]vai haver uma tendência para uma menor preponderância das profissões e das classes*” com as Ordens restritas a funções técnicas e de boa prática profissional. Nas restantes dimensões, sobressai a questão da equidade no fornecimento dos medicamentos inovadores com práticas diferentes entre hospitais e a insolvência das farmácias e dos laboratórios privados de proximidade no domínio “identidade e tradição” e o tema “ambiguidade e identidade” em relação com a carreira profissional por regulamentar, no domínio “resistência e conflito”.

No discurso do diretor da OE destaca-se o tema “identificação colectiva” na dimensão “identidade e tradição”, o tema “desempenho e mercado” na dimensão “controlo e desempenho” e os temas “ambiguidade e identidade” e “oposição e conflito” na dimensão “resistência e conflito”. No primeiro tema, sobressaem os conceitos “compromisso pessoal e social” e “legitimidade externa” em relação com as dificuldades enfrentadas pelos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, na aquisição dos medicamentos e nos transportes, com o agravamento das situações clínicas que chegam às urgências e a ausência de resposta das famílias para os doentes internados. No tema “controlo e desempenho” o enfoque na autoridade bicéfala a nível hospitalar, na necessidade de ocorrerem mudanças como a criação do “*gestor do processo, que é alguém que basicamente agrega todos os profissionais que trabalham à volta daquele utente*”, do conceito “compromisso profissionalismo” com a sobrecarga de horários, as condições de trabalho, a nova contratualização “*à peça*” que

compromete o trabalho das equipas. Este mesmo conceito surgirá no tema “ambiguidade e identidade” com as questões das condições de trabalho, da família e dos filhos, num grupo profissional predominantemente feminino, da cultura vigente entre grupos profissionais da saúde, do compromisso da carreira, congelada, sem perspectivas, terminando com “*as pessoas têm que rebentar por algum lado. O problema é que estamos a falar de pessoas que cuidam de pessoas...*”.

Da análise das intervenções e documentos emitidos pela direção da STSS sobressaem o tema “ambiguidade e identidade” na dimensão “resistência e conflito” e o tema “complexidade e conhecimento” na dimensão “identificação e tradição”. No primeiro tema emerge a questão das carreiras desatualizadas, com perfis profissionais mal enquadrados e remunerados e sem expectativa de evolução, a par da acusação que “*continuamos com uma gestão de recursos humanos que, capturada pelas corporações profissionais predominantes e com assento nas administrações, acentuam as assimetrias já existentes*”. Esta mesma questão surgirá no tema “complexidade e conhecimento” com o conceito “aposta formação e partilha funções”, onde defende a mudança de paradigma para a “*intercomplementariedade profissional*” e a autonomia das profissões de saúde, e coloca em causa a qualidade da formação nas instituições de ensino e serviços de saúde. Nas restantes dimensões sobressai a referência à falta de representatividade dos conselhos de administração por não incluírem os Técnicos Superiores a par dos restantes profissionais da saúde e a necessidade de reformular o SNS, passando de um modelo “hospitalocentrico” para um modelo centrado nos cuidados primários.

Quadro 4.4. Processo de análise dos dados a nível macro obtidos de acordo com a metodologia de Gioia

Conceitos primeira ordem	Temas	Dimensões agregadas
NÍVEL MACRO		
Grupos parlamentares “do arco da governação” preocupados com a sustentabilidade do SNS	controlo e normas	controlo e desempenho
Agência do governo a apostar no controlo e planeamento de gestão das unidades		
Governo preocupado com sustentabilidade e transparência do sistema		
Agência do governo a apostar nas redes de cuidados e na referenciação	desempenho e mercado	
Agência do governo a promover a partilha de funções entre profissionais		
Agência do governo a apostar na interconexão entre prestadores		
Governo procurar centrar o sistema no cidadão		

Indústria contestar a ausência de reformas na gestão das unidades e a criação de barreiras aos medicamentos inovadores	identificação colectiva	Identificação e tradição
Associações de doentes preocupadas com continuidade de cuidados e a interconexão entre prestadores		
Grupos parlamentares “da oposição” preocupados com degradação dos serviços, limitação acesso aos cuidados e medicamentos	oposição e conflito	resistência e conflito
Indústria manifestar oposição ao processo e limites da intervenção imposta pela Troika e governo		
Associações profissionais a mostrar baixa expressão da lógica profissional	Ambiguidade e identidade	

Comunicação social

Se centrarmos a análise nos títulos dos artigos publicados durante os quatro anos de intervenção da Troika na comunicação social nacional geral e especializada⁵ sobre a área da saúde verificamos que a dimensão prevalente neste período é o “controlo e desempenho”, relacionado com o tema “controlo e normas” e os conceitos “compromisso do Estado” e “controlo Estado na despesa” (Quadro 4.5. Exemplos ilustrativos de títulos de artigos da comunicação social geral e especializada entre os anos de 2011 e 2015, na dimensão “controlo e desempenho”).

Quadro 4.5. Exemplos ilustrativos de títulos de artigos da comunicação social geral e especializada entre os anos de 2011 e 2015, na dimensão “controlo e desempenho”

controlo e desempenho		
<i>Cortes na despesa para 2012 maiores do que o previsto no memorando</i>	Expresso, João Silvestre	20/08/2011
<i>Dívidas na saúde tornam Estado refém de interesses privados</i>	RTP, Raquel R. Lopes	7/09/2011
<i>Quase metade dos hospitais EPE em risco de falência</i>	DN, LUSA	9/09/2011
<i>Roche suspendeu vendas a crédito a 23 hospitais</i>	Jornal de Negócios	27/02/2012
<i>Dívida do Serviço Nacional de Saúde duplicou em apenas três anos</i>	Público, Alexandra Campos	8/06/2012
<i>Hospital fica sem Urgência à noite já na segunda-feira</i>	Jornal de Notícias, Dora Mota	12/06/2012
<i>Há seis hospitais sem ar condicionado ou onde a refrigeração é insuficiente</i>	Público, Nuno Ferreira Santos	09/07/2013
<i>Saúde: entre cortes razoáveis e caminho aberto para um SNS de serviços mínimos</i>	Público, Romana Borja-Santos	16/10/2013
<i>Hospitais PPP vão receber mais 8,5 milhões e públicos terão perdão de 400 milhões de dívidas</i>	Público, Romana Borja-Santos	04/11/2013
<i>A situação dos hospitais não é minimamente fácil</i>	Jornal de Notícias, Gina Pereira e Inês Schreck	27/01/2014
<i>Aberto inquérito a caso em que vítima de acidente em Chaves só</i>	Público, Romana Borja-	04/02/2014

⁵ A seleção destes artigos foi feita a partir de uma *newsletter* interna de uma das associações sindicais médicas a que o autor pertence como dirigente associativo, correspondendo a cerca de 570 títulos.

<i>teve vaga em hospital de Lisboa</i>	Santos	
<i>Câmara de Lagos está preocupada com «qualidade da prestação de serviços de saúde no Algarve</i>	Sul Informação	7/02/2014
<i>77 dias à espera de uma resposta urgente, Garcia de Orta, O hospital foi muito criticado pelas longas horas de espera</i>	DN, Ana Maia, Grande Reportagem, O estado das urgências	23/02/2014
<i>Presidente da administração do hospital de S. João diz que SNS está falido</i>	Porto Canal	11/04/2014
<i>Há quase 70 demissões no hospital de S. João, mas administração fica</i>	Renascença	19/06/2014
<i>Presidente da ARS de Lisboa diz que carência de médicos é o principal problema</i>	Correio da Manhã	09/09/2014

A dimensão “identificação e tradição” torna-se mais proeminente a partir de 2012, parecendo estar relacionado com a evolução no terreno das determinações macro definidas pelo MdE e aplicadas pelo governo, que irão suscitar reações de alerta e contestação de organismos como o OPSS, e de associações profissionais, como a Ordem dos Médicos (Quadro 4.6. Exemplos ilustrativos de títulos de artigos da comunicação social geral e especializada entre os anos 2012 e 2015, na dimensão “identificação e tradição”).

Quadro 4.6. Exemplos ilustrativos de títulos de artigos da comunicação social geral e especializada entre os anos 2012 e 2015, na dimensão “identificação e tradição”

identificação e tradição		
<i>Cortes no SNS em Portugal podem comprometer os cuidados</i>	Gonçalo Figueiredo Augusto, The Lancet, 379	4/02/2012
<i>Ordem dos Médicos diz que há hospitais a negar fármacos inovadores por falta de dinheiro</i>	iOnline, Marta F. Reis	4/02/2012
<i>Observatório denuncia sofrimento dos portugueses e degradação do SNS</i>	iOnline, Marta F. Reis	14/06/2012
<i>Michael Porter defende sistema de saúde centrado nos doentes e não nos serviços</i>	Público, João d’Espiney,	09/07/2012
<i>Hospitais deixam de prescrever os medicamentos inovadores</i>	iOnline, Marta F. Reis	31/10/2013
<i>Governo corta nas participações de medicamentos</i>	Económico	5/11/2013
<i>Falta de cuidados continuados complica internamento</i>	DN, Ana Maia, Grande Reportagem	23/02/2014
<i>Zonas do interior sem INEM</i>	Sol, Amadeu Araújo	2/03/2014
<i>Falta de medicamentos nas farmácias é "um problema grave", diz a ANF</i>	Público Online, Alexandra Campos	24/03/2014
<i>Ministério quer apurar responsabilidades nas mortes nas urgências Hospital</i>	iOnline, Lusa	19/01/2015
<i>Governo estende isenção de taxas moderadoras no SNS a todos os menores de 18 anos</i>	RCMPharma	27/02/2015
<i>Ministro admite que um milhão não tem médico de família e anuncia que metade vai ter</i>	Jornal de Notícias Online	11/03/2015
<i>Direcções hospitalares batem com a porta em defesa dos doentes</i>	Jornal Médico Online	10/03/2015

Mas o que surge de mais relevante nesta análise é a evolução do tema “ambiguidade e identidade” na dimensão “resistência e conflito” ao longo deste período. Sem evidência nos primeiros dois anos de intervenção, verifica-se um aumento marcado até se tornar o tema

predominante no primeiro trimestre de 2015. Se analisarmos com mais pormenor identificamos os conceitos “Controlo Estado na despesa, Compromisso qualidade”, “Compromisso serviço, Compromisso legitimidade externa”, “Controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, compromisso do profissionalismo” e “Estado como burocracia administrativa” (Quadro 4.7. Exemplos ilustrativos de títulos de artigos da comunicação social geral e especializada entre os anos 2012 e 2015, na dimensão “resistência e conflito”).

Quadro 4.7. Exemplos ilustrativos de títulos de artigos da comunicação social geral e especializada entre os anos 2012 e 2015, na dimensão “resistência e conflito”

resistência e conflito		
<i>SNS: Caos no sistema informático</i>	Lusa/SOL, Catarina Guerreiro	16/02/2014
<i>Ordem dos Médicos deixa de colaborar com auditorias às normas clínicas</i>	Público, Romana Borja-Santos	17/02/2014
<i>Tempos de espera inspiram publicidade no privado</i>	iOnline	04/02/2014
<i>Um utente a almoçar outro na arrastadeira</i>	DN, Ana Maia	23/02/2014
<i>Violência na saúde aumentou no início do ano e corresponde já a metade do ano anterior</i>	Público Online, Catarina Gomes	20/03/2014
<i>Ordem dos Médicos, Hospitais estão a bloquear fármaco para Hepatite C</i>	Lusa, Nuno Noronha	12/06/2014
<i>Faltam profissionais nas viaturas de emergência médica</i>	Renascença, Pedro Mesquita	8/04/2014
<i>1.400 médicos saíram do SNS em três anos</i>	iOnline, Marta F. Reis	2/01/2015
<i>Médicos rejeitam alargamento “inútil e prejudicial” das funções dos enfermeiros</i>	Público, Romana Borja-Santos	15/01/2015
<i>Governo sabia desde julho dos problemas na Urgência da Feira</i>	Jornal de Notícias, Helena Norte	17/01/2015
<i>Vaga de demissões nos hospitais</i>	Público, Alexandra Campos,	19/02/2015
<i>Utentes consideram “inadmissível” degradação das condições no Hospital do Litoral Alentejano</i>	DN Online e LUSA, Nuno Noronha,	27/02/2015
<i>266 doentes chegaram um dia ao IPO para serem operados e não tiveram camas</i>	Público, Romana Borja-Santos	01/04/2015

4.6.2. Atores e lógicas institucionais a nível meso

A nível meso procuramos obter a perspetiva de gestores e diretores dos dois hospitais públicos portugueses selecionados para o estudo de caso, correspondendo a um hospital universitário integrado num centro hospitalar e um hospital distrital polivalente, de acordo com a nomenclatura adotada pela ACSS (2013), pertencentes aos grupos E e D, respectivamente. No hospital do grupo D, entrevistamos três membros do conselho de administração (CA), incluindo o diretor clínico e o de enfermagem, no centro hospitalar do grupo E entrevistamos um membro do conselho de administração e um gestor intermédio.

Com base nestas entrevistas identificamos os principais temas e dimensões das lógicas e os mecanismos associados expressos no discurso destes elementos (Anexos - Quadro 4.8. Análise das dimensões, temas, conceitos e mecanismos associados expressos no discurso de elementos do CA dos hospitais do grupo D e E).

Na análise global do discurso dos membros do CA e administrador intermédio dos hospitais em estudo, verificamos um predomínio dos temas “desempenho e mercado” e “controlo e normas” na dimensão “controlo e desempenho”. No primeiro tema identificamos uma repetição dos conceitos “controlo Estado na despesa, centralização e perda de autonomia”, com referência à centralização das decisões imposta pelo governo, na expressão de um dos elementos do CA *“a autonomia das instituições, desde logo, perdemos autonomia, obviamente que eu consigo entender que era necessário que um conjunto de medidas, maior rigor, maior restrição, maior monitorização [...] é um pouco choque de repente perceber que não há competência sequer para contratar um assistente operacional”*⁶. Outro dos conceitos que se repete é a “gestão sem controlo”, sobre o modo como as unidades de saúde eram geridas antes de 2011, e que pode ser ilustrado pelo discurso de um dos membros do CA: *“orçamentos era um... enfim, instrumentos minorizados, no plano da gestão e portanto não constituíam limites efetivos e reais à atividade e aos projetos”*⁷. Ainda neste conceito é referenciado os esquemas que existiam para melhorar a produção dos hospitais *“na euforia, e no desenfreamento de arranjarmos produção, não se olhava a meios para se atingir os fins [...]nessa altura em que nós éramos um país rico, o crescimento da produção adicional, pelo menos nesta casa, teve assim um crescimento exponencial, sem precedentes”*⁸. Em contraposição, é ressaltado os “novos modelos de gestão” o que de novo se procurava fazer nas unidades: negociação interna com os serviços, “ambulatorização” de cuidados, cuidados de especialidade de proximidade, a aposta na promoção de uma visão integrada dos profissionais médicos que são os grandes consumidores dos hospitais, da necessidade de se criar uma *“harmonização salarial de incentivos de dignidade e de dignificação da profissão”* como forma de combater a captura pelos privados dos profissionais de saúde e das questões que se colocam face à concorrência com o sector social e privado. A este propósito na perspectiva que se repetirá no “controlo Estado na contratação, não renovação profissionais”, a concorrência desleal entre sectores será explicitada na seguinte forma: *“mesmo as PPPs, aí está, que são do SNS, mas qualquer PPP vem aqui contratar-me os melhores da fornada de*

⁶ Entrevista membro do Conselho de Administração do Centro Hospital E.

⁷ Entrevista membro do Conselho de Administração do Hospital D.

⁸ Entrevista administrador

recém-especialistas e prometem-lhes à cabeça 5 mil euros. Eu não consigo fazer isso [...] Como é que eu combato isto. Prometem um contrato. É pá venha ali que a gente assina já. Eu aqui, é pá espera lá é o concurso, é o pedido, está à espera. Isto é, temos que encontrar aqui soluções mais equilibradas”. A renovação dos recursos humanos é apontada como um fenómeno que começa a ocorrer a partir de 2014, sobretudo por via da entrada de jovens médicos (internos) e outros profissionais. A consequência apontada para os serviços, “é a fatia do meio que nos falta que são aquelas pessoas dos trinta e tais, quarenta anos com grande capacidade de trabalho intelectual, são uns indivíduos que estão muito ativos, que já têm um “know-how” acima do básico, que são os indivíduos que iriam dar continuidade aos serviços e que saem⁹”.

No segundo tema identificado como dominante no discurso dos administradores e diretores hospitalares (“controlo e normas”) surgem os conceitos “controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, compromisso das equipas” com as aposentações, esperadas ou não, as rescisões de contratos sem possibilidade de novas contratações pelo tempo de mediação excessivamente longo, com o compromisso dos serviços, da urgência, com os serviços de anestesia a viver de tarefeiros, com compromisso da produção do hospital e sobretudo da cirurgia. Como refere um dos presidentes do conselho de administração dos hospitais em estudo: “Aconteceu várias vezes... quando chegava a autorização o profissional já estava a trabalhar numa PPP ou tinha decidido, e bem, procurar novos horizontes, valorizar-se fora do país e ter a sua vida resolvida [...] Portanto tivemos três anos sem contratar um profissional de enfermagem. Tivemos [...] dois anos sem praticamente contratar médicos... os recursos foram saindo”. Outra das estratégias utilizadas e identificada por um dos diretores foi o recurso sistemático a “bolsas de horas”, para a prestação de serviços de enfermagem. Estes vários fatores serão motivo de comentários sobre o conceito “compromisso da gestão empresarial” por um dos administradores “dei por mim muitas vezes a gracejar com um conjunto de constrangimentos e frustrações, a dizer: ... estou a sentir-me cada vez mais um administrador delegado na versão quase antes do 25 de abril” e a concluir “temos uma lei de compromissos e eu não sei se agora... a três meses de fechar se eu não desequilibro a tesouraria e depois fico sem a lei de compromissos”. A criação duma agência de compras supra-hospitalar é questionada sobre a sua eficácia e benefício para as unidades, por outro dos administradores, que na dimensão “resistência e conflito” justificará as suas dúvidas sobre a “legitimidade externa” desta unidade: “continuo a achar que há imensos

⁹ Entrevista Diretor Hospitalar

interesses instalados, realmente há... e que não foram debelados [...]por isso é que eu lhe digo que tenho muitas dúvidas se essa questão das compras em grupo [...] são efetivamente economicamente muito vantajosas”. Ainda nesta dimensão foram apontados problemas de disponibilidade de medicamentos resultante da limitação de stocks das farmacêuticas.

Nas restantes dimensões serão apontados os seguintes temas: na dimensão “dinamismo e mudança” a necessidade de desenvolvimento de uma política de envolvimento e partilha de informação de todos os dirigentes, chefias e profissionais, a procura da diferenciação e referenciação em algumas áreas específicas como forma de captar e fixar os profissionais na organização, a investigação como forma de tratar os doentes com medicamentos inovadores, a abordagem do custo dos inovadores ter que incorporar os ganhos de saúde futuros, apontando o caso do tratamento para a hepatite C. O problema da sustentabilidade do sistema com todos os inovadores que foram incorporados no sistema, com um dos diretores a comentar *“isto acontece muito em duas áreas, que são a oncologia e o VIH/Sida e depois também as áreas que trabalham com biológicos... mas será que podemos ter tudo? Essa é a questão.”.* Para um dos administradores, a reforma dos hospitais deve passar por *“rupturas processuais, legislativas, de modelos organizacionais”* como forma de se obter a desejada sustentabilidade e os ganhos em saúde.

Na dimensão “resistência e conflito” destaca-se o tema “ambiguidade e identidade” com as questões da insatisfação e desmotivação dos profissionais por diversos motivos: a redução do vencimento e da remuneração das horas extraordinárias, o aumento não remunerado do horário de trabalho, as carreiras congeladas ou não regulamentadas, a diferença de remuneração em relação aos tarefeiros, com um dos diretores a referir *“(os médicos) mais velhos vêm com muito maus olhos esta questão da diferença do preço/hora. Há uns anos atrás a diferença do preço/hora não era tão gritante passou a sê-lo quando passamos a ter um tarefeiro que muitas vezes vem ou não vem, geralmente é menos diferenciado e menos capaz do que as pessoas dos hospitais em geral... ganha efetivamente muitas vezes o dobro do que ganha um individuo da casa”* e a concluir *“qualquer dia não vale a pena vir trabalhar. É o que as pessoas dizem, os enfermeiros, os auxiliares, todos dizem, que um dia vale mais ficar em casa com a família ao sábado ou a domingo do que estar aqui.”.* Outra das questões ressaltadas reporta para o conceito “compromisso da formação” com o discurso *“Portanto ficámos com os muito novos, os mais velhos em topo de carreira. Os próprios internos acabam por se queixar disso, eles próprios sentem isso, muitas vezes a dificuldade... há ali um hiato. E isto também tem repercussões até na própria formação.”.* E a questão das carreiras a ser partilhada por duas dimensões: “resistência e

conflito” com o tema “ambiguidade e identidade” e “identificação e tradição” com o tema “complexidade e conhecimento”. Na primeira, sobre a regulação efetuada pelas associações profissionais com a sobreposição, senão mesmo inversão dos papéis entre Ordens e sindicatos. Na segunda dimensão pelo comentário de um dos administradores que realçaria que a Saúde tinha sido um sector que, no plano das carreiras, aproveitou a crise para através de negociação política, retomar a dinâmica e o referencial das Carreiras.

Quadro 4.8. Processo de análise dos dados a nível meso obtidos de acordo com a metodologia de Gioia

Conceitos primeira ordem	Temas	Dimensões agregadas
NÍVEL MESO		
Administradores a referir a perda do controlo de gestão	controlo e normas	controlo e desempenho
Diretores a referir compromisso dos serviços, por não renovação dos quadros e prestação de serviços		
Administradores a promover a negociação interna, o ambulatório, os cuidados de especialidade de proximidade, a visão integrada com os profissionais de saúde	desempenho e mercado	
Administradores a admitirem falhas na implementação dos processos de gestão empresarial		
Diretores referindo a desmotivação dos profissionais e das equipas pela desvalorização do trabalho profissional	Ambiguidade e identidade	

4.6.3. Atores e lógicas institucionais a nível micro

A nível micro procuramos obter a perspetiva dos profissionais de saúde, designadamente médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos de saúde de várias áreas e administrativos dos dois hospitais públicos portugueses selecionados para o estudo de caso. Como forma de obtermos uma maior abrangência selecionamos em cada um dos hospitais, um serviço da área cirúrgica, especificamente o serviço de cirurgia geral, um serviço da área médica, o serviço de oncologia médica, um serviço de apoio clínico, o serviço de radiologia, e um serviço de apoio transversal ao hospital, abrangendo um grupo profissional específico, a farmácia hospitalar.

No hospital do grupo D, entrevistamos nove médicos, cinco enfermeiras, um farmacêutico, dois técnicos de saúde e três administrativas. No centro hospitalar do grupo E entrevistamos seis médicos, dois enfermeiros, dois farmacêuticos, três técnicos de saúde e

três administrativas. Procuramos sempre que possível entrevistar diretores médicos e de enfermagem dos serviços, diretores de farmácia, especialistas médicos, de enfermagem ou farmacêuticos, internos da especialidade ou enfermeiras juniores, técnicos coordenadores ou de diferentes categorias. Com base nestas entrevistas identificamos os principais conceitos, temas e dimensões das lógicas e os mecanismos associados expressos no discurso destes elementos.

Profissionais médicos

Na análise do discurso dos médicos dos hospitais em estudo, verificamos um predomínio dos temas “desempenho e mercado” e “controlo e normas” na dimensão “controlo e desempenho”. No primeiro tema “desempenho e mercado”, os conceitos “não renovação profissionais”, “contratualização serviços”, “compromisso da qualidade” e “compromisso das equipas” são referidos no discurso da maioria dos profissionais médicos, expressando as dificuldades identificadas nos serviços. O primeiro, “não renovação profissionais”, que se repete no segundo tema, surge associado ao conceito do “compromisso do serviço e equipas” conforme é expresso por um dos profissionais médicos: *“existe muita dificuldade em encontrar elementos que possam assegurar o serviço de urgência, que acaba por ser assegurado por empresas. Aquilo que sucede é que quando se chega ao dia, esse elemento pura e simplesmente não aparece¹⁰”*. Este compromisso do serviço de urgência aparece igualmente associado à menor diferenciação dos elementos nas equipas, *“a saída de uma grande faixa de especialistas para o serviço privado, há falta de especialistas e que estão a ser colmatadas com internos diferenciados e portanto as equipas são constituídas na sua grande parte por internos¹¹”*. Esta desintegração das equipas, base de trabalho nos serviços clínicos hospitalares compromete a qualidade dos cuidados de saúde tal como é referido por outro profissional: *“Se não há equipas não há formas de trabalhar com continuidade, se não há formas de trabalhar com continuidade, não há qualidade naquilo que se faz¹²”*. A pressão identificada nos serviços hospitalares resultante da não renovação de profissionais é compensada pelo esforço dos elementos restantes nos serviços, sobretudo pelos elementos mais novos, os internos da especialidade, conforme é referido por um deles: *“já nos propuseram aumentarmos o nosso horário mas a verdade é que eu faço urgência... já*

¹⁰ Entrevista médico especialista

¹¹ Entrevista médico interno

¹² Entrevista médico interno

*fazemos às vezes 80 horas semanais e não dá para aumentarmos mais o nosso horário*¹³”. Para um dos diretores de serviço, esta situação compromete a formação dos seus internos: *“Não posso ter internos a fazer duas urgências de 24 horas por semana, a ver 70 doentes no balcão [...] nós estamos aqui a suprir uma deficiência do serviço de urgência, que não é nossa. Não faz qualquer sentido*¹⁴”. Este “compromisso da formação” também é identificado nos serviços de apoio clínico, com um dos responsáveis a arguir: *“A formação é muito complicada porque a administração não quer que a gente baixe números. Há anos que ando a tentar ter uma reunião à quarta-feira uma vez por mês [...] está muito difícil, muito difícil. Hoje para mim ter reuniões ou preparar um congresso sai tudo à custa de trabalho extra*¹⁵”.

O “compromisso da qualidade” surge repetidamente no discurso dos profissionais, e não apenas neste tema, com outro dos profissionais médicos a referir, a propósito da prestação de serviços que *“tudo o que é prestação de serviços externo diminui efetivamente a qualidade porque como sabe os concursos externos são concursos ao mais baixo preço [...] as tabelas de preço têm preços que estão em muitos casos abaixo do preço de custo... ou fazem metade dos cortes, ou não injetam contrastes ou o contraste é diluído ou o médico não tem experiência nenhuma*¹⁶”. E vai mais longe argumentando que na cirurgia é o mesmo, ou pior, pois os doentes *“vêm a uma consulta, ficam numa lista de espera até serem chamados e o doente é operado não sabe por quem e depois é visto por outro. Chega-se a um pouco de descaracterização das pessoas serem tratadas quase como num talho*¹⁶”. Os fatores que condicionam este compromisso da qualidade parecem estar a afetar igualmente o profissionalismo dos médicos com um dos entrevistados a referir *“para mim é escandaloso não haver um critério de qualidade dos exames no hospital [...] fiz esta pergunta à diretora deste serviço: então mas como é que é feito o critério de qualidade dos nossos exames. Respondeu que não existe*¹⁷”. A pressão existente sobre os serviços para a produção como fator condicionante deste “compromisso do profissionalismo” é evidente no discurso de outros dos profissionais: *“eles medem o serviço não em termos de trabalho publicado, formação de equipa, de formação de internos mas reduzem isto a um número de exames que eles querem cada vez mais... somos confrontados diariamente com a taxa de ocupação do tempo médico dentro das salas a produzir exames*¹⁸”.

No segundo tema “controlo e normas”, os conceitos “controlo Estado despesa”,

¹³ Entrevista médico interno

¹⁴ Entrevista diretor de serviço

¹⁵ Entrevista médico especialista

¹⁶ Entrevista diretor serviço

¹⁷ Entrevista médico interno

¹⁸ Entrevista médico especialista

“controle Estado na contratação”, “controle profissionalismo” e “compromisso das equipas” predominam no discurso da maioria dos profissionais médicos entrevistados. O tema “controle Estado da despesa” surge frequentemente associado à “internalização” da realização de exames complementares de diagnóstico nos hospitais, sem que estes tenham capacidade de resposta, tal como é expresso por um dos entrevistados: *“a não-autorização da realização de exames complementares de diagnóstico fora do hospital, os doentes muitas vezes andam durante meses a aguardar o exame complementar de diagnóstico”*¹⁹. Esta expressão acentua-se do lado de quem tem de dar resposta a estes pedidos: *“em agosto de 2011 saiu uma norma do Ministro Paulo Macedo em que os hospitais eram responsáveis pela realização dos métodos de imagem, sobretudo de ecos e TAC [...] A partir dessa data foi o caos. Instalou-se o caos completamente. Porque ao serviço chegam a chegar mais de mil pedidos das consultas externas de ecografias e tomografias computadorizadas, que não temos qualquer capacidade para realizar”*²⁰. Para o mesmo responsável médico esta incapacidade de resposta está associada, entre outros fatores à falta de médicos, nas suas palavras: *“não há médicos. Gravíssimo. Porque é assim, nos últimos 4 anos, não entra ninguém. Nos últimos 4 anos não entra absolutamente ninguém [...] os internos que formamos vão-se todos embora, porque depois não podem ficar aqui e portanto estamos numa situação perfeitamente caótica”*. Este conceito do “controle de Estado na contratação” surge associado a outros domínios e temas, no discurso dos profissionais médicos, pelo impacto que condiciona na atividade de todos os serviços. As razões apontadas são variadas mas podem ser resumidas no discurso de um dos profissionais médicos: *“há serviços que têm vindo a ser quase que expurgados de elementos que vão para fora. Porque se reformam, porque têm alternativas mais atrativas em termos de projeto (ou de) “income” económico, financeiro”*²¹. As consequências apontadas pelos profissionais médicos para este compromisso vão desde o compromisso na formação, segundo um dos médicos internos: *“há mais doentes a recorrerem ao serviço e cada vez menos especialistas com tempo para fornecer para o hospital, o que é mau [...] se não houver cá ninguém para nos ensinar não vai haver formação como deve de ser”*, até aos impactos futuros da situação atual relacionados com a necessidade de renovação dos quadros médicos. A gravidade da situação pode ser resumida nas palavras de um dos diretores de serviço: *“47 ou 48% de médicos no departamento, no quadro, que têm 60 ou mais anos. Acima dos 50, quase 90%. Praticamente não tenho gente*

¹⁹ Entrevista médico especialista

²⁰ Entrevista diretor de serviço

²¹ Entrevista médico especialista

jovem [...] não temos conseguido contratar gente nova para assegurar o futuro [...] esse problema é particularmente crítico em especialidades muito técnicas porque são as especialidades em que a formação se prolonga para além do final do internato. A não contratação neste momento compromete não o presente mas compromete daqui a dez anos”. A estes aspetos devemos associar o “compromisso profissionalismo” que é apontado em várias ocasiões pelos entrevistados, e pode ser ilustrado pelo discurso de um dos diretores de serviço: *“Ora como em Portugal o seu emprego, gastarem muito ou gastarem pouco é igual, ninguém é avaliado por aquilo que faz, isto não tem saída. As pessoas gastam, pedem, fazem e acontecem e por muito que os diretores tentem impor limites isto não se consegue. Não há uma cultura de eficiência junto dos médicos, porque para eles é irrelevante. Ganham muito mal, ganham o mesmo, não saem do sítio onde estão, portanto é igual”.* Sendo uma das razões apontadas para este problema a falta de uma hierarquia profissional nos hospitais: *“antigamente o diretor clínico era nomeado pelos pares, era uma pessoa que estava ali para defender os serviços e os doentes. Agora o diretor clínico é nomeado pelo Estado [...] quando era por iniciativa interpares, o diretor clínico ficava de alguma forma ligado aos pares e assim não fica. Assim fica ligado à administração e a situação atual é de receber ordens”²².* Dois outros aspetos referidos no discurso de responsáveis médicos são a “centralização”, com limitações do financiamento hospitalar e imposições como *“o orçamento menos 5 por cento para todos, para tratar o mesmo número de doentes ou mais”* associada à perda de autonomia a nível local, com as administrações sem capacidade para tomar decisões e limitadas pela “lei dos compromissos”. O outro aspeto relevante está relacionado com os medicamentos inovadores, com um dos responsáveis a explicar *“nós não queremos fazer AUE^{ccxcvi}. Eu não quero fazer AUE, eu quero que decidam sobre os fármacos, decidam e assumam a sua responsabilidade, ou se pode fazer ou não se pode fazer. Ou há uma verba e um orçamento para uma determinada droga, ou não há, e digam abertamente [...] E quem decidir isso decide e assume essas responsabilidades, agora não podem é transportar para os médicos a responsabilidade de fazer ou não fazer uma droga”²³.* Outro dos responsáveis refere que as limitações vão muito para além dos conselhos de administração dos hospitais: *“há medicamentos que são aprovados pelo Infarmed mas é preciso o Secretário de Estado dê o acordo, cabimento financeiro... há administrações hospitalares que fazem visões políticas do medicamento”²⁴.*

²² Entrevista diretor de serviço

²³ Entrevista diretor de serviço

²⁴ Entrevista diretor de serviço

Nas restantes dimensões são apontados os seguintes temas: na dimensão “dinamismo e mudança” a disponibilidade identificada de medicamentos e dispositivos nos serviços, a recomendação quase unânime dos hospitais públicos pelos profissionais, a disponibilidade para colaborarem na elaboração de protocolos e *guidelines* nos serviços, a visão partilhada com gestores sobre critérios de eficiência nos serviços referidos por alguns médicos e o apoio expresso, com o pagamento de vários cursos, na formação dos internos em um dos hospitais.

Na dimensão “resistência e conflito” sobressai como tema mais relevante a “ambiguidade e identidade” resultante das restrições na contratação que limitam a perspetiva profissional dos médicos internos e comprometem o futuro dos serviços, a insatisfação e desmotivação dos profissionais associados a redução do vencimento e das horas extraordinárias, as carreiras congeladas e a falta de perspetiva de progressão dos médicos especialistas, com um dos diretores de serviço a referir: “*A carreira acabou, fechou. Agora fizeram-se uma data de concursos para chefes de serviço, eu acho que se fizeram porque qualquer dia não havia elementos para os júris*”. Outros conceitos recorrentes no discurso dos médicos é o compromisso na formação dos profissionais médicos, com repercussões na prática clínica como referia um dos especialistas: “*(a) maioria dos clínicos já não sabem ver a imagem. Antigamente pediam o exame ao doente ainda olhavam para o RX. Já não pedem RX, pedem uma TAC mas já não olham para a TAC, olham para o relatório*”; a desmotivação e o compromisso do profissionalismo nos serviços de apoio, pela pressão e condições de trabalho existentes, com um dos especialistas a expressar: “*Eu nunca vi os doentes tão descontentes, os profissionais tão desmotivados e não conseguimos dar resposta aos exames que são solicitados*”; a preocupação pela legitimidade externa ilustrada no discurso de um dos diretores de serviço: “*e isso foi o que mais me custou na crise, houve doentes que pensaram que nós estávamos a fazer certas opções pelo menor preço, influenciados por aquilo que era dito nos Media e que alastrava a ideia de que as pessoas não iam receber os medicamentos que necessitavam. Alguns deles perguntaram-nos amavelmente e punham a questão se nós estávamos a fazer a melhor opção para eles ou não, e se não podiam receber as melhores opções noutros locais²⁵*”. No domínio “resistência e conflito” a falta de transparência na colocação dos doentes nas unidades de cuidados paliativos ou continuados, a burocracia administrativa do Estado a impor um modelo de avaliação inadequado ou como é expresso por um dos profissionais médicos: “*O SIADAP, eu penso que é um método perfeitamente burocrático e carreirista de avaliar o trabalho médico.*

²⁵ Entrevista diretor de serviço

O trabalho médico não se avalia assim”, a incapacidade do Estado de desenvolver programas e aproveitar os seus próprios investimentos, a falta de objetivos claros nas organizações, sem uma “Missão e Visão” definidos. No tema “complexidade e conhecimento” a luta constante para cumprir os tempos adequados no tratamento dos doentes oncológicos e o acesso aos medicamentos inovadores, as questões da certificação e qualidade do exercício técnico, o papel de regulador da Ordem dos Médicos pouco percebido nos hospitais, o funcionamento dos serviços assegurado à custa dos médicos internos.

Profissionais de enfermagem

Na análise do discurso dos enfermeiros dos hospitais em estudo, verificamos um predomínio do tema “ambiguidade e identidade” na dimensão “resistência e conflito”, com menor incidência no tema “controlo e normas” na dimensão “controlo e desempenho” e “partilha e redes sociais” na dimensão “dinamismo e mudança”. No primeiro tema “ambiguidade e identidade”, os conceitos de “desmotivação”, “compromisso do profissionalismo”, “falta de perspetiva de carreira” e “problemas de progressão” são recorrentes no discurso da maioria dos enfermeiros, independentemente da sua categoria profissional. O primeiro, “desmotivação”, surge associado ao conceito do “controlo Estado na despesa” e pode ser ilustrado pelo discurso de uma enfermeira-chefe: *“a nível dos enfermeiros oiço todos os dias, reclamações, descontentamentos, por tudo... as pessoas sentem-se desmotivadas porque lhe foi aumentado a carga de trabalho semanal, sem qualquer tipo de remuneração. E além disso, cortaram-lhe ainda no vencimento. Portanto as pessoas foram duplamente penalizadas”*. Este argumento repete-se no conceito do “compromisso do profissionalismo”, onde é expressa a menor disponibilidade para o serviço, para fazer mais horas de trabalho, o menor empenho profissional e a valorização de outros aspetos da vida *“as pessoas começam a dar valor a outras coisas. As pessoas se calhar dão mais valor ao facto de poderem estar com a família... ou a dar outro suporte lá fora e já não há tanto este empenho profissional²⁶”*. Este aspeto de valorização da família é um tema repetido na justificação para não investir numa especialidade e na “falta de perspetiva carreira”: *“Como especialidade não tenho motivação. É caro, depende em termos de tempo pessoal, profissional - tenho uma filha – esta parte familiar também conta muito [...]em termos de estágio também é complicado, não nos dão horas do serviço, tem de ser sempre*

²⁶ Entrevista enfermeira sénior

*extra*²⁷”. O mesmo aspecto do “compromisso do profissionalismo” é repetido a propósito da não contratação de mais profissionais e das substituições frequentes, resultando em cansaço físico, desgaste psicológico e deterioração das relações nas equipas; e em relação à impossibilidade de desenvolvimento de novos projetos por falta de um número adequado de elementos nos serviços. Os conceitos “falta de perspectiva de carreira” e “problemas de progressão” são identificados por todos os enfermeiros e pode ser ilustrado por uma jovem enfermeira que refere: *“Uma grande frustração, desilusão... quer tenha um mestrado ou especialidade, como não tenha nada, como sendo bom profissional, como seja mau profissional [...]eu tenho uma especialidade, e tenho um mestrado, e não sou reconhecida como tal, nem como licenciada sou reconhecida [...] Não temos funções, para além de enfermeiro generalista... exigem mais de nós, e não somos reconhecidos como tal. Nem monetariamente”*.

No tema “controlo e normas” identificamos como conceitos mais relevantes “controlo Estado na despesa” que se associa a “compromisso profissionalismo”, “compromisso das equipas” e “compromisso qualidade” e ainda “controlo Estado na contratação” em relação com os três conceitos anteriores. As principais ideias que saem do discurso dos enfermeiros nestes temas é a sobrecarga horária, o cansaço físico e mental, e o desgaste associado que era patente no discurso do elemento da Ordem dos Enfermeiros. No caso dos enfermeiros entrevistados o seu discurso pode ser ilustrado pela afirmação: *“porque as pessoas estão mais cansadas fisicamente também o que leva a uma menor segurança [...] Não contratam. Atualmente não se está a contratar, daí a grande diminuição de pessoal, ficámos a trabalhar no limite mínimo*²⁸”.

Outro elemento subjacente no discurso é a perda de referências profissionais, discurso já anteriormente ilustrado nos médicos: *“Para quem estava no hospital há tanto tempo foi muito doloroso ver sair profissionais que eram a nossa referência [...]Estamos a falar de profissionais, alguns deles até com quem tivemos o privilégio de abrir a organização... há uma saída de referência, de conhecimento, uma ausência de apoio de quem fica e precisa dessa referência e desse conhecimento e ele deixa de existir*²⁹”.

No tema “partilha e redes sociais”, surgem os conceitos do controlo dos profissionais, da promoção e do apoio do serviço e profissionalismo, refletido no espírito de equipa e de colaboração entre os profissionais, que pode ser ilustrado pelo seguinte comentário: *“Tenho*

²⁷ Entrevista enfermeira júnior

²⁸ Entrevista enfermeira sénior

²⁹ Entrevista enfermeira-chefe

colegas que acho que não vou encontrar noutro serviço. O que falta... é a falta de organização em termos administrativos. Às vezes há coisas que podiam correr melhor se tivessem a retaguarda mais organizadas³⁰”;

Nas restantes dimensões referenciamos: na dimensão “identificação e tradição” os problemas dos doentes que são mais complexos e requerem mais cuidados, que nem sempre se conseguem fornecer; dos doentes com dificuldades financeiras e sociais que condicionam as condições de saúde à entrada e as altas hospitalares; o problema do material de uso comum, de menor qualidade, que implica mudança de sistemas de soros e dispositivos, com sobrecarga de trabalho para os enfermeiros e aumento do risco de infeções para os doentes; no tema “desempenho e mercado” na dimensão “controlo e desempenho” sobressai a pressão sobre os profissionais de enfermagem para não faltarem e o problema dos rácios de enfermeiros aos fins-de-semana, ilustrado pelo comentário de um dos enfermeiros: *“fins-de-semana e feriados parece que há menos doentes, e aí diminuem os rácios todos. Ao fim-de-semana é uma exploração, sinceramente chego ao sábado e ao domingo, chego aos feriados e reduzem os elementos, quer auxiliares, quer enfermeiros³¹”*.

Profissionais farmacêuticos

Na análise do discurso dos farmacêuticos dos hospitais em estudo, verificamos um predomínio da dimensão “controlo e desempenho” associado aos temas “controlo e normas”, e “desempenho e mercado” e a dimensão “resistência e conflito” associada ao tema “ambiguidade e identidade”. Na primeira dimensão, o tema “controlo e normas” surge associado aos conceitos “controlo Estado na despesa”, “centralização”, “compromisso serviço e material” e “compromisso da qualidade”. Os primeiros dois reportam para a Lei dos Compromissos e Pagamentos em Atraso das Entidades Públicas^{ccxcvii}, que criaram dificuldades na gestão da farmácia hospitalar conforme é referido por um dos responsáveis: *“tivemos um período particularmente difícil que teve a ver com a lei do compromisso... ceder medicação aqui na farmácia do ambulatório para uma semana, nalguns casos para três dias [...]Penso que aí de facto houve, enfim, da parte do legislador se calhar alguma falta de sensibilidade a este nível, mas a lei é para se cumprir, como é óbvio... tivemos aí um período de outubro (2013) até janeiro/fevereiro do ano seguinte muito mau em que de facto houve um prejudicar dos doentes... não houve interrupções mas é que muitas pessoas até vindo muito*

³⁰ Entrevista enfermeira-júnior

³¹ Entrevista enfermeira-júnior

longe do hospital tinham que voltar com muita frequência para vir buscar a medicação”.

O conceito “controlo Estado despesa”, surge ainda associado ao bloqueio à inovação, com a referência por um dos responsáveis à questão da entrada no mercado de medicamentos como o da hepatite C, que sendo extremamente eficazes foram restringidos pela crise e pelo preço.

O conceito “compromisso serviço, material” surge associado à “não renovação de profissionais” e ao “compromisso da qualidade”, com a não realização de processos secundários, como a dupla verificação da medicação enviada para os serviços hospitalares, o acumular de procedimentos não urgentes, a substituição na realização de tarefas entre grupos profissionais. Na expressão de um dos responsáveis farmacêuticos entrevistados: *“gestão de equipa o que é que temos: pessoas a trabalhar mais horas, a ganharem menos, pessoas a não serem substituídas, temos um desgaste [...]quando nós temos menos recursos e temos que fazer a mesma coisa não há milagres... Sobrecarregamos as pessoas, há procedimentos ou processos secundários de controlo que podem não ser feitos porque há prioridades”.*

No tema “desempenho e mercado” destaca-se a negociação entre o governo e a indústria que conseguiu impor uma descida pronunciada dos preços dos medicamentos e o conceito “mercado a maximizar os resultados” com os problemas relacionados com as rupturas de medicamentos que são baratos e que saem do mercado por decisão da indústria farmacêutica.

Na segunda dimensão “resistência e conflito” associada ao tema “ambiguidade e identidade”, surge o conceito do “compromisso de formação”, com a indicação dos estágios de farmácia hospitalar estarem a ser feitos ao abrigo de um programa do IEFP, de um ano, quando seriam precisos quatro anos para formar de forma adequada um farmacêutico hospitalar, conforme é referido por um dos diretores farmacêuticos: *“ao nível da formação, das carreiras, do período formativo que estão completamente viradas do avesso [...]estão a entrar nos hospitais agora vários profissionais que entram para estágios profissionalizantes de um ano. O hospital paga uma ninharia e para pontos muito importantes. Portanto ao fim do ano vão-se embora e entram outros”.* Esta situação condiciona uma diminuição franca da qualidade dos processos realizados dado que *“temos segurança se os processos estiverem muito bem estabelecidos e mesmo estando há sempre pontos de ruptura e que acontecem agora e que eventualmente já aconteciam antes”³²* e poderá ter uma consequência mais grave a longo prazo como é sublinhado pelo mesmo responsável *“a questão da formação sinto que*

³² Entrevista a diretor farmacêutico

se está a perder em termos de equipa, que está ali coesa e que tem capacidade formativa e que investe na formação está no seu limite, desinveste... Isso vai ter o tal impacto presumivelmente daqui a alguns anos”. Outro conceito associado é “falta perspetiva carreira”, com outro dos farmacêuticos a referir que a carreira já foi revista e negociada, mas nunca foi implementada, e que cerca de dois terços dos farmacêuticos hospitalares não têm carreira. Para outro dos farmacêuticos entrevistados, a questão da falta de perspetiva de carreira é que está a condicionar as saídas de profissionais, a maioria porque *“resolveram ser médicos [...]temos muitos técnicos que querem ser farmacêuticos. As pessoas estão todas descontentes com a vida.”*

Ainda na dimensão “resistência e conflito” destaca-se o tema “oposição e conflito” com o problema das burocracias administrativas na escolha de material, pelo critério único do dispositivo ou sistema mais barato, selecionado por elementos sem experiência na área e que podem condicionar situações como a descrita por outro dos farmacêuticos: *“Um dispositivo médico que estraga medicamento, um medicamento que custa... sei lá... quinhentos, mil euros uma ampola, estamos a comprar um dispositivo que é mais barato, porque custa em vez de três cêntimos custa dois cêntimos e depois deitamos 1000 euros para o lixo, por defeito do dispositivo médico”*.

Na dimensão “identificação e tradição” sobressai o conceito da “legitimidade externa” da organização relacionada com os medicamentos inovadores disruptivos como os fármacos da hepatite C, e a pressão exercida pelos doentes e pelos órgãos de comunicação social como é identificado por um dos diretores: *“até ao advento da hepatite C que, sem dúvida nenhuma, tornará este ano de 2015 histórico em termos de um aumento brutal de custos... temos neste momento quinhentos e muitos doentes autorizados [...] em sede de comissão nacional foram definidos critérios que de facto foram critérios iniciais muito limitativos, muitos restritivos, mas agora de um momento para o outro caiu-se no extremo oposto. As indicações que existem é que é para tratar toda a gente. A expectativa neste momento é que todo doente que tem hepatite C seja qual for o seu genótipo, seja qual for a gravidade da sua doença quer ser tratado e está a ser tratado³³”*. Ainda em relação com o conceito da “legitimidade externa”, é colocado em destaque a questão do compromisso da qualidade que na preparação de certos fármacos como os citotóxicos^{ccxcviii} pode significar a diferença entre a vida e a morte de um doente mesmo nas mãos de profissionais muito competentes conforme é expresso por um dos responsáveis farmacêuticos: *“posso ter alguém espetacularmente bem formado com uma*

³³ Entrevista diretor farmacêutico

capacidade de trabalho impressionante, essa margem de erro pequena na área, por exemplo, dos citotóxicos a preparar, se eu tiver o erro ali pode ser fatal”.

Por último, na dimensão “dinamismo e mudança”, o tema “partilha e redes sociais” com um maior envolvimento de todos os profissionais da saúde na definição de protocolos e esquemas de medicação mais adequados clínica e economicamente, situação que nas palavras de um dos farmacêuticos seria impensável há dez anos: *“Chegar (a) um corpo clínico mais diferenciado e dizer: “Ah, eu tenho aqui um medicamento mais barato [...] as pessoas estão mais envolvidas, mudou bastante o paradigma”.*

E no tema “projeção no futuro” a forma como foi resolvido o problema do fornecimento de medicação de ambulatório para doentes residentes no Alentejo e Algarve: *“numa conversa quase informal (descobri que) há uma rede de transportes, entre hospitais, carros com sangues, para as faculdades, Ricardo Jorge... há um transporte, um vaivém de motoristas, não é, que não está identificado. Sinalizamos, quando temos medicação para enviar para os doentes, o carro que vem a Lisboa faz aqui um pequeno desvio [...] leva a medicação que está identificada, somos nós que a compramos, e somos nós que identificamos a saída [...] Começamos com vinte e tal doentes em Portimão, e depois fizemos um “survey” passado dois ou três meses a todos os doentes: 100%. Todos os doentes disseram que estavam satisfeítíssimos [...] uma coisa simples, de custos praticamente zero, é o desvio do carro, que vai a Lisboa, desvia aqui e segue, não é?”³⁴.*

Técnicos de saúde

Na análise do discurso dos técnicos de saúde dos hospitais em estudo, verificamos um predomínio do tema “ambiguidade e identidade” na dimensão “resistência e conflito”, o tema “controlo e normas” associado à dimensão “controlo e desempenho” e o tema “partilha e redes sociais” na dimensão “dinamismo e mudança”. No primeiro tema “ambiguidade e identidade”, os conceitos mais referenciados são “desmotivação”, “controlo Estado na despesa” e “falta perspetiva carreira”. O primeiro conceito surge associado aos restantes e pode ser ilustrado pelo discurso de um dos técnicos: *“E a desmotivação. A desmotivação sentiu-se... das pessoas, a nível de vencimento é diferente e há uma desmotivação [...] sejam técnicos ou auxiliares, sinto que têm necessidades, tinham compromissos económicos e hoje vencem muito menos e há dias que eles chegam aqui que a gente sente que eles estão com problemas [...] A nível de carreira, de vencimento, não tem havido promoções como se sabe,*

³⁴ Entrevista a diretor farmacêutico

*na administração pública não há promoções e pior, temos a situação daqueles que nem carreira têm. Temos aqui profissionais com doze anos, com contratos individuais de trabalho e que ainda não têm carreira*³⁵. Ou, quem perante esta indefinição tivesse optado por estudar, tirando o curso de Ciências Farmacêuticas sem que isso lhe acrescentasse qualquer vantagem, remuneratória ou de carreira. No segundo tema “controlo e normas”, surgem os conceitos de “compromisso do serviço e material”, “controlo Estado na despesa”, “não renovação profissionais”, com a saída de técnicos por aposentação ou emigração a condicionar a diminuição dos quadros de pessoal e a limitarem os serviços. Outro dos problemas referidos é a qualidade dos materiais de consumo, como é ilustrado por outro dos técnicos: *“as agulhas, notamos que compraram mais barato e depois tiveram que voltar a trás e comprar porque não dava. Umhas seringas, daquelas de utilização de contraste em injector, também tentaram vir umas mais baratas, mas quando havia pressão elas rebentavam*³⁶”. O conceito sobre a “não renovação profissionais” surge associado ao “compromisso qualidade” conforme é expresso por outro dos técnicos: *“Aqui a nível profissional noto que temos cada vez que sai uma pessoa não é repostada outra portanto a nível de exigência de trabalho temos cada vez menos pessoas para o mesmo trabalho ou até mais trabalho [...] Não é que não se faça, mas depois perdemos noutras coisas, porque por exemplo a dose unitária agora não é conferida*³⁷”. No terceiro tema “partilha e redes sociais”, o fato das instalações serem novas surge como um elemento facilitador do desenvolvimento das atividades, conforme é expresso por um dos coordenadores dos técnicos: *“Aqui a nível interno sentimos que estamos a fazer melhor porque estamos noutras condições agora em relação há uns meses atrás. Fazíamos, não era aprovado pelo Infarmed, andávamos sempre nas inspeções e nas creditações aqui do hospital e agora sentimos que o nosso trabalho é mais proveitoso”*. A racionalização e a otimização dos recursos é apontado como um elemento que se desenvolveu em todos os profissionais de saúde, que não apenas nos técnicos, não sendo referenciado faltas de material, mas material de menor qualidade. Nas restantes dimensões sobressaem as questões relacionadas com o “compromisso da qualidade” e “legitimidade externa” associado ao tema “identificação colectiva” e referidos pelos técnicos de farmácia pelo problema dos erros associados à embalagem e distribuição dos medicamentos face à agilização dos procedimentos de segurança, o problema da manutenção dos equipamentos, mais espaçado e com mais avarias, a “contratualização de serviços” para colmatar as falhas nos períodos

³⁵ Entrevista coordenador técnicos de farmácia

³⁶ Entrevista técnico de radiologia

³⁷ Entrevista técnico de farmácia

críticos de férias e a baixa qualidade dos materiais de consumo corrente em todas as áreas.

Administrativos

Na análise do discurso dos administrativos dos hospitais em estudo, verificamos um predomínio do tema “ambiguidade e identidade” na dimensão “resistência e conflito” e o tema “controlo e normas” na dimensão “controlo e desempenho”. No primeiro tema, os conceitos predominantes são “controlo Estado na despesa” e “falta de perspectiva carreira”, com o primeiro a ser ilustrado pelo discurso de um dos administrativos: *“as pessoas estão mais ansiosas, estão mais nervosas, estão mais desgastadas, isto origina conflito no local de trabalho [...] à mínima coisa as pessoas irritam-se e exaltam-se e pronto, não sei se isto também tem a ver com esta dificuldade da crise e dos cortes, na parte dos salários das pessoas³⁸”* e o segundo conceito ilustrado pelo comentário de outra das administrativas que refere que as carreiras não existem. No segundo tema “controlo e normas”, sobressaem os conceitos da “não renovação profissionais”, “compromisso do serviço e material”, aspetos que se repetem em todos os grupos profissionais.

Nas restantes dimensões sobressai o tema “identificação colectiva”, com o conceito “compromisso social e compromisso equidade” a ser repetido nas diversas entrevistas como pode ser ilustrado pelo comentário: *“os doentes estão sujeitos... muito mais doentes a pagarem taxas moderadoras e os doentes não têm dinheiro para pagar as taxas, telefonamos a perguntar se podem vir fazer os exames e pagar no fim do mês a taxa”*. Ainda nesta dimensão mas associado ao conceito da “legitimidade externa” surge a pressão a que este grupo está sujeito perante a falta de resposta dos serviços e que pode ser ilustrado pelo discurso *“já estamos um bocadinho habituados a ouvir os descontentamentos das pessoas de fora... porque as pessoas têm os exames pedidos e a nossa resposta inicialmente não existia... é connosco que as pessoas normalmente têm aqueles desabaços iniciais e que normalmente não passam dali. Mas são desagradáveis³⁹”*.

³⁸ Entrevista administrativa farmácia.

³⁹ Entrevista administrativa radiologia.

Quadro 4.9. Processo de análise dos dados a nível micro obtidos de acordo com a metodologia de Gioia

Conceitos primeira ordem	Temas	Dimensões agregadas
NÍVEL MICRO		
Profissionais de saúde a referir o compromisso das equipas e da qualidade de cuidados	controlo e normas	controlo e desempenho
Farmacêuticos a referir o bloqueio entrada de medicamentos inovadores		
Profissionais de enfermagem a referirem a sobrecarga de trabalho e a menor qualidade do material de uso clínico		
Profissionais médicos disponíveis para discutir orientações terapêuticas, adoptar protocolos e normas nos serviços e partilhar estes objetivos com os outros grupos profissionais	partilha e redes sociais	dinamismo e mudança
Farmacêuticos preocupados com a não realização de procedimentos de controlo e segurança em muitas das tarefas do serviço	identificação colectiva	identificação e tradição
Profissionais de saúde a referirem a desvalorização profissional e a perda de autonomia percebida, falta de perspectiva de carreira	ambiguidade e identidade	resistência e conflito
Profissionais de enfermagem a manifestarem o cansaço e desmotivação, diminuição da remuneração e ausência de progressão na carreira		

4.7. Análise e Discussão

Na análise que desenvolvemos consideramos a estrutura do campo da saúde prévia a 2011 e a sua evolução até ao início de 2015, com um conjunto de concentrações e fusões entre agrupamentos hospitalares, a promoção de um grupo de parcerias público-privadas, com contratos de gestão de médio-longo prazo^{ccxcix} e o desenvolvimento de um número importante de unidades privadas de média-grande dimensão, em concorrência direta com os serviços públicos. Esta mudança da estrutura no campo da saúde promoveu a mobilidade de profissionais da saúde entre sectores, sobretudo no sentido público-privado e a sua carência relativa no campo da saúde.

Outro elemento que devemos ter em conta é a aparente relação entre a expansão da prestação de cuidados de saúde pelos privados e a sua diminuição nos serviços públicos. Em primeiro lugar pela diminuição do número de camas de agudos no sector público conforme referido no estudo do IASIST^{ccc} associado ao aumento do seu número nos privados. De acordo com Fernandes e Nunes (2016) o número de camas na região de Lisboa, para o

período 2004-2012, teve um incremento de 10,5% no sector privado. Se tomarmos em conta os últimos dados fornecidos pelo INE⁴⁰, em 2013 e 2014 verificou-se uma “diminuição da importância relativa da despesa em hospitais públicos (32% em 2013 e 31,3% em 2014)” com um aumento “em hospitais privados (10,2% em 2013 e 10,7% em 2014)”. Se considerarmos a despesa corrente em saúde das famílias verificamos que 89,6% foi aplicado “no financiamento em prestadores privados de cuidados de saúde em ambulatório, em farmácias, em hospitais privados e em todas as outras vendas de bens médicos”. De acordo com os mesmos dados registou-se um aumento do peso relativo da despesa em hospitais privados (+ 7,0 p.p.) e em prestadores privados de cuidados em ambulatório (+ 5,7 p.p.) entre os anos de 2000-2003 e 2014.

A nível da governação identificamos como elementos prévios relevantes que irão condicionar os atores e as lógicas institucionais no campo: a mudança da lógica do Estado para a lógica empresarial imposta pelo governo em 2002; em relação com esta mudança legislativa, as alterações dos regimes contratuais para os profissionais de saúde, com os contratos individuais de trabalho aplicados nos hospitais EPE; o aparecimento de novos atores a nível dos serviços e departamentos, os administradores intermédios, responsáveis pela gestão destas unidades; a alteração do modo de seleção dos diretores clínicos e de enfermagem, que passaram a partir de 2005 de uma eleição interpares para uma nomeação pelo governo; o controlo biométrico dos profissionais, iniciado em 2007, e que foi entendido pelos profissionais e pelas associações profissionais como uma tentativa de proletarização do seu estatuto (Oppenheimer, 1973)^{ccci}; o controlo de gestão inadequado, sem sistemas de informação e sem mecanismos de reportes adequados (Relatório da Primavera, 2010) e a ausência de integração dos profissionais médicos no processo de decisão (Barros, 2009).

Se analisarmos isoladamente as duas unidades de saúde em estudo, verificamos que ambas apresentam um problema de subfinanciamento e de sustentabilidade financeira, em relação com dívidas acumuladas, no final de 2014, de 300 milhões de euros no CH e de 81 milhões no HD^{ccci}.

O CH regista um encerramento de cerca de 250 camas, relacionado com a entrada em funcionamento de novos hospitais na sua zona de influência, quer público-privados, quer privados. De acordo com as informações obtidas nas entrevistas sofreu durante o período do estudo uma erosão do seu quadro de pessoal, com a saída de um número não quantificado de profissionais de saúde experientes que foram captados pelas novas unidades. Estes fatores

⁴⁰ INE, Conta Satélite da Saúde, 2000-2015Pe

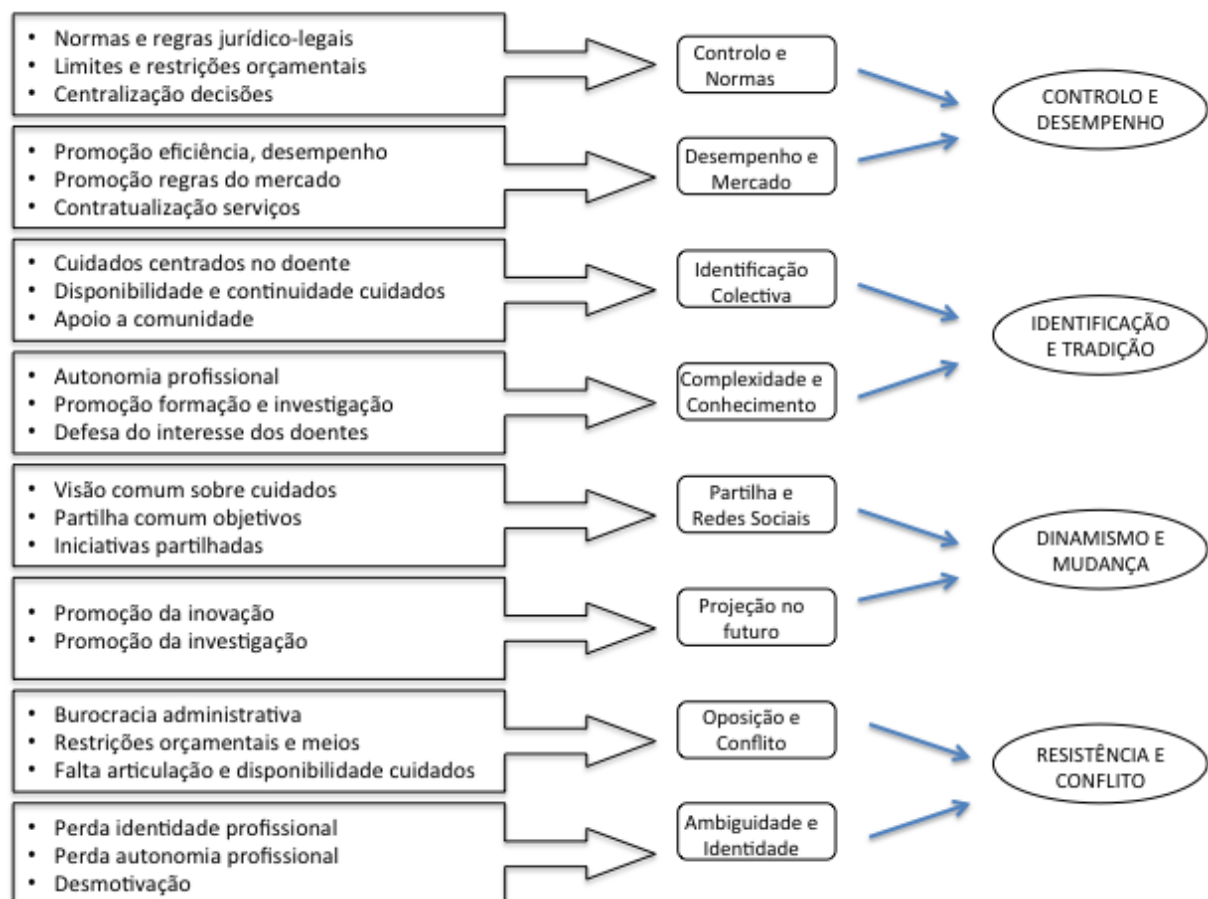
terão contribuído para a diminuição da capacidade de produção verificada ao longo dos quatro anos. Se analisarmos os indicadores de qualidade previamente definidos ^{ccci} verificamos que apresenta em 2014 uma taxa de mortalidade bruta de 5,4%, para uma média de 4,2% do seu grupo, que poderá estar associada ao aumento de complexidade dos casos tratados. Se analisarmos as infeções associadas aos cuidados de saúde verificamos uma preocupação no desenvolvimento de programas internos de controlo e combate à infeção e a adesão ao programa promovido pela Gulbenkian “STOP infeção hospitalar”. Apesar disto, os dados existentes na ACSS, *Benchmarking* Hospitais, em dezembro de 2015, mostram que o CH apresenta o pior valor do índice “sepsis pós-operatório por 100.000” para os hospitais do grupo, situação que se repete para a taxa de readmissões não programadas com um valor de 10,81%. Estes indicadores apontam para problemas na prestação de cuidados e na orientação das altas hospitalares que podemos igualmente perceber nas entrevistas realizadas. E está em linha com um outro estudo que analisa a crise e o seu impacto nos cuidados hospitalares em Portugal (Perelman *et al.*, 2015) que demonstra um tempo de internamento mais curto, que de acordo com este autor poderá refletir maior eficiência dos hospitais ou “menor qualidade para os cuidados prestados ^{ccciiv}”. Em relação com a taxa de cesarianas este CH apresenta um valor de 26,4% em 2014, para um valor médio de 30,1% no grupo de hospitais do mesmo grupo. Nas entrevistas realizadas no hospital, do total de dezassete profissionais de saúde, catorze recomendam o hospital, um manifestou dúvidas e dois não recomendariam.

O HD apresenta uma diminuição da capacidade de internamento de vinte camas entre 2011 e 2014, defrontando-se com o mesmo problema do CH com a saída de profissionais de saúde qualificados para as parcerias público-privadas e para os grupos privados. Existem problemas crónicos no serviço de urgência relacionados com o subdimensionamento, a falta de condições de trabalho e a dimensão/composição das equipas que estiveram na base do pedido de demissão das chefias de urgência no início de 2015. A não contratação de profissionais, nomeadamente de médicos e enfermeiros é apontado pelos entrevistados como um dos problemas mais graves da unidade, e que estará na base da diminuição da produção do hospital associado ao protelamento das altas por problemas sociais. Os indicadores de qualidade analisados mostram valores medianos para o grupo onde este hospital está inserido, com um índice de mortalidade ajustado ao risco (IMAR) de 1,14 para uma média de 1,15 do grupo, a existência de programas de prevenção e combate às infeções, uma avaliação externa pelo SINAS ^{cccv} com nota máxima, um índice “sepsis pós-operatório por 100.000” com um valor acumulado de 1.594, uma taxa de readmissões não programadas ajustadas ao risco (IRAR) de 0,8473 (cf. ACSS, *Benchmarking* hospitalar) e uma taxa de cesarianas de 21,6%

para “percentagem de partos cesariana em gestações unifetais, cefálicas, a termo”. No total de 21 entrevistas realizadas a profissionais de saúde, 19 recomendariam o hospital, com um a manifestar dúvidas e um a não recomendar. Neste hospital sobressai como elementos negativos a taxa de rotação que subiu de 13,6% para 17,6%, a taxa de absentismo que passou de 9% para 12,9%, e o aumento em 37% da prestação de serviços que passou de 96.361 horas para 131.768 horas em 2014.

A resposta dos atores a nível do campo podem ser agrupadas em torno das quatro dimensões agregadas resultantes dos conceitos e temas identificados (Figura 4.2. Estrutura de dados de acordo com metodologia de Gioia).

Figura 4.2. Estrutura de dados de acordo com metodologia de Gioia



4.7.1. Controlo e desempenho

A assinatura do Memorando de Entendimento (MdE), em maio de 2011, irá condicionar as estratégias e a governação a nível do campo, definindo as grandes opções do

futuro governo. As linhas fundamentais podem ser resumidas em cerca de dez ideias-chave: estratégia de contenção e racionalização dos gastos, concentração de unidades, gestão centralizada, mobilidade e redução das remunerações dos profissionais de saúde, controlo de custos com os privados, com os medicamentos e com os transportes de doentes, regularização das dívidas, aumento das taxas moderadoras, promoção das unidades de saúde familiares e o registo de saúde electrónico. Para a implementação do MdE o governo irá definir um processo de regulação de comando e controlo (*top-down*) com a centralização das decisões nos órgãos de topo do ministério da Saúde e Finanças e a criação de uma unidade central no ministério das Finanças com o objetivo monitorizar as dívidas e o cumprimento da Lei dos Compromissos, entretanto promulgada, como forma de controlar a gestão das entidades públicas do SNS. De acordo com o MdE o governo promoverá um acordo com a indústria farmacêutica definindo um plano de regularização das dívidas do SNS, a publicação de normas de orientação clínicas (NOC) em colaboração com as associações profissionais, a constituição de grupos de trabalho técnico para o desenvolvimento organizacional do SNS e a publicitação do desempenho dos serviços de saúde com relatórios de *benchmarking* trimestrais.

Esta intervenção funcionou como um choque exógeno (Clemens e Cook, 1999), a nível social, económico e político condicionando a visão e a percepção dos diversos atores no campo da Saúde. E que é demonstrada pela relevância do tema “controlo e normas” no discurso da maioria dos atores do campo. Para o governo a situação de crise e contenção orçamental surgiu como uma oportunidade para promover a reforma na estrutura e na organização do SNS. O discurso do ministro da Saúde ilustra esta ideia: “*A Reforma hospitalar engloba um conjunto vasto de medidas de política estrutural com o objectivo de melhorar a prestação de cuidados no SNS e garantir a sua sustentabilidade financeira [...] traduzidas em setenta medidas e em estratégias regionais de reorganização hospitalar, visando a concentração e ajustamento de serviços e o reforço dos cuidados continuados.*”. A mesma posição surge expressa pelos grupos parlamentares do “arco da governação” focados na mesma tónica da sustentabilidade e reforma do sistema, defendendo que a negociação com a indústria permitiu não só o financiamento do SNS como melhorou as condições de fornecimento de bens e serviços. Para os grupos parlamentares da oposição a intervenção da Troika e as medidas implementadas pelo governo levaram a uma degradação das condições de trabalho nos serviços de Saúde, à fuga dos profissionais de saúde dos serviços públicos e às dificuldades de acesso da população aos cuidados de saúde e aos medicamentos.

Para a indústria, o acordo estabelecido entre o governo, a APIFARMA e a ANF

permitiu um encaixe para o Estado de 500 milhões de euros mesmo que associado a um plano de regularização das dívidas do SNS. Na visão da indústria o acordo permitiu alcançar as poupanças e os ajustes definidos no MdE à custa de terceiros, os convenionados e os medicamentos, sem que se registasse uma racionalização interna ou modificações estruturais dos serviços. Da sua aplicação resultou um número crescente de insolvências de farmácias comunitárias e sérias dificuldades dos grossistas.

Para o administrador da agência governamental, a reforma do sistema em consequência do MdE passou pela promoção de um alinhamento estratégico dos hospitais, focado em objetivos e resultados práticos, com indicadores económico-financeiros disponíveis e transversais, permitindo um controlo de gestão adequado. A centralização do sistema de saúde representou “*um mecanismo de planeamento nacional*” como forma de acompanhamento dos hospitais. Estes aspectos, que podemos incorporar também no tema “desempenho e mercado” refletiram-se na intensificação do controlo de gestão das listas de espera e dos tempos de espera dos doentes, com as agências governamentais a aumentarem a pressão sobre o desempenho dos hospitais e a comunicação social a focalizar o assunto (Raynard, Lounsbury, & Greenwood, 2013).

Para as associações profissionais o processo de implementação do MdE tem consequências diretas na prestação de cuidados de saúde e na disponibilidade de medicamentos para a comunidade. Como aspectos mais importantes ressaltam as restrições na contratação de profissionais com compromisso das equipas e dos serviços, a desqualificação do trabalho profissional com compromisso do profissionalismo, a fuga de profissionais com compromisso da formação e da qualidade dos cuidados de saúde e as limitações na introdução e disponibilidade de novos medicamentos nos hospitais com consequências na comunidade.

As implicações deste programa a nível meso são reportadas pelos administradores e diretores hospitalares que contestam a centralização dos processos de decisão no governo e agências governamentais, com consequências nos serviços ao impedirem a renovação dos quadros hospitalares e diminuírem a prestação de cuidados de saúde. Como aspecto positivo os administradores reconhecem que esta intervenção permitiu acelerar a reforma da organização, promovendo a negociação interna e os cuidados ambulatoriais e diferenciados dos hospitais.

A nível micro a visão das associações profissionais é partilhada pelos profissionais de saúde que apontam os mesmos problemas, com as restrições nas contratações de profissionais a limitarem as equipas e os serviços e a terem consequências, a par da prestação de serviços,

na qualidade de cuidados de saúde prestados. De igual modo sublinham o bloqueio à entrada de medicamentos inovadores como uma das preocupações sempre presentes e com reflexos na comunidade.

Se atentarmos ao conceito de constelação de lógicas para ilustrar a combinação de lógicas institucionais que orientam o comportamento dos atores num determinado momento (Goodrick e Reay, 2011) identificamos nesta dimensão um padrão que aparece associado ao governo e à agência governamental, com duas lógicas predominantes e mecanismos de adição e demarcação pronunciados, com o governo a mostrar uma focalização na lógica do Estado (e o tema controlo e normas) e na comunidade (com o tema identificação colectiva), em relação com a preocupação do ministro na sustentabilidade e transparência do sistema de saúde, apoiado na partilha de objetivos com os gestores e os profissionais de saúde, e na colocação do cidadão no centro da organização. Neste padrão, a agência governamental mostra um predomínio da lógica empresarial (e o tema desempenho e mercado) e do Estado (com o tema controlo e normas), com mecanismo de adição menos pronunciado, em relação com a preocupação manifesta do controlo e planeamento de gestão das unidades, da criação das redes de cuidados e de referenciação, da necessidade de interconexão entre prestadores e da partilha de funções entre profissionais.

Um segundo padrão, com duas lógicas predominantes e restantes lógicas e mecanismos pouco pronunciados surge associado aos grupos parlamentares representados na AR, com um forte pendor na lógica do Estado (com o tema controlo e normas) e na comunidade (com o tema identificação colectiva) em relação com a preocupação expressa por todos os grupos na sustentabilidade do SNS, do necessário controlo e reforma do sistema decorrente do MdE de acordo com os partidos do “arco da governação” ou da degradação dos serviços e da limitação do acesso aos cuidados ou aos medicamentos pelo cidadão segundo os partidos da oposição.

Identificamos um terceiro padrão, com todas as lógicas e mecanismos pouco pronunciados expresso pelo conjunto das associações profissionais, onde a lógica do Estado (com o tema controlo e normas) se destaca discretamente, com uma baixa expressão da lógica profissional (e o tema complexidade e conhecimento). Este padrão sugere um declínio da lógica profissional face às restantes lógicas presentes no campo, e tendo em conta os conceitos identificados no discurso dos diversos dirigentes associativos como o “compromisso do profissionalismo”, “falta de perspetiva carreira” e “desmotivação”, parece resultar do declínio das carreiras, da perda de autonomia e qualificação profissional percebida pelas associações profissionais.

Na análise a nível meso, tendo em conta as lógicas e os mecanismos associados, verificamos um padrão de constelações com o predomínio de duas lógicas e restantes lógicas e mecanismos menos pronunciados. Se analisarmos o padrão entre os administradores e os diretores (médico-enfermagem) verificamos que existe um predomínio mais marcado da lógica empresarial (e do tema desempenho e mercado) e da lógica do Estado (com o tema controlo e normas) no primeiro grupo, com um aumento ligeiro na lógica profissional (e o tema complexidade e conhecimento) e do mecanismo da ambiguidade no segundo grupo. Esta situação parece estar relacionada com a procura de fatores de motivação e de partilha com os profissionais, mas sobretudo com os problemas identificados pelos diretores nos grupos profissionais como a desvalorização do trabalho, a perda e a ambiguidade em relação à identidade profissional e a ausência de perspetiva de carreira. O padrão das lógicas dominantes corresponde à lógica empresarial e do Estado (com a dimensão controlo e desempenho), com os administradores e diretores a referirem a perda de autonomia da gestão dos hospitais e o controlo de gestão apertado pelo governo, reconhecendo os problemas existentes no passado, como o incumprimento sistemático dos orçamentos, a ausência de monitorização da gestão, a falta de regras no cumprimento de objetivos.

A nível micro, verificamos que os grupos profissionais médicos e farmacêuticos apresentam um predomínio de duas lógicas, no caso dos médicos com maior relevância na lógica empresarial (e o tema desempenho e mercado), no caso dos farmacêuticos na lógica do Estado (com o tema controlo e normas). Se analisarmos o discurso que serve de base a este padrão, verificamos no caso dos médicos que os conceitos “não renovação profissionais”, “contratualização serviços”, “compromisso da qualidade” e “compromisso das equipas” se repetem como padrão, correspondendo os dois primeiros às causas do compromisso das equipas e da qualidade. Se associarmos as duas lógicas (empresarial e do Estado) numa dimensão agregada (controlo e desempenho) verificamos que os conceitos se sobrepõem com o controlo do Estado a condicionar a não renovação de profissionais, e este a comprometer as equipas, os serviços, o profissionalismo e a formação. No caso dos profissionais farmacêuticos, o padrão repete-se com o predomínio da lógica do Estado (e o tema controlo e normas). Os conceitos associados centram-se no “controlo Estado na despesa” e na “centralização”, resultante do impacto sentido na farmácia hospitalar pela “Lei dos Compromissos e Pagamentos em Atraso das Entidades Públicas” e no bloqueio à entrada no mercado de medicamentos inovadores, que surge igualmente associado ao conceito da “legitimidade externa” dos hospitais no mecanismo associado da ambiguidade.

Os administrativos apresentam o mesmo padrão de duas lógicas dominantes, com a

lógica do Estado (e o tema controlo e normas) a predominar sobre a lógica da comunidade (com o tema identificação colectiva), e dois mecanismos associados onde se destaca a ambiguidade como dominante em relação com a instabilidade de emprego percebida neste grupo, a diminuição das remunerações e a ausência de uma carreira profissional. A lógica do Estado (e o tema controlo e normas) surge associada ao conceito da não renovação de profissionais e ao compromisso do serviço com a incapacidade de resposta às necessidades da população. Este aspeto surge associado ao conceito da legitimidade externa resultante do contato direto com o público e que se manifesta em dois aspectos: o primeiro, mais repetido, da percepção da incapacidade dos doentes em pagarem as taxas moderadoras ou se deslocarem ao hospital, o segundo pelo descontentamento que estes manifestam perante a ausência de resposta dos serviços para as suas necessidades.

No caso dos técnicos de saúde, o padrão que emerge é de uma lógica dominante, a lógica do Estado (com o tema controlo e normas), com dois mecanismos associados relevantes, a ambiguidade e a adição ou partilha. A lógica dominante surge associada aos conceitos do controlo do Estado na despesa, não renovação de profissionais e a sua associação com o compromisso do serviço e a qualidade do material de uso corrente. Estes conceitos associam-se ao compromisso da qualidade e da legitimidade externa dos serviços relacionados com a diminuição dos procedimentos de segurança e da manutenção dos equipamentos.

4.7.2. Identificação e tradição

As consequências a nível meso e micro do conjunto de iniciativas definidas pelo MdE e implementadas pelo governo foram apontadas ao longo dos anos por diversas entidades desde partidos políticos, organizações associativas da indústria, dos profissionais de saúde e dos doentes, podendo ser inumeradas entre as barreiras de acesso aos cuidados de saúde e aos medicamentos (Relatório da Primavera, 2013), dificuldades de mobilização e percepção do racionamento pelos doentes, desqualificação e desmotivação dos profissionais e compromisso da qualidade dos cuidados de saúde (Perelman *et al.*, 2015).

Na visão da comunidade, se atendermos à análise expressa em diversos estudos e documentos^{cccevi} as maiores dificuldades sentidas neste período, centraram-se na dificuldade de acesso aos medicamentos a nível hospitalar e na comunidade, por falhas no abastecimento e pela exportação paralela para outros países da União Europeia, a limitação do acesso aos MCDT resultante da restrição governamental da sua realização fora dos hospitais, o aumento

das taxas moderadoras a funcionarem como copagamentos ou “falsas taxas”, a percepção do racionamento por parte da população a condicionar a legitimidade externa dos serviços.

Se considerarmos a análise realizada sobre os títulos de artigos publicados na comunicação social nacional geral e especializada, durante os quatro anos de intervenção da Troika, verificamos que os problemas identificados de falta de recursos humanos, de material, e de colaboração entre entidades, organizações ou grupos profissionais acaba por destacar as dificuldades evidenciadas pelas unidades de saúde públicas em darem resposta às necessidades da população, colocando em causa a legitimidade externa dos hospitais a partir de 2014.

Nesta dimensão identificamos dois temas predominantes, e em muitas ocasiões associados, a “identificação colectiva” em relação com a percepção de pertença e de apoio à comunidade, e a “complexidade e conhecimento” em relação com os ideais do profissionalismo e da relação entre o profissional e a comunidade.

Se considerarmos o conceito de constelação de lógicas (Goodrick e Reay, 2011), identificamos nesta dimensão um padrão associado às associações de doentes, demonstrando o foco destas organizações no doente e na lógica da comunidade (identificação colectiva), com uma lógica de Estado (controlo e normas) e profissionalismo (complexidade e conhecimento) reduzidas e os mecanismos de adição e demarcação presentes e em relação com a preocupação da continuidade dos cuidados e da interconexão entre os cuidados primários e os hospitalares.

Um segundo padrão surge em relação com a indústria que mostra um predomínio da lógica da comunidade (e o tema identificação colectiva) e do Estado (com o tema controlo e normas) com um mecanismo de demarcação marcado que podemos relacionar com a oposição ao processo de intervenção imposto pelo governo e pela *Troika*, aos limites desta intervenção que condicionaram a insustentabilidade de parte da farmácia comunitária e da restante cadeia de prestadores e à reforma não realizada na gestão das unidades de saúde com a criação de barreiras administrativas no acesso aos cuidados e aos medicamentos inovadores pelo cidadão.

4.7.3. Dinamismo e mudança

Os processos de mudança das organizações, em todos os sectores e em todas as indústrias, são complexos e imprevisíveis. Nas organizações de saúde esta complexidade é exacerbada pelo conflito de interesses entre os diversos *stakeholders* (i.e., doentes,

profissionais, agências, governo, indústria), as diversas missões que desempenham (i.e., prestar cuidados de saúde à comunidade, permanecer financeiramente solvente e ser frequentemente o principal empregador da região), a autonomia dos profissionais que empregam e que determinam na maioria das vezes as despesas de cuidados utilizados e a ausência de informações atempadas para gerir a mudança no interior da organização de saúde (Golden, 2006).

Na perspectiva de Greenwood *et al.* (2011) a complexidade institucional resultaria da presença de múltiplas lógicas que impõem prescrições incompatíveis dentro das organizações. Para Reay e Hinings (2009), esta situação permitiria a emergência de novas práticas ou instituições e o aparecimento de projetos de inovação.

Integrando estes conceitos definimos a dimensão “dinamismo e mudança” que incorpora todos os aspectos identificados no estudo em que os diferentes atores do campo, de forma formal ou informal, no mesmo nível ou em níveis diferentes, partilharam ideias e práticas, promoveram iniciativas conjuntas, procuraram resolver problemas comuns ou da comunidade. Dentro desta dimensão consideramos dois temas relevantes, a “partilha e redes sociais” e a “projeção no futuro”, e o mecanismo de “adição e partilha” correspondendo ao mecanismo de ligação ou ponte entre lógicas coexistentes, o mecanismo de “*bridging*” (Purdy e Gray, 2009).

A nível macro identificamos esta dimensão no discurso do ministro da Saúde quando expressa a ideia que a gestão da crise foi feita com a colaboração dos gestores e dos profissionais das unidades de saúde, salientando a promoção pelo governo da transparência, da prestação de contas e da reforma efetuada no sistema de saúde. No discurso dos grupos parlamentares, o tema “partilha e redes sociais” surge como um tema residual quando referem a resiliência dos profissionais de saúde face às restrições impostas pelo Mde (PS e CDS-PP) e a partilha de funções entre profissionais quando projetam o alargamento dos serviços prestados pelas farmácias na gestão da medicação dos doentes crónicos em articulação com os cuidados de saúde primários (PSD). Igualmente como tema residual, a nível das associações profissionais identificou-se a referencia da colaboração institucional entre a Ordem dos Médicos e o governo para a elaboração de normas de orientação clínica.

A nível meso, o discurso de um dos administradores reporta para esta dimensão quando refere a necessidade de desenvolvimento de uma política de envolvimento e partilha de informação de todos os dirigentes, chefias e profissionais, a procura da diferenciação e referenciação em algumas áreas específicas como forma de captar e fixar os profissionais na organização, a investigação como forma de tratar os doentes com medicamentos inovadores.

A nível micro, verificamos esta dimensão expressa a nível de um dos diretores farmacêuticos, quando descreve o seu empenho para resolver o problema do fornecimento de medicação crónica aos doentes do hospital, ou no caso do diretor médico que promove a investigação no serviço como forma de tratar mais doentes com medicamentos inovadores.

Se considerarmos o mecanismo associado de adição ou partilha verificamos que existe uma maior disponibilidade dos profissionais médicos para discutir as orientações terapêuticas, promover e adaptar protocolos e normas nos serviços e partilhar estes objetivos com os outros grupos profissionais. Que os profissionais farmacêuticos procuram aproveitar estruturas e meios de transporte inter-hospitalar para melhorar o acesso dos doentes aos medicamentos. E no caso dos técnicos, que as instalações renovadas com condições de trabalho surgem como um fator facilitador no desenvolvimento das atividades, a par da racionalização dos recursos por todos os grupos profissionais.

4.7.4. Resistência e conflito

A literatura cognitiva sobre mudança estratégica defende que a mudança radical requer uma alteração no quadro cognitivo partilhado a nível organizacional, que é apelidado de “esquema interpretativo”. Este esquema interpretativo reflete as assunções e crenças centrais sobre a organização que definem e legitimam todas as atividades, estruturas e objetivos da organização (Greenwood e Hinings, 2006). Da interação entre o esquema interpretativo e a estrutura da organização resultam as rotinas, sistemas e práticas que permitem a preservação ou a mudança organizacional (Cooper *et al.*, 1996). Um dos aspetos mais sublinhados nos processos de mudança organizacional é a transmissão das novas crenças e significados pelos gestores de topo na comunicação *top-down*, que define o “dar-sentido” ou “*sensegiving*” do processo de mudança e o seu impacto em toda a cadeia de comando da organização pelo “fazer-sentido” ou “*sensemaking*” (Gioia e Chittipeddi, 1991). Quando esta comunicação falha, ou não atinge os alvos definidos, a resposta a nível da organização pode refletir-se na perda de identidade individual e da organização promovendo a ambiguidade e a resistência à mudança (Labianca, 2000).

Para descrever as ideias ou práticas identificadas no discurso dos diferentes atores do campo da saúde relacionadas com os conceitos de “oposição e conflito” e de “ambiguidade e identidade” criamos esta dimensão que apelidamos de “resistência e conflito”.

A nível macro identificamos esta dimensão e o tema “oposição e conflito” expressos de forma predominante na indústria, com a APIFARMA e a ANF a sublinharem que a

reforma do sistema de saúde implementado pelo governo no cumprimento do MdE foi essencialmente aplicada aos convencionados e nos medicamentos sem “*minorar ou criar oportunidades, quer para os agentes económicos atingidos, quer para o próprio equilíbrio das instituições*”. Ainda neste tema a APIFARMA sublinharia a “falta transparência” no modo como este processo foi efetuado, com uma contenção administrativa nas autorizações e na baixa de preços dos medicamentos. Para os grupos parlamentares “da oposição” (PS, PCP e BE) o tema “oposição e conflito” surge no seu discurso quando se manifestam preocupados com a degradação dos serviços, a limitação do acesso aos cuidados de saúde e aos medicamentos pela comunidade. Este tema surge ainda de forma residual, no grupo parlamentar do CDS-PP, quando refere a falta de sensibilidade e disponibilidade dos profissionais de saúde, nomeadamente dos médicos, para trabalharem sobre parâmetros de eficiência. Para uma das associações de doentes (Encontrar+se), a forma como as agências governamentais determinam os circuitos dos doentes merece a sua “oposição” e denúncia pública.

Ainda nesta dimensão e a nível macro identificamos o tema “ambiguidade e identidade” associado à expressão dos órgãos de comunicação social que funcionam como transmissores da comunidade (Deephouse e Suchman, 2008). Do predomínio da lógica do Estado (com o tema “controlo e normas”) relacionado com os conceitos do compromisso do Estado e do controlo da despesa, verificamos o crescimento marcado e que se torna predominante no primeiro trimestre de 2015 do mecanismo da ambiguidade, em relação com o compromisso dos serviços e das equipas hospitalares, que colocam em causa o profissionalismo e a qualidade dos serviços de saúde públicos. Serão estes fatores que surgem associados à crise dos serviços de urgência em 2014-2015, à questão da introdução dos medicamentos inovadores nos hospitais públicos e às demissões sucessivas de responsáveis por serviços ou unidades hospitalares. Esta exposição pública negativa e repetida dos serviços de saúde nos órgãos de comunicação social terá consequências na perspetiva como a comunidade encara o serviço público. Os problemas identificados de falta de recursos humanos, de material, e de colaboração entre entidades, organizações ou grupos profissionais acaba por determinar as dificuldades evidenciadas pelas unidades de saúde em darem resposta às necessidades da população, e colocam em causa a legitimidade externa dos hospitais públicos. Esta será a argumentação explicitada pela presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), Marta Temido, em Julho de 2015, quando interrogada sobre a melhoria dos indicadores de saúde em Portugal, admitiu que houve aspetos que melhoraram como a despesa em medicamentos e os copagamentos, mas

sublinhou que o *“aspeto que mais regrediu terá sido o da confiança dos portugueses no SNS que se traduz na opção pelo privado sempre que existe capacidade de pagar^{ccviii}”*.

A nível meso, o tema “ambiguidade e identidade” surge no discurso dos diretores médico/enfermagem quando referem as razões da insatisfação e desmotivação dos profissionais associando-as à redução do vencimento e da remuneração das horas extraordinárias, ao aumento não remunerado do horário de trabalho, às carreiras congeladas ou não regulamentadas, à diferença de remuneração em relação aos tarefeiros.

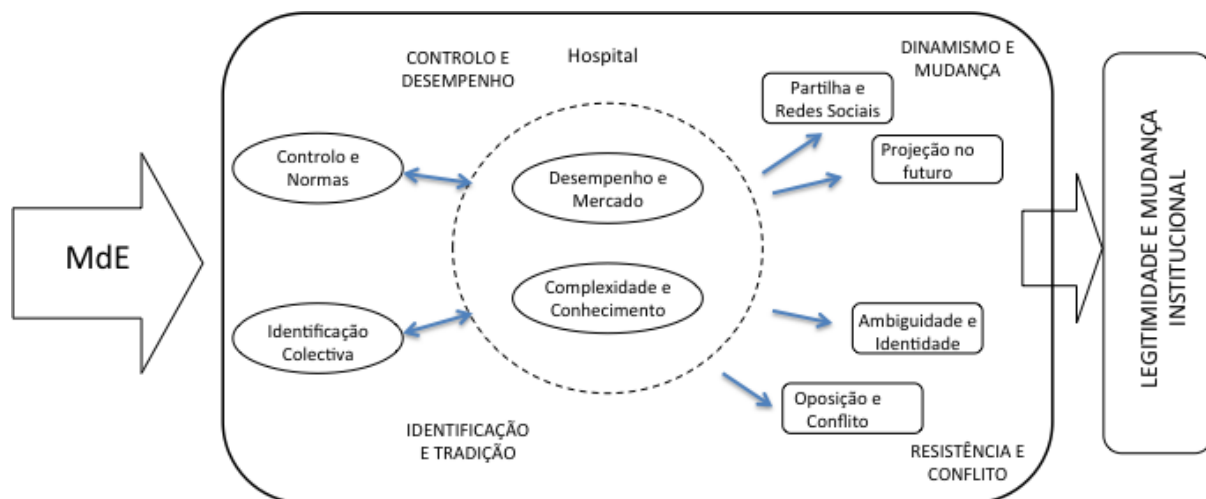
A nível micro este mesmo tema “ambiguidade e identidade” é sistematicamente referenciados por todos os grupos profissionais quando referem a degradação das condições de trabalho, a desvalorização profissional, a perda de autonomia e a falta de perspetiva de carreira.

Se atentarmos ao conceito de constelação de lógicas (Goodrick e Reay, 2011), identificamos um padrão associado aos profissionais de enfermagem, com as várias lógicas pouco pronunciadas e os mecanismos associados de ambiguidade e partilha dominantes. Este grupo profissional surge com um mecanismo associado de ambiguidade predominante sobreponível aos administrativos, em relação com os temas desmotivação, compromisso do profissionalismo e falta de perspetiva de carreira que parecem estar em relação com a não contratação de profissionais, sobrecarga de trabalho, diminuição da remuneração e ausência de progressão na carreira. A lógica do Estado (e o tema controlo e normas) é discretamente mais pronunciada que nos administrativos, surgindo associada ao controlo do Estado na contratação e aos temas “compromisso das equipas”, “compromisso profissional” e “compromisso da qualidade da prestação de cuidados de saúde” que se associa ao material de uso clínico de menor qualidade com problemas e complicações mais frequentes, como as infeções associadas aos cateteres.

O mecanismo de ambiguidade, embora menos marcado, surge expresso nos restantes grupos profissionais. Nos técnicos, o mecanismo de ambiguidade predomina pela desmotivação relacionada com a perda de remuneração e os problemas económicos associados, a falta de perspetiva de carreira que levaram muitos técnicos a apostar em novos cursos, sem que consigam obter o reconhecimento das suas novas habilitações nas organizações. No caso dos farmacêuticos, este mecanismo surge associado ao conceito da “legitimidade externa” dos hospitais, quando referem o bloqueio à entrada no mercado de medicamentos inovadores, a “não renovação de profissionais” e do “compromisso da qualidade” resultante da não realização de procedimentos de controlo e segurança em muitas das tarefas do serviço, bem como o “compromisso da formação” relacionado com a ausência

de processo formativo adequado nos profissionais farmacêuticos que acaba por comprometer a qualidade do serviço executado. Este último conceito (compromisso da formação) é considerado como passível de comprometer no futuro as equipas, a qualidade dos serviços e a qualidade da formação. Em relação direta com estes conceitos surge a “falta perspetiva carreira” que tem levado à saída de profissionais farmacêuticos para outras áreas da saúde como a medicina. No caso dos médicos, sendo o mecanismo menos pronunciado entre os diferentes grupos profissionais, não deixa de ser significativo a ambiguidade identificada que surge relacionado com a falta de perspetiva de carreira, a desvalorização profissional e a perda de autonomia percebida.

Figura 4.3. Processo de mudança institucional nos hospitais públicos portugueses como resultado da intervenção da Troika (MdE)



4.8. Contribuições e implicações

O foco da investigação centrou-se na resposta dos atores e na evolução das lógicas institucionais no campo da saúde, em relação com as reformas impostas pelo governo na sequência da intervenção da Troika em Portugal. Para a sua análise recorreremos aos conceitos definidos por Thornton *et al.* (2012), Goodrick e Reay (2011), Smets *et al.* (2012) e Fiol (2009) das constelações de lógicas e dos mecanismos de segmentação, adição ou partilha, demarcação ou ambiguidade associados. O objetivo definido era avaliar como reagiram os diferentes atores do campo a esta intervenção e de que modo ocorreu a segmentação das diferentes lógicas nos diversos atores. Ao definirmos vários níveis para a nossa investigação,

pretendemos alargar este estudo aos atores presentes nos diferentes níveis e perceber as influências recíprocas que condicionaram a estrutura do campo e o pluralismo institucional (Greenwood *et al.*, 2011).

Para Goodrick e Reay (2011), as diversas lógicas institucionais podem coexistir pela segmentação do seu impacto em diferentes atores, comunidades ou tipos de organizações. Apoiados nos conceitos definidos por Thornton e Ocasio (2008), estes autores consideram que as lógicas podem ser decompostas em diferentes partes que se recombinariam de diferentes modos. Com base nestes atributos definimos a primeira questão de investigação:

1. Como integraram os atores principais do campo da saúde em Portugal as mudanças legislativas, estruturais e financeiras imposta pelo governo no período de intervenção da Troika?

Considerando a globalidade de atores a nível do campo e os três níveis de análise verificamos que o padrão prevalente é a associação de duas lógicas, com mecanismos associados mais ou menos relevantes. Se considerarmos isoladamente as lógicas institucionais identificamos como lógica predominante a lógica do Estado (e o tema “controlo e normas”), a que não será estranho a intervenção do governo no campo, determinando uma restrição orçamental severa e impondo um controlo de gestão centralizado no próprio governo. As exceções verificadas são as associações de doentes e a indústria onde predomina a lógica da comunidade (com o tema “identificação colectiva”) e a administração da agência governamental, as administrações dos hospitais e os profissionais médicos onde predomina a lógica de gestão empresarial (com o tema “desempenho e mercado”). As associações de doentes representam a comunidade e os doentes pelo que é natural o predomínio da lógica da comunidade no seu discurso, já o predomínio desta lógica na indústria é menos clara. No entanto, se tivermos em conta o discurso e as posições defendidas, em nome dos doentes e da comunidade, do direito ao acesso aos medicamentos inovadores, às farmácias comunitárias e à necessidade de aumentar o financiamento do sistema - fato aliás sublinhado por alguns dos deputados nas entrevistas sobre a pressão da indústria através dos órgãos de comunicação social para a entrada de determinados medicamentos - esta associação entre a lógica da comunidade e a indústria surge mais justificada. O predomínio da lógica de gestão empresarial (e o tema “desempenho e mercado”) no discurso da administração da agência governamental é enquadrável no perfil de quem pretende implementar uma planificação estratégica para o sistema, criando sinergismos e complementaridades entre estruturas de saúde. O mesmo poderíamos arguir dos membros dos conselhos de administração dos hospitais. No entanto, o que sobressai a este nível é a argumentação, menos de lógica

empresarial, mais da lógica do Estado (com o tema “controlo e normas”), que antes da intervenção da Troika e do controlo de gestão centralizado, as regras aplicadas na gestão das unidades não estavam condicionadas aos contratos-programa e aos orçamentos aprovados, mas que funcionavam como meros instrumentos na planificação, não sendo limitativos das decisões dos gestores. O que sugere que a imposição legislativa e normativa pelo governo da lógica empresarial nos hospitais EPE não condicionou uma mudança nas lógicas institucionais dos gestores hospitalares, nem teve consequências nas práticas de gestão destas unidades.

Menos evidente é o predomínio da lógica de gestão empresarial (com o tema “desempenho e mercado”) no discurso dos profissionais médicos. Sobretudo se tivermos em linha de conta que as associações profissionais médicas, e sobretudo os sindicatos médicos tiveram uma intervenção muito marcada contra a lógica de gestão empresarial e do Estado, em defesa da lógica do profissionalismo, impondo ao governo um novo estatuto para as carreiras médicas e estendendo este para as parcerias público-privadas. Se analisarmos com mais pormenor as entrevistas realizadas verificamos que o tema “desempenho e mercado” surge no discurso destes profissionais repetidamente associada ao compromisso nas equipas, quer em número, quer em diferenciação técnica, à contratualização em prestação de serviços, ao compromisso do profissionalismo e à diminuição da qualidade da prestação de cuidados. O padrão de constelações é semelhante aos restantes grupos profissionais, com duas lógicas predominantes, neste grupo resultante da associação entre a lógica empresarial e a do Estado (na dimensão agregada “controlo e desempenho”), e onde predominam as perspetivas negativas sobre as restrições impostas pelo governo nos hospitais.

Nos restantes atores, a nível macro, os grupos parlamentares e o governo mostram um padrão semelhante de duas lógicas dominantes: da comunidade (com o tema “identificação colectiva”) e do Estado (com o tema “controlo e normas”), em relação com a preocupação partilhada de preservação do SNS, com o governo a mostrar um mecanismo associado de adição ou partilha proeminente, pela preocupação expressa do ministro em procurar consensos e partilhar responsabilidades com os restantes atores do campo. A nível micro, os profissionais de enfermagem mostram um padrão de constelações com lógicas pouco pronunciadas e um mecanismo de ambiguidade dominante, que parece refletir a perspetiva negativa que estes profissionais manifestam da sua atividade profissional.

A introdução de uma nova lógica ou a existência de múltiplas lógicas concorrentes num campo estabelecido, como o da saúde, pode determinar diversas ações dos grupos que as suportam. A primeira e mais estudada é o conflito aberto entre os atores que suportam estas

diferentes lógicas até ao domínio de um dos grupos, que impõe a sua lógica (Hensmans, 2003). Uma segunda situação é a rivalidade entre as lógicas ser gerida de forma discreta até uma delas se impor (Maguire *et al.*, 2004). A terceira hipótese é a persistência das diversas lógicas durante muito tempo no campo sem que alguma se consiga impor (Reay e Hinings, 2005). Uma outra proposta aponta para as lógicas concorrentes serem geridas através de ações de colaboração ou partilha entre os diferentes atores (Purdy & Gray, 2009; Reay e Hinings, 2009). Neste caso, os diversos atores que suportam lógicas diferentes colaboram na execução de determinadas tarefas mantendo a sua independência e a sua identidade. E, através desta colaboração estabelecem estruturas e processos que permitem vencer ou ultrapassar contradições entre as diferentes lógicas. Deste modo, pretendemos perceber se os atores no estudo desenvolveram processos de colaboração ou partilha na sua ação no campo, ou pelo contrário mantiveram mecanismos de oposição ou competição entre eles.

2. De que forma os atores e as lógicas concorrentes coexistiram ou atuaram no campo da Saúde durante o período de aplicação do MdE?

Analisando a intervenção dos atores nos diferentes níveis podemos identificar vários processos de colaboração e partilha, a nível macro e micro, tal como um processo de competição ou oposição que acabou por ser resolvido através da colaboração entre atores com lógicas diferentes. No estudo de Reay e Hinings (2009) estes autores registaram a colaboração entre os médicos e as agências governamentais para a resolução de problemas pontuais e que permitiram criar inicialmente estruturas informais de partilha de decisão e mais tarde formalizar estas estruturas a nível macro, funcionando como um processo *down-top*. No nosso estudo identificamos a colaboração entre as ordens profissionais e uma agência do governo (DGS) para a elaboração das NOC, fato que foi sempre sublinhado pelo governo e muitas vezes pelas associações profissionais como um processo inovador e promotor da qualidade e eficiência na prestação de cuidados. A nível hospitalar verificamos de igual modo a colaboração expressa pelos diversos grupos profissionais, e com particular relevância, dos profissionais médicos na elaboração de normas e protocolos dos serviços, ajuste de agendas de consultas como forma de melhorar a eficiência do hospital de dia e da farmácia, disponibilidade para discutir as opções terapêuticas, sobretudo nos medicamentos inovadores ou mais dispendiosos. Este processo de colaboração entre clínicos e gestores será também sublinhado nos processos de inovação, na dimensão “dinamismo e mudança”, pela forma como a investigação desenvolvida nos hospitais irá permitir o acesso aos medicamentos inovadores de um número crescente de doentes, sem colocar em risco o orçamento da unidade. Neste processo, podemos falar de uma colaboração a diferentes níveis entre

profissionais, governo e gestores, realizada de forma informal, dado que não foram criadas estruturas específicas para este processo, e sem colocar em causa a identidade ou a independência dos atores (Chreim *et al.*, 2007).

Identificamos mais três processos que merecem ser referenciados. O primeiro de colaboração entre as associações sindicais médicas, o governo e os órgãos de gestão dos hospitais, em que apesar do empenho destes atores, o resultado do processo de implementação da avaliação de desempenho dos profissionais médicos nos hospitais foi desastroso. A oposição a nível dos serviços e departamentos, pelos profissionais e chefias, a burocracia envolvida no processo e a lógica do Estado subjacente impediram a sua concretização. Ao contrário dos processos desenvolvidos pelos profissionais a nível local e que levam ao desenvolvimento de estruturas e sistemas a nível macro (Maguire *et al.*, 2004; Reay *et al.*, 2006; Reay e Hinings, 2009) este processo pretendeu implementar um sistema de avaliação *top-down*, segundo uma lógica do Estado, burocrático/administrativa, sem incentivos imediatos, mas contando com o apoio das associações profissionais médicas que previam no futuro a possibilidade de progressão horizontal nas carreiras. Este processo terminou sem a implementação do sistema e com a oposição clara dos atores a nível local.

O segundo processo iniciou-se com o movimento de oposição das associações profissionais à iniciativa legislativa do governo de contratação dos profissionais médicos, através de empresas de prestação de serviços, segundo uma lógica empresarial, de mercado, pelo mais baixo preço de proposta. Esta situação culminou com uma greve médica que contou com a simpatia da comunidade e condicionou o governo a assinar um acordo com os médicos. Este acordo permitiu desenvolver um processo de colaboração entre o governo e as associações profissionais médicas, em que o governo aceitou uma nova tabela salarial e uma uniformização dos regimes horários e os profissionais médicos aceitaram uma limitação temporária da remuneração suplementar mas sobretudo concordaram alargar os limites do horário nos serviços de urgência. Este processo de colaboração foi suficiente forte para impedir a aplicação do regime de quarenta horas aos médicos, ao contrário do que aconteceu aos restantes funcionários públicos, quando esta norma foi publicada em 2013^{cccviii}. Estes diferentes processos de colaboração entre atores em níveis diferentes aproxima-se do conceito de coordenação relacional de Gittell (2002) sugerindo que a interação e a comunicação entre os atores individuais ou colectivos pode melhorar perante a incerteza ou a pressão de atores externos.

O último processo de colaboração entre profissionais e o governo refere-se à criação de uma estrutura formal de âmbito nacional, de controlo e decisão terapêutica, designada por

Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica^{cccix}, que incluía além de profissionais de saúde dos hospitais e ARS, representantes das ordens profissionais. Pretendia-se uniformizar e controlar a entrada no mercado dos medicamentos inovadores, de acordo com uma avaliação técnica rigorosa. Um dos processos em agenda foi o da medicação para a hepatite C. Este processo terminou quando o ministro foi interpelado na AR por um doente com hepatite C durante uma sessão da comissão parlamentar de saúde^{cccx}, levando o governo a acabar com as restrições impostas pela comissão. Deste modo mesmo em processos de colaboração formais e suportados pelos profissionais de saúde, em que a lógica do Estado e a lógica profissional está alinhada, a interferência de uma terceira lógica, da comunidade, projetada pela comunicação-social, pode determinar uma decisão que não a de quem detêm o conhecimento abstrato ou de quem financia o sistema.

O estudo dos processos e mecanismos que favorecem as mudanças de lógica a nível do campo são um dos temas chave na análise das respostas das organizações às pressões institucionais (Thornton e Ocasio, 2008). Os primeiros estudos focaram-se na identificação de empreendedores institucionais que através da contestação e do conflito conseguiam obter as mudanças desejadas (Lawrence *et al.*, 2009). Mais recentemente o enfoque passou do nível do campo para um micro-nível, procurando identificar as ações dos atores individuais no seu dia-a-dia de trabalho que possam ser descritas como promotoras da mudança institucional (Powell e Colyvas, 2008). Neste sentido Smets *et al.* (2012) desenvolveram um estudo multinível de avaliação da mudança institucional resultante das ações de adaptação e imprevisto realizadas pelos atores individuais no seu dia-a-dia. No mesmo sentido, procuramos responder à questão:

3. *Como se adaptaram os profissionais de saúde nas suas atividades diárias às limitações impostas pelo governo e resultantes do MdE?*

Para além dos processos de colaboração e partilha ou de oposição e competição identificados nas relações entre os diferentes grupos profissionais, o governo e os gestores, e os restantes *stakeholders* da saúde, procuramos identificar outros processos ou mecanismos que desenvolvidos pelos atores individuais ou colectivos fossem passíveis de promover a mudança nas lógicas institucionais.

Nos processos que apelidamos de inovação ou facilitação, na dimensão “dinamismo e mudança”, os profissionais de saúde procuram dar resposta às necessidades dos doentes e da comunidade, face às restrições impostas. No primeiro caso, um dos responsáveis pela farmácia de um dos hospitais estudados identificou uma oportunidade para resolver o problema do fornecimento de medicamentos em ambulatório a doentes do sul do país, após as

restrições ao transporte de doentes não urgentes. Numa conversa informal soube da existência de uma rede de transportes entre hospitais e outras instituições de saúde que efetuavam o transporte de sangue, derivados e outros materiais clínicos. Através de contatos informais consegui que esta rede facilitasse o transporte para os hospitais do sul do país dos medicamentos destinados aos doentes do seu hospital, evitando as deslocações destes à região de Lisboa. Após um período inaugural efetuou um inquérito de satisfação, que lhe permitiu avançar com confiança para a implementação do sistema e o seu alargamento a outras necessidades pontuais dos hospitais interligados. No segundo caso, os profissionais de um dos serviços clínicos hospitalares promoveram o desenvolvimento de múltiplas linhas de investigação, como forma de tratar o maior número possível de doentes com medicamentos inovadores. Em ambos os casos, a preocupação com os doentes evidenciada pelos profissionais vai muito além da sua função como profissionais de saúde e da relação médico-doente, na procura de soluções para ultrapassar as limitações impostas pelo governo e proteger a comunidade.

Em sentido oposto, num processo que denominamos de fuga ou abandono, identificamos duas situações em que os profissionais de saúde procuram proteger os seus interesses pessoais e profissionais. No primeiro caso com a mobilidade para o sector privado, onde disfrutam de melhores condições remuneratórias e de trabalho, no segundo caso, com a saída dos serviços de urgência de profissionais, sobretudo dos médicos mais diferenciados, face à diminuição das condições de trabalho nestes serviços associadas à redução dos elementos nas equipas e das remunerações suplementares. Estes serão alguns dos fatores que condicionaram a crise nas urgências no final do processo de intervenção e que serão motivo de vários comentários pelos diferentes deputados da AR.

Mas o aspecto predominante que identificamos em todos os grupos profissionais e que parece estar relacionado com o anterior é o mecanismo de ambiguidade e perda de identidade. Face à imposição de uma lógica por um ator poderoso, o Estado, que impõe regras não passíveis de contestação, com base em argumentos de uma crise financeira, que funcionou como um choque exógeno (Clemens e Cook, 1999), os profissionais de saúde são confrontados nas suas atividades diárias com limitações e falta de recursos que colocam em causa as crenças e práticas habituais do profissionalismo que os orientam (Abbott, 1988). Na situação anteriormente relatada, os profissionais adoptaram um mecanismo de fuga ou abandono, quando tiveram esta possibilidade ou lhes foi oferecida uma alternativa. O mesmo não se passou para a maioria dos entrevistados, que perante uma imposição ponderosa e não passível de contestação reagiram com um mecanismo de ambiguidade e perda de identidade

(Fiol, 2009). Esta situação parece condicionar a prática do dia-a-dia destes profissionais e limitar a qualidade dos cuidados de saúde como é referido por muitos dos entrevistados que associam estas limitações à desmotivação e à diminuição do profissionalismo exibido pelos profissionais de saúde. A pressão para as altas precoces é apontada por outro dos profissionais como um fator de diminuição da qualidade de cuidados, sobretudo porque parece estar relacionada com um aumento da taxa de readmissões, conforme é identificado pelos indicadores recolhidos do hospital.

Este mesmo mecanismo de ambiguidade e perda de identidade surge no discurso de todos os grupos profissionais em relação com a baixa perspetiva de realização pessoal e profissional, resultante da reforma imposta pelo governo, com a desmotivação e o compromisso dos valores do profissionalismo a serem destacados pelos profissionais como elementos mais relevantes nas suas carreiras. Esta situação aproxima-se dos conflitos de identidade estudados por O'Connor *et al.* (2006) que envolvem, em geral, conflitos de interesses ou de recursos e tendem a persistir ou a escalar quando convergem para dinâmicas de identidade e “desidentificação” (Pratt, 2000). O que pode significar que na resolução futura destes conflitos devem ser considerados os elementos associados aos interesses ou recursos que foram comprometidos antes mesmo das questões relacionadas com a identidade (Fiol *et al.*, 2009).

Um aspeto paradoxal relacionado com este mecanismo de ambiguidade, surge pela sua expressão com alguma relevância junto dos médicos, quando falam das suas carreiras profissionais, em clara dissonância com as associações profissionais médicas a nível macro, sobretudo com os sindicatos médicos que assumiram uma posição determinante na defesa da lógica profissional, contra a lógica do Estado e da gestão empresarial nos últimos vinte e cinco anos (Cf. 3.5. As associações profissionais enquanto agentes reguladores, p. 82). Se analisarmos esta questão a nível micro, verificamos que apesar da publicação legislativa e normativa pelo governo, e acordada com as associações profissionais, a aplicação da norma a nível regional e local é lenta e plena de obstáculos. Tal situação pode ser exemplificada pelos concursos de habilitação ao grau de consultor^{cccxi}, com avisos de abertura publicados em 2005, que só foram terminados em 2014^{cccxii}.

As fontes de legitimidade são muitas e diversas, a maioria correspondem a organizações como o Estado, as organizações profissionais, os órgãos de comunicação social (Scott, 2014) que funcionam como transmissores da avaliação de audiências mais gerais ou especializadas (Deephouse e Suchman, 2008). Estas fontes exigem respostas funcionando como prescrições em conflito, intraorganizacionais, entre as exigências de mudança dos

agentes externos e os valores intrínsecos das organizações (Scott, 2014). Para Greenwood *et al.* (2011) um ator institucional como um hospital pode ser legitimado se apresentar uma estrutura híbrida, comportando múltiplos grupos profissionais e objetivos equilibrados entre as diferentes lógicas, como a profissional, a empresarial e da comunidade onde se insere. De acordo com estes autores, esta situação tem os seus riscos, como condicionar o aparecimento de organizações fragmentadas e resistentes à mudança, resultado do alinhamento dos diversos grupos profissionais com as múltiplas lógicas institucionais. Tendo em conta as mudanças ocorridas dentro do campo da saúde, a reforma imposta pelo Estado, as restrições financeiras e a alteração verificada do equilíbrio entre lógicas, colocamos a questão seguinte:

4. *A reforma hospitalar e as restrições orçamentais resultantes do MdE condicionaram uma mudança de lógicas nos hospitais públicos que influenciaram a sua legitimidade?*

Com base nos argumentos de Scott *et al.* (2000) que as organizações necessitam, além de recursos materiais e informação técnica, de aceitabilidade e credibilidade social, ou seja de legitimidade, para sobreviverem e prosperarem, procuramos analisar a intervenção definida pelo MdE e imposta pelo governo, enquanto ator central e dominante no campo da saúde. Para o efeito recorreremos à definição de legitimidade proposta por Suchman (1995), como uma assunção ou percepção generalizada de que as ações de uma entidade são desejadas ou adequadas dentro de um sistema socialmente construído de normas, valores, crenças e definições. Consideramos como “sujeito de legitimação” (Deephouse e Suchman, 2008) as ações, estruturas e ideias promovidas dentro do campo da saúde em virtude da implementação do MdE. Tivemos ainda em conta as fontes de legitimidade previamente referidas como o Estado, as organizações profissionais e os órgãos de comunicação social, estes últimos funcionando como reflexo da opinião da comunidade e não enquanto agentes com capacidade para influenciar a opinião da comunidade (Fombrun e Shanley, 1990).

De acordo com Greenwood *et al.* (2002) as novas ideias ou práticas têm de alinhar com as prescrições normativas antes da sua difusão. Esta teorização é fundamental, sobretudo em campos maduros ou altamente estruturados como o da saúde, antes de serem legitimadas como práticas ou ideias estabelecidas e estruturadas. Se encaramos a legitimidade como fundamentalmente política, ligada à autoridade e ao direito a agir e comandar num determinado meio ou atividade, o Estado surge como o arquétipo da legitimação (Deephouse e Suchman, 2008). Deste modo, seria de esperar que o governo falando em nome do Estado e da comunidade, enquanto principal prestador e financiador do campo da saúde, promovesse as suas ideias e práticas de forma consistente com a sua posição obtendo facilmente a

legitimidade cognitiva para as suas ações. Se analisarmos a evolução das lógicas institucionais no campo, identificamos um período de mudança das lógicas institucionais em 2002, quando o governo impôs o modelo de gestão empresarial através de um conjunto de diplomas legais. Verificamos que apesar da proeminência da lógica empresarial, a lógica do Estado e a lógica profissional continuaram a coexistir durante todo este período à semelhança das situações identificadas noutros estudos (Reay e Hinings, 2005; Marquis e Lounsbury, 2007). Se considerarmos a perspetiva da ecologia organizacional e analisarmos a densidade de hospitais-empresa no campo da saúde podemos afirmar que a legitimidade destes foi adquirida, uma vez que se tornaram a organização predominante no campo (Hannan e Carol, 1992). Se analisarmos o discurso dos diferentes *stakeholders* e sobretudo das associações profissionais nesse período verificamos que a justificação normativa para a difusão das ideias e práticas de gestão empresarial impostas em 2002 não foi conseguida, permanecendo por ser atingida a sua teorização.

Durante o período de intervenção, a lógica do Estado torna-se predominante no discurso dos diferentes atores do campo, associando à lógica empresarial quando defendem a eficiência e a racionalização do sistema. A lógica profissional persiste no discurso das associações profissionais, quando promovem as ideias e práticas do profissionalismo, ou quando defendem as carreiras e a autonomia profissional. Este discurso encontra suporte nos profissionais a nível micro, como é ilustrado pela greve dos médicos em 2012, em defesa das carreiras, contra a ideia do governo da contratualização de serviços. O acordo resultante deste movimento permitiu manter as carreiras, melhorar as remunerações base à custa da diminuição das remunerações nas horas suplementares em linha com o previsto no MdE. A consequência desta medida junto dos profissionais médicos foi a redução da disponibilidade para a realização de trabalho extraordinário, com a necessidade do recurso ao trabalho em prestação de serviços para assegurar os serviços de urgência. Para os restantes profissionais, a alteração legislativa imposta pelo governo das quarenta horas semanais, condicionando na prática uma redução remuneratória, colocou em causa o contrato psicológico informal destes profissionais (Bunderson *et al.*, 2000) e a sua disponibilidade para o serviço. Se adicionarmos esta situação à fuga para o sector privado de um número significativo de profissionais mais diferenciados e a aposentação antecipada ou não dos profissionais seniores^{cccxi}, podemos perceber as razões para a diminuição da diferenciação das equipas nos serviços de urgência. Uma outra consequência do MdE foi a implementação de uma racionalização nos serviços, que se traduziu na não contratação de novos profissionais para os serviços e na redução das equipas. A diminuição do número de elementos nas equipas condicionou uma

diminuição da qualidade dos serviços prestados, conforme é expresso por todos os grupos profissionais. Esta situação aumentou a pressão sobre os restantes elementos que viram-se confrontados com a necessidade de preencher as faltas para assegurar o serviço. Assim, verificamos que as ideias e práticas promovidas pelo governo na implementação do MdE, enfrentaram a resistência à mudança dos profissionais de saúde, pela sua não conformidade com os valores e crenças destes profissionais.

Esta diminuição da qualidade dos serviços prestados é igualmente percebida pela comunidade conforme é demonstrado pelo predomínio do tema da ambiguidade no discurso dos órgãos de comunicação social, no primeiro trimestre de 2015. Os problemas identificados de falta de recursos humanos, de material, e de colaboração entre entidades e grupos profissionais acabam por expor as dificuldades evidenciadas pelas unidades de saúde em darem resposta às necessidades da população, e colocam em causa a legitimidade externa dos hospitais públicos. Este facto parece ter sido percebido pelas unidades privadas como uma oportunidade para alargarem a sua influência no sistema, com o aumento de número de camas e de serviços e pela comunidade que aumentou a procura dos prestadores privados de cuidados de saúde⁴¹.

Considerando os vários níveis de análise podemos afirmar que a legitimidade das ideias e práticas promovidas pelo governo durante a implementação do MdE não foi alcançada, contando com a oposição franca das associações profissionais, da indústria, das associações de doentes e dos grupos parlamentares da oposição, a nível macro. A nível meso verificamos que os gestores e diretores clínicos apresentam uma baixa conformidade e alinhamento com as propostas do executivo. A nível micro, os profissionais de saúde apresentam uma clara resistência às mudanças impostas, com mecanismos de oposição e ambiguidade relevantes em todos os grupos profissionais que demonstram um não-alinhamento com as medidas implementadas. No seu conjunto, os dados sugerem que o governo, apesar de ser o ator central e principal no campo, não conseguiu legitimar as suas ideias perante os restantes *stakeholders*, colocando em causa a legitimidade interna e externa dos hospitais públicos.

⁴¹ INE, Conta Satélite da Saúde, 2000-2015Pe

4.9. Conclusões

O presente estudo analisou os efeitos das medidas definidas pelo MdE no sistema de saúde português e em particular nos hospitais públicos portugueses nos quatro anos de intervenção da Troika. Para o efeito desenvolveu-se um modelo multinível envolvendo os profissionais de saúde a nível micro, os gestores e responsáveis clínicos a nível meso e os principais *stakeholders*, incluindo o governo e gestores de topo das agências governamentais, os partidos políticos com representação no parlamento português, as associações profissionais, a indústria farmacêutica e as associações de doentes a nível macro. A nível micro definiu-se um modelo de estudo de caso (Yin, 2009) em dois hospitais públicos portugueses.

Com base na caracterização abstrata das quatro lógicas definidas previamente (Thornton *et al.*, 2012; Goodrick e Reay, 2011) realizamos a análise de conteúdo das entrevistas e documentos selecionados utilizando a metodologia definida por Gioia *et al.* (2013). Este trabalho permitiu estender os estudos prévios, demonstrando como a imposição de uma lógica (do Estado) por um ator poderoso (o governo) no campo específico da saúde, determinou o trabalho profissional nesse campo. Ao contrário dos estudos referenciados (Goodrick e Reay, 2011; Maguire *et al.*, 2004; Smets *et al.*, 2012) em que o trabalho profissional é influenciado pela lógica das corporações e dos mercados, no presente estudo analisamos a imposição da lógica do Estado pelo governo (perante uma crise financeira e uma intervenção externa) no campo da saúde e a forma como os diferentes atores, situados em vários níveis, se adaptaram a esta imposição. Através do conceito das constelações (Goodrick e Reay, 2011) podemos analisar a influência relativa das diversas lógicas no trabalho profissional e a forma como através de mecanismos de segmentação, demarcação e ambiguidade, os vários grupos profissionais adaptaram as diferentes lógicas às suas práticas. Deste modo, podemos avaliar como os profissionais de saúde reagiram às mudanças no campo, como desenvolveram mecanismos de segmentação, mantendo a sua identidade mas partilhando informal ou formalmente ideias e princípios da lógica do Estado, da comunidade ou de gestão empresarial. Verificamos ainda como os profissionais de saúde reagiram às prescrições impostas, em oposição às normas e standards profissionais, e contrárias aos seus princípios profissionais, através de mecanismos de demarcação, ou na maioria das situações pela ambiguidade e perda de identidade, condicionando a diminuição da lógica profissional evidenciada pelos vários grupos profissionais. Esta situação aparece no discurso dos profissionais de saúde associado ao compromisso do profissionalismo e da qualidade de

prestação dos cuidados de saúde. Esta percepção parece no entanto ser contrariada pelos dados existentes e divulgados pelo governo e pelas agências governamentais. Para além da contestação expressa por diversas associações profissionais à fiabilidade dos dados, devemos ter em conta que estas pequenas mudanças nas práticas do trabalho não são “não-intencionais” mas antes resultam da acumulação não acidental da experiência dos atores individuais na sua prática diária (Dorado, 2005). Tal como Smets *et al.* (2012) sublinhou, a variedade e a heterogeneidade dos diversos grupos profissionais na sua prática diária favorece a probabilidade da ocorrência de improvisos e alterações destas práticas. A complexidade institucional existente em organizações como os hospitais permite que estas práticas persistam por muito tempo antes que sejam detectadas e avaliadas (Reay e Hinings, 2006). Esta poderá ser a razão porque as práticas impostas nos últimos anos nos hospitais, que resultaram na redução e menor qualidade dos cuidados percebidos pelos profissionais de saúde, ainda não tenham reflexo nos indicadores e dados disponíveis destas organizações.

Por último, se analisarmos o processo de mudança definido pelo governo de acordo com as determinações do MdE verificamos que o discurso do ator principal no campo da saúde não foi eficaz na transmissão do “*sensegiving*” aos restantes *stakeholders* e sobretudo aos gestores e profissionais de saúde, permitindo gerar um novo “esquema interpretativo” que legitimasse as alterações da estrutura da organização. Esta situação criou uma dissonância que teve repercussões significativas na identidade individual e organizacional dos hospitais estudados.

4.10. Bibliografia

Abbott, A. (1988), *The System of Professions – An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, IL: University of Chicago Press.

Tribunal de Contas (2015), *Auditoria orientada ao acesso ao Serviço de Urgência Geral do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE*, Relatório n.º 20/2015 – 2ª Secção, Processo n.º 8/2015.

Barros, P.P. (2009), *Economia da Saúde - conceitos e comportamentos*, 2ª Edição revista, Lisboa, Almedina.

Barros, P.P. (2012), Health policy reform in tough times: The case of Portugal, *Health Policy* 106, 17– 22

Battilana, J., e S. Dorado (2010), Building sustainable hybrid organizations: The case of commercial microfinance organizations, *Academy of Management Journal* 53, 1419–1440.

Bunderson, J.S., S.M. Lofstrom, A.H. Van de Ven (2000), Conceptualizing and measuring professional and administrative models of organizing. *Organizational Research Methods* 3, 366-391.

Burgoyne, J.G. (1994), Stakeholder analysis, in C. Cassell e G. Simon (eds), *Qualitative methods in organizational and occupational psychology*, London: Sage.

Chreim, S., B.B. Williams e C.B. Hinings (2007), Interlevel influences on the reconstruction of professional role identity, *Academy of Management Journal* 50(6), 1515-1539.

Clemens, E.S., e J.M. Cook (1999), Politics and institutionalism: Explaining durability and change, In J. Hagan & K. Cook (Eds.), *Annual review of sociology*, (25), Palo Alto, CA: Annual Reviews, 441-466.

Cooper, D.J., B. Hinings, R. Greenwood, e J.L. Brown, (1996), Sedimentation and transformation in organizational change: The case of Canadian law firms, *Organization Studies* 17, 623–648.

Currie, G., e D. Spyridonidis (2016), Interpretation of Multiple Institutional Logics on the Ground: Actors' Position, their Agency and Situational Constraints in Professionalized Contexts, *Organization Studies* 37(1), 77–97.

D'Aunno, T.A., R.I. Sutton, e R.H. Price (1991), Isomorphism and external support in conflicting institutional environments: A study of drug abuse treatment units, *Academy of Management Journal* 34, 636–661.

Deephouse, D.L., e M. Suchman (2008), Legitimacy in organizational institutionalism, *The Sage handbook of organizational institutionalism*, 49-77.

Dorado, S. (2005), Institutional entrepreneurship, partaking and convening. *Organization Studies* 26, 385-414.

Dunn, M.B., e C. Jones (2010), Institutional logics and institutional pluralism: The contestation of care and science logics in medical education, 1967–2005, *Administrative Science Quarterly* 55, 114–149.

Fernandes, A.C., A.M. Nunes (2016), Os Hospitais e a Combinação Público-Privado no Sistema de Saúde Português, *Acta Med Port* 29(3), 217-223.

Fiol, C.M., G.P. Michael, e E.J. O'Connor (2009), Managing intractable identity conflicts, *Academy of Management Review* 34(1), 32–55.

Fligstein, N. (1987), The intraorganizational power struggle: Rise of finance personnel to top leadership in large corporations, 1919-1979, *American sociological review* 52(1), 44-58.

Fombrun, C., e M. Shanley (1990), What's in a name? Reputation building and corporate strategy, *Academy of Management Journal* 33, 233–258.

Freidson, E. (2001), *Professionalism: The Third Logic*, Cambridge: Polity.

Friedland, R., e R.R. Alford (1991), Bringing society back in: Symbols, practices and institutional contradictions, in *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, ed. Walter W. Powell e Paul J.DiMaggio, Chicago, University of Chicago Press, 232-263.

Gioia, D.A., e K. Chittipeddi (1991), Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation, *Strategic Management Journal* 12, 433–448.

Gioia, D.A., K.G. Corley e A.L. Hamilton (2013), Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology, *Organizational Research Methods* 16(1), 15-31.

Gittell, J. (2002), Coordinating Mechanisms in Care Provider Groups: Relational Coordination as a Mediator and Input Uncertainty as a Moderator of Performance Effects, *Management Science* 48, 1408-1426.

Glaser, B. e A. Strauss (1967), *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*, Chicago, IL: Aldine.

Golden, B. (2006), Change - Transforming healthcare organizations, *Healthcare Quarterly* 10 (Special Issue), 10-19.

Goodrick, E., T. Reay (2011), Constellations of Institutional Logics: Changes in the Professional Work of Pharmacists, *Work and Occupations* 38(3), 372-416.

Greenwood, R., C.R. Hinings (1996), Understanding Radical Organizational Change: Bringing Together the Old and New Institutionalism. *Academy of Management Review* 27(4), 1022-1054.

Greenwood, R., R. Suddaby, e C.R. Hinings (2002), Theorizing change: The role of professional associations in the transformation of institutionalized fields. *Academy of Management Journal* 45, 58–80.

Greenwood, R., e C.R. Hinings (2006), Radical organizational change, in S. R. Clegg, C.

Hardy, T. B. Lawrence, e W. Nord (Eds.), *The Sage handbook of organization studies*, London: Sage, 814–842.

Greenwood, R., M. Raynard, F. Kodeih, E. Micelotta, e M. Lounsbury (2011), Institutional complexity & organizational responses, *Academy of Management Annals* 5(1), 317-371.

Hannan, M. T., e G.R. Carroll (1992), *Dynamics of Organizational Populations: Density, Legitimation, and Competition*. New York: Oxford University Press.

Hensmans, M. (2003), Social movement organizations: A metaphor for strategic actors in institutional fields, *Organization studies* 24(3), 355-381.

Jarzabkowski, P., J. Matthiesen, e A. Van de Ven (2009), Doing which work? A practice approach to institutional pluralism, In T. B. Lawrence, R. Suddaby & B. Leca (Eds.), *Institutional work: Actors and agency in institutional studies of organizations*, Cambridge: Cambridge University Press, 284–316.

Jay, J. (2013), Navigating paradox as a mechanism of change and innovation in hybrid organizations, *Academy of Management Journal* 56, 137–159.

Kitchener, M. (2002), Mobilizing the logic of managerialism in professional fields: The case of academic health centre mergers, *Organization Studies* 23(3), 391-420.

Kraatz, M., e E. Block (2008), Organizational implications of institutional pluralism. In R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin, & R. Suddahy (Eds.), *The SAGE handbook of organizational institutionalism*, Thousand Oaks, CA: Sage, 243-275.

Labianca, G., B. Gray, e D.J. Brass (2000), A grounded model of organizational schema change during empowerment, *Organization Science* 11, 235-257.

Lawrence, T.B., R. Suddaby e B. Leca (2009), Introduction: Theorizing and studying institutional work. In T. Lawrence, R. Suddaby, & B. Leca (Eds.), *Institutional work: Actors and agency in institutional studies of organizations*, Cambridge, U.K.: Cambridge University Press, 1-28.

Legido-Quigley, H., M. Karanikolos, S. Hernandez-Plaza, C. Freitas, L. Bernardo, B. Padilla, R.S. Machado, K. Diaz-Ordaz, D. Stuckler, M. McKee (2016), Effects of the financial crisis and Troika austerity measures on health and health care access in Portugal, *Health Policy* 120, 833–39.

Maguire, S., C. Hardy, e T. Lawrence (2004), Institutional entrepreneurship in emerging fields: HIV/AIDS treatment advocacy in Canada, *Academy of Management Journal* 47(5), 657–679.

March, J.G., J.P. Olsen (1984), The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life, *The American Political Science Review* 78(3), 734-749.

Marquis, C., e M. Lounsbury (2007), Vive la resistance: Competing logics and the consolidation of U.S. community banking, *Academy of Management Journal* 50(4), 799–820.

McPherson, C.M., e M. Sauder (2013), Logics in action: Managing institutional complexity in a drug court, *Administrative Science Quarterly*, 58, 165–196.

Memorando de Entendimento (2011), *Portugal: Memorandum Of Understanding On Specific Economic Policy Conditionality*, 3 May 2011.

Milles, M.B., A.M. Huberman e J. Saldaña (2014), *Qualitative data analysis – A methods sourcebook*, 3 ed., Sage Publications: Los Angeles, London, New Delhi, Singapore.

Monteiro, M.H., R.R. Pinto, E. Carvalho, F. Morais, M.M. Martins (2015), *Saúde e Governança em Portugal - Avaliação do contributo do XIX Governo Constitucional para o fortalecimento de práticas de Boa Governança na área da Saúde (2011-2015)*, Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, Lisboa.

O'Connor, E.J., C.M. Fiol, e M. Guthrie (2006), Separately together: Build unity by strengthening physician groups, *The Physician Executive*, 32, 16–21.

Oppenheimer, M., (1973), Proletarianization of the professional, In Halmos, P. (Ed.), *Professionalization and Social Change*, Keele: Keele University Press, 213–27.

Pache, A.C., F. Santos (2010), When worlds collide: The internal dynamics of organizational responses to conflicting institutional demands, *Academy of Management Review* 35, 455-476.

Pache, A.C., F. Santos (2013), Inside the Hybrid Organization: Selective Coupling as a Response to Competing Institutional Logics, *Academy of Management Journal* 56(4), 972-1001.

Perelman, J., S. Felix, R. Santana (2015), The Great Recession in Portugal: Impact on hospital care use, *Health Policy* 119(3), 307-15.

Powell, W.W., e J.A. Colyvas (2008), Microfoundations of institutional theory. In R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin-Andersson, & R. Suddahy (Eds.), *The Sage handbook of organizational institutionalism*, London: Sage, 276-298.

Pratt, M.G. (2000), The good, the bad, and the ambivalent: Managing identification among Amway distributors, *Administrative Science Quarterly* 45, 456–493.

Purdy, J.M., e B. Gray (2009), Conflicting logics, mechanisms of diffusion, and multilevel dynamics in emerging institutional fields, *Academy of Management Journal* 52, 355–380.

Raynard, M., M. Lounsbury, e R. Greenwood (2013), Legacies of logics: Sources of community variation in CSR implementation in China. In M. Lounsbury & E. Boxenbaum (Eds.), *Institutional logics in action, Research in the Sociology of Organizations*, Vol. 39(B) New York: Emerald Press, 243–276.

Reay, T., e C.R. Hinings (2005), The recomposition of an organizational field: Health care in Alberta, *Organization Studies* 26, 351–384.

Reay, T., K. Golden-Biddle, e K. Germann (2006), Legitimizing a new role: Small wins and microprocesses of change, *Academy of Management Journal* 49, 977–998.

Reay, T., C.R. Hinings (2009), Managing the Rivalry of Competing Institutional Logics, *Organization Studies* 30, 629-652.

Relatório da Primavera (2008), Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas, *Observatório Português dos Sistemas de Saúde*, CEISUC, Coimbra.

Relatório da Primavera (2009), Razões para continuar, *Observatório Português dos Sistemas de Saúde*, CEISUC, Coimbra.

Relatório da Primavera (2010), Desafios em tempo de crise, *Observatório Português dos Sistemas de Saúde*, Lisboa.

Relatório da Primavera (2011), Da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde, *Observatório Português dos Sistemas de Saúde*, Lisboa.

Relatório da Primavera (2012), Crise & Saúde, Um país em sofrimento, *Observatório Português dos Sistemas de Saúde*, Lisboa.

Relatório da Primavera (2013), Duas faces da saúde, *Observatório Português dos Sistemas de Saúde*, Lisboa.

Relatório da Primavera (2014), Saúde, Síndrome de Negação, *Observatório Português dos Sistemas de Saúde*, Lisboa.

Rousseau, D.M., J. McLean Parks (1993), The contracts of individuals and organizations, *Research in Organizational Behavior* 15, 1-43.

Ruef, M., P. Mendel, e W.R. Scott (1998), An organizational field approach to resource environments in healthcare: comparing entries of hospitals and home health agencies in the San Francisco Bay region, *Health services research* 32(6), 775-803.

Sakellarides, C., L. Castelo-Branco, P. Barbosa, H. Azevedo (2014), *The impact of the financial crisis on the health system and health in Portugal*, World Health Organization, Copenhagen Ø, Denmark.

Scott, W.R., M. Ruef, P.J. Mendel e C.A. Caronna (2000), *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*, Chicago, University of Chicago Press.

Scott, W.R. (2014), *Institutions and Organizations: ideas, interests and identities*, 4th Ed., SAGE Publications, Stanford University.

Seo, M.G., e W.E.D. Creed (2002), Institutional Contradictions, Praxis, and Institutional Change: A Dialectical Perspective, *Academy of Management Review* 27(2), 222-247.

Smets, M., T. Morris, e R. Greenwood (2012), From practice to field: A multilevel model of practice driven institutional change, *Academy of Management Journal* 55, 877-904.

Smets, M., P. Jarzabkowski, G. Burke, e P. Spee (2015), Reinsurance Trading in Lloyd's of London: Balancing Conflicting-yet-complementary Logics in Practice, *Academy of Management Journal* 58(3), 932-970.

Southon, G., J. Braithwaite (1998), The end of professionalism?, *Soc Sci Med* 46(1), 23-28.

Stark, D. (2009), *The sense of dissonance: Accounts of worth in economic life*, Princeton, NJ: Princeton University Press.

Stoleroff, A. e T. Correia (2008), A empresarialização do setor hospitalar público português: a desregulação do mercado de trabalho médico e os desafios sindicais para a sua regulação, *CIES e-Working Paper*, 47, 1-31.

Obtido em: http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIESWP47_Stoleroff-Correia_.pdf

Suchman, M.C. (1995), Managing legitimacy: Strategic and institutional approaches, *Academy of Management Review* 20, 571–610.

Thornton, P.H., e W. Ocasio (2008), Institutional logics, In R. Greenwood C. Oliver & R. Suddaby, *The SAGE handbook of organizational institutionalism*, London: SAGE Publications Ltd., 99-129.

Thornton, P.H., W. Ocasio, M. Lounsbury (2012), *The Institutional Logics Perspective – A New Approach to Culture, Structure, and Process*, Oxford University Press, United Kingdom.

Yin, R. K. (2009), *Case study research: Design and methods*, 4th. Thousand Oaks.

5. CONCLUSÕES	
5.1. Descrição da abordagem	204
5.2. Dificuldades encontradas	206
5.3. Limitações do trabalho empírico	206
5.4. Investigação futura	207
5.5. Contributos desta investigação	209
5.6. Bibliografia	211

5. Conclusões

5.1. Descrição da abordagem

O primeiro estudo que integra a presente tese foi construído com base numa análise longitudinal de dados que permitiu definir a evolução das lógicas institucionais (Ruef *et al.*, 1998; Scott *et al.*, 2000; Reay e Hinings, 2005) ao longo de cinquenta anos, no campo da saúde em Portugal, e permitiu contextualizar os dois estudos seguintes: o primeiro focalizado no profissionalismo médico (Crues *et al.*, 2002) no sistema de saúde português, o segundo na mudança institucional (Scott *et al.*, 2000) imposta pelo governo e por agentes externos na sequência do processo de intervenção em Portugal e da implementação do Memorando de Entendimento (MdE) no campo organizacional da saúde. Os três artigos procuram no seu conjunto alargar o conhecimento dos processos de mudança a nível do campo organizacional, através de uma perspetiva multinível, sendo suportado por uma análise qualitativa de dados longitudinais e no caso do terceiro artigo em entrevistas semiestruturadas sobre o processo de recomposição ocorrido no campo da saúde em Portugal. Na abordagem selecionada procuramos entender as motivações, ações e visão política dos diferentes atores nas suas interações e do modo como estas condicionaram, ou não, as mudanças pretendidas no campo.

O primeiro estudo, avaliou a evolução do ambiente institucional do campo organizacional da saúde em Portugal, permitindo definir três períodos institucionais que se estendem ao longo de cinquenta anos, entre o período inicial dominado pelo profissionalismo, passando por um período intermédio controlado pelo Estado, até ao período atual onde emergem novas formas de governação e controlo de gestão através de múltiplas ações impostas pelo ator principal, o Estado, e mais tardiamente por agentes externos ao campo.

O segundo artigo, foi desenhado como uma análise qualitativa, exploratória e descritiva (Cassell e Symon, 2009), sendo realizada como uma abordagem narrativa interpretativa (Barley e Tolbert, 1997; Greenwood *et al.*, 2002), onde é analisado a evolução do profissionalismo médico, do papel regulador das associações profissionais médicas e da institucionalização e legitimação das carreiras médicas (Nerland e Karseth, 2015). Esta narrativa foi suportada pela experiência do autor enquanto dirigente de uma das associações profissionais médicas desde 1988⁴², podendo dela resultar uma visão próxima do

⁴² Dirigente nacional do Sindicato Independente dos Médicos desde 1988, foi presidente do Conselho Nacional do Médico Interno da Ordem dos Médicos entre 1993-95 e membro da Direção do Colégio de Cirurgia Geral da Ordem dos Médicos entre 2000-2009.

construtivismo social de autores como Crotty (1998) ou Lincoln and Guba (2000). Nesta análise defendemos que o profissionalismo médico, em Portugal, tem um pilar fundamental nas Carreiras Médicas, e que estas, pelas circunstâncias históricas em que foram alicerçadas (cf. Relatório sobre as Carreiras Médicas, 2007) serviram de base ao futuro Serviço Nacional de Saúde. Para tal analisamos a legislação publicada entre 1963 e 1979, com particular enfoque na reforma legislativa de 1971 e os atores responsáveis pela elaboração técnica do documento legislativo que criou o SNS (Costa, 2007). Nesta análise definimos as fontes de legitimidade das CM e a partir destas o modo como o governo desenvolveu um processo de desinstitucionalização das CM a partir de 2002, de forma a impor uma nova lógica institucional no campo da saúde. Em relação com este processo identificamos a forma como as associações profissionais médicas se posicionaram, desempenhando o papel de atores-chave na definição das regras e normas da comunidade profissional (Freidson, 2001) e como conseguiram recriar as carreiras, preservando a lógica profissional no campo da saúde. A este respeito é sublinhado o conceito de autonomia profissional (Abbott, 1988), enquanto liberdade de “fazer” associada ao conhecimento abstrato da profissão e ao controlo da educação e formação pós-graduada, que foi desde a criação das CM foco de atenção do Estado e mais tarde dos gestores dos hospitais EPE na tentativa de controlo dos profissionais médicos. Por último, contextualizamos a evolução ao longo dos últimos quinze anos, dos serviços de saúde hospitalares, de forma a integrarmos a situação em que estes se encontravam quando ocorreu a intervenção da Troika e a implementação do MdE.

No terceiro trabalho, adoptamos a abordagem de estudo de caso (Yin, 2009) que realizamos em dois hospitais públicos portugueses, definindo para o efeito os três componentes analisados: atores, lógicas e estruturas de governação (Scott *et al.*, 2000) e os três níveis de análise: macro, meso e micro. Para a sua concretização obtivemos um conjunto de entrevistas semiestruturadas dos diferentes *stakeholders* do campo da saúde, tendo como suporte a compilação de documentos de arquivo e de artigos de jornais nacionais e especializados sobre o campo da saúde e as reformas dos cuidados de saúde, para além de estudos e legislação publicada pelo governo e parlamento no período definido do estudo. Com base nos dados referidos realizamos a análise do discurso utilizando para o efeito a metodologia definida por Gioia *et al.* (2013). Este trabalho permitiu identificar o domínio da lógica do Estado, nos três níveis do estudo, em resultado da ação do governo e do MdE, com a questão da sustentabilidade e do pagamento das dívidas do sector como forma de evitar o colapso do SNS a dominar o nível macro, a perda de autonomia e a centralização do controlo de gestão a nível meso e a não contratação de profissionais e o compromisso das

equipas e dos serviços a nível micro. Este compromisso das equipas e serviços terá como consequência o compromisso do profissionalismo e da qualidade dos cuidados de saúde percebidos pelos profissionais de saúde e pela comunidade. O compromisso do profissionalismo e da qualidade dos serviços aparece associado no discurso dos entrevistados ao compromisso da legitimidade externa dos serviços.

5.2. Dificuldades encontradas

Para abordarmos o tema da mudança das lógicas institucionais no contexto português fomos confrontados com a necessidade de enquadrarmos estes conceitos no campo da saúde em Portugal e de alargarmos temporalmente o nosso estudo para além do período originalmente definido de forma a contextualizarmos as mudanças ocorridas no período mais recente.

As dificuldades associadas à realização das entrevistas, comum neste tipo de trabalho de investigação, foram ultrapassadas com um planeamento rigoroso e alguma persistência, contando com a colaboração de várias entidades e pessoas, sem as quais não teria sido possível aceder ao conjunto das entrevistas realizadas. Outras entrevistas houve, que não foram passíveis de ser realizadas, por oposição franca do grupo definido, ou melhor, da chefia do grupo referido. O mesmo se passou com o próprio ministro da Saúde que abordado diretamente não considerou pertinente o tema e a abordagem.

A maior dificuldade encontrada ao longo dos três anos da investigação esteve relacionada com a autorização da Comissão de Ética do CH. Ao contrário do HD que dispõe de um centro de investigação, a partir do qual foi possível aceder diretamente à Comissão de Ética e obter o seu consentimento, no CH este pedido foi motivo de vários contatos, conversas diretas com o departamento jurídico do hospital para esclarecimentos, preenchimento de formulários, requerendo seis meses para a obtenção da desejada autorização.

5.3. Limitações do trabalho empírico

Ao definirmos a metodologia para o estudo admitimos as limitações inerentes a uma investigação qualitativa (Creswell, 2007). Nos primeiros dois estudos recorreremos a uma análise qualitativa longitudinal dos dados como forma de integração dos eventos associados à

mudança de lógica no campo ao longo de um período de tempo suficientemente longo para explicar este processo. O recurso a dados de arquivo permitiu definir os diversos acontecimentos ocorridos no campo e a visão dos diversos atores presentes, correspondendo a uma abordagem perfeitamente estabelecida na literatura (Hodder, 1996; Bowen, 2009). No terceiro artigo, tratando-se de um estudo de caso, limitado a dois hospitais públicos portugueses, consideramos que os resultados obtidos nesta investigação devem ser encarados com precaução na extrapolação para os restantes hospitais no campo da saúde. O trabalho realizado foi de índole descritivo e exploratório, sem a pretensão de serem aplicadas metodologias estatísticas específicas que permitissem a extrapolação dos resultados obtidos nestas unidades hospitalares para o conjunto dos hospitais públicos portugueses. No entanto, consideramos que a uniformidade do discurso nos diferentes grupos profissionais, a nível micro, poderá refletir, de algum modo, o universo em estudo. Em relação à análise macro esta foi mais abrangente, estendendo-se a alguns atores que habitualmente não são englobados neste tipo de estudos, como por exemplo os grupos parlamentares da AR, permitindo obter uma perspetiva e dimensão política que consideramos relevante pela influência determinante do Estado no campo da saúde.

Outra limitação importante no trabalho prende-se com os vieses pessoais e o “*going native*” (Miles *et al.*, 2014), no presente caso “*being native*” em relação com o investigador principal, mas que esperamos que tenha sido, pelo menos parcialmente, ultrapassada pela colaboração estreita com os orientadores, funcionando como uma equipa multidisciplinar.

5.4. Investigação futura

A abordagem qualitativa efetuada analisou a mudança das lógicas institucionais no campo da saúde, focalizado nos hospitais públicos portugueses. O estudo de caso realizado em dois hospitais de tipologias diferentes, correspondendo um deles a um polo universitário, foi limitado a uma área geográfica do território português, a região de Lisboa e Vale do Tejo. A investigação no futuro poderá ser realizada ou estendida a hospitais ou outras unidades de saúde de outras regiões do país permitindo analisar de forma comparativa a replicação ou não dos resultados (Yin, 2009).

A incorporação das motivações, ações e visão política dos diferentes atores nas suas interações a nível do campo, numa perspetiva institucional, realizada nos primeiros dois estudos, permite integrar a nível macro os mecanismos e as ações de índole política dos atores principais na promoção ou oposição à lógica dominante, e de forma associada a sua

relação com a estabilidade ou a mudança no campo. Esta abordagem poderá ser utilizada em outros campos organizacionais de forma a melhorar o nosso conhecimento sobre a ação política a nível do campo e a sua relação com a estabilidade ou o clima de mudança.

No terceiro estudo identificamos vários conceitos que consideramos relevantes. As questões colocadas sobre a ambiguidade e perda de identidade a nível dos profissionais de saúde, no estudo de caso, a nível micro, sublinha a importância da identidade e reputação previamente referenciados por outros atores (Fiol, 2009; Reay e Hinings, 2009; Thornton *et al.*, 2012). Neste estudo identificamos a associação do compromisso da identidade e da ambiguidade com o compromisso do profissionalismo expresso pelos profissionais de saúde entrevistados. Esta associação precisa, no entanto, de ser melhor caracterizada em estudos futuros. Outro conceito tornado relevante é a relação entre o compromisso do profissionalismo e o compromisso da formação e educação nos profissionais de saúde. Esta questão, várias vezes referida nas entrevistas realizadas, nos diferentes grupos profissionais, aponta para um problema que está bem presente no dia-a-dia dos profissionais entrevistados e que é referenciado como podendo vir a ter reflexo na qualidade dos cuidados de saúde nos anos vindouros.

Finalmente a questão que resulta da investigação realizada no terceiro artigo e que pode ser colocada nos seguintes termos: qual será a evolução do mercado da saúde perante o compromisso da legitimidade externa dos serviços públicos hospitalares? A tendência verificada nos últimos anos é de um aumento do consumo dos serviços privados em ambulatório e em hospitais privados (INE, 2016). O esforço da atual equipa ministerial⁴³ vai no sentido de reverter esta tendência e recuperar a legitimidade do SNS perante a comunidade. Perante as questões identificadas neste estudo persistem algumas dúvidas sobre a capacidade do governo em conseguir reverter os mecanismos subjacentes à “ambiguidade, perda de identidade, de perspetivas, e de motivação” (Fiol *et al.*, 2009; Thornton *et al.*, 2012) dos profissionais de saúde e deste modo promover uma nova estruturação das equipas e dos serviços. A persistência dos fatores condicionantes da política e gestão pública de Saúde reforçam igualmente a perspetiva negativa sobre a capacidade de promoção da excelência, qualidade e segurança nos serviços públicos que caracterizam o discurso do atual governo⁴⁴.

⁴³ XXI Governo Constitucional, Ministro da Saúde, Adalberto Campos Fernandes.

⁴⁴ XXI Governo Constitucional, 1º Ministro, António Costa.

5.5. Contributos desta investigação

Este trabalho de investigação procurou contribuir para a teoria institucional e para o estudo das lógicas institucionais, avaliando a mudança das lógicas em organizações de elevada complexidade institucional, os hospitais, sujeitos a imposições normativo-legislativas por parte do ator dominante no campo, o Estado, a que se associou um choque externo marcado, por via da crise económica e da intervenção internacional, com imposição de medidas orçamentais restritivas. O conjunto de situações relatadas, pela sua singularidade, representam um quadro extremo de pressão externa nas organizações que motivaram a investigação realizada.

A forma resiliente como os hospitais suportaram esta pressão, demonstrada pelos inúmeros indicadores de produção e de qualidade, coloca em destaque o profissionalismo e a capacidade de adaptação a situações extremas dos diversos grupos de profissionais de saúde nos hospitais estudados. Mas o compromisso do profissionalismo e a ambiguidade e perda de identidade identificados em praticamente todos os grupos profissionais no terceiro estudo, coloca em questão a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde prestados, ainda que não sejam expressos pelos indicadores disponíveis.

À semelhança dos estudos prévios de Reay e Hinings (2005) e Goodrick e Reay (2011) tornamos evidente nos dois primeiros estudos que os atores principais quando detêm uma identidade forte, organização e poder a nível do campo podem limitar a ação e os processos de mudança organizacional. A nossa análise a nível macro colocou em evidência que a implementação de uma mudança estrutural a nível do campo necessita do apoio dos restantes atores principais, mesmo para um ator poderoso como o Estado, sob risco de condicionar uma instabilidade prolongada a esse nível. O modelo adoptado pelo governo de uma política centrada em princípios económicos e soluções suportadas pelo Mercado condicionou um afastamento compulsivo dos restantes *stakeholders* que acabou por se refletir na referida estabilidade do campo. Outro modo de promover esta mudança deveria ter passado pela identificação de atores-chave a nível do campo e pelo desenvolvimento de estratégias específicas dirigidas a estes elementos como forma de obter, pelo menos, o seu apoio parcial.

A nossa análise foi realizada a partir da aplicação da teoria dos campos organizacionais na perspetiva do desenvolvimento de políticas públicas de saúde. Esta análise tem sido utilizada desde DiMaggio e Powell (1991) até Reay e Hinings (2005) em campos organizacionais controlados pelo Estado e com mecanismos de governação definidos por

este. Estes estudos apontam para a ausência de impacto da informação recolhida a nível académico nas decisões tomadas a nível governamental. Uma das preocupações expressas no trabalho desenvolvido foi a possibilidade do conhecimento obtido nestes estudos poder servir de suporte teórico para futuras iniciativas dos agentes políticos intervenientes no campo, criando uma ponte entre a academia e a sociedade.

5.6. Bibliografia

Abbott, A. (1988), *The System of Professions – An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, IL: University of Chicago Press.

Barley, S.R., P.S. Tolbert (1997), Institutionalization and structuration: Studying the links between action and institution, *Organization Studies* 18, 93-118.

Bowen, G.A. (2009), Document analysis as a qualitative research method, *Qualitative research journal* 9(2), 27-40.

Cassell, C., G. Symon (2004), *Essential Guide to Qualitative Methods in Organizational Research*, SAGE Publications Ltd, London.

Costa, R.M.P. (2007), A Ordem dos Médicos e a condição do trabalho médico no Estado Novo, *Revista da Faculdade de Letras, História* III(8), 355-381.

Creswell, J.W. (2007), *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (2nd ed.), Thousand Oaks, CA: Sage.

Crotty, M. (1998), *The foundations of social march: Meaning and perspective in the research process*, London, Sage.

Cruess, S.R., S. Johnston e R.L. Cruess (2002), Professionalism for medicine: opportunities and obligations, *MJA* 177, 208-211.

DiMaggio, P.J., e W.W. Powell (1991), Introduction, In: W.W. Powell & P.J. DiMaggio(Eds), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago, IL: University of Chicago Press, 1–38.

Fiol, C.M., G.P. Michael, e E.J. O'Connor (2009), Managing intractable identity conflicts, *Academy of Management Review* 34(1), 32–55.

Freidson, E. (2001), *Professionalism: The Third Logic*. Cambridge: Polity.

Gioia, D.A., K.G. Corley e A.L. Hamilton (2013), Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology, *Organizational Research Methods* 16(1), 15-31.

Goodrick, E., T. Reay (2011), Constellations of Institutional Logics: Changes in the Professional Work of Pharmacists, *Work and Occupations* 38(3), 372-416.

Greenwood, R., R. Suddaby e C. R. Hinings (2002), Theorizing Change: The Role of Professional Associations in the Transformation of Institutionalized Fields, *Academy of Management Journal* 45(1), 58–80.

Hodder, I. (1996), The Interpretation of Documents and Material Culture, In Denzin, N. K. & Lincoln, Y.S. (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks: Sage, 393-402.

INE (2016), Instituto Nacional de Estatística, *Conta Satélite da Saúde, 2000-2015*Pe, 1-14.

Lincoln, Y.S., e E.G. Guba (2000), Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, In N. K. Denzin, Y. S. Lincoln, & E. G. Guba (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed.), Thousand Oaks, CA: Sage.

Milles, M.B., A.M. Huberman e J. Saldaña (2014), *Qualitative data analysis – A methods sourcebook*, 3 ed., Sage Publications: Los Angeles, London, New Delhi, Singapore.

Nerland, M. e B. Karseth (2015), The knowledge work of professional associations: approaches to standardisation and forms of legitimisation, *Journal of Education and Work* 281(1), 1-23.

Reay, T., e C.R. Hinings (2005), The recomposition of an organizational field: Health care in Alberta, *Organization Studies* 26, 351–384.

Reay, T., C.R. Hinings (2009), Managing the Rivalry of Competing Institutional Logics, *Organization Studies* 30, 629-652.

Ruef, M., P. Mendel, e W.R. Scott (1998), An organizational field approach to resource environments in healthcare: comparing entries of hospitals and home health agencies in the San Francisco Bay region, *Health services research*, 32(6), 775-803.

Relatório sobre as Carreiras Médicas (2007), Reedição Ordem dos Médicos/CELOM a partir da versão de 1967.

Scott, W.R., M. Ruef, P.J. Mendel e C.A. Caronna (2000), *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*, Chicago, University of Chicago Press.

Thornton, P.H., W. Ocasio, M. Lounsbury (2012), *The Institutional Logics Perspective – A New Approach to Culture, Structure, and Process*, Oxford University Press, United Kingdom.

Yin, R.K. (2009), *Case study research: Design and methods*, 4th. Thousand Oaks.

ANEXOS

2. OS PERÍODOS INSTITUCIONAIS DA SAÚDE EM PORTUGAL - Anexos

Quadro 2.1. Linha do tempo dos acontecimentos chave (1961-2014)

Domínio social e profissional (1961-1979)					
Data	Estudos e relatórios públicos	Diplomas legislativos	Mudanças estruturais	Declarações representativas da visão dos diferentes atores no campo	Visão cognitiva do campo – lógicas e mecanismos
1961	Relatório sobre as Carreiras Médicas			<i>Não vale a pena erigir hospitais, dispensários, postos, centros de consulta e de assistência clínica; adquirir dispendiosos instrumentos e aparelhos; distribuir donativo e subsídios, gastar dinheiro, em suma, se não houver médicos em número suficiente e, ainda mais, se eles não tiverem preparação adequada para o desempenho das tarefas que lhes estão confiadas</i>	A reforma no sistema de saúde necessita de ser suportado por uma reforma do ensino e da formação médica
1961	Relatório sobre as Carreiras Médicas, pág. 20			<i>Encarar isoladamente as Carreiras Médicas, estabelecendo-as no estado em que se encontram os serviços, equivale a trancar a iniciativa da Ordem, comprometendo do mesmo passo a instauração do Serviço de Saúde</i>	Associação do projeto sobre o profissionalismo médico com o sistema de saúde
1961	Relatório sobre as Carreiras Médicas			<i>1º - Coordenação tão completa quanto possível da medicina curativa com a medicina preventiva e recuperadora; 2º - Predomínio das actividades preventivas sobre as curativas; 3º - Unidade de concepção, direcção e execução da política da saúde; 4º - Integração dos hospitais e serviços afins (consultas, dispensários, Postos da</i>	Proposta da associação profissional médica para a reforma do sistema de saúde português com integração entre as diferentes unidades de cuidados de saúde e a criação de agência de

				<i>Previdência, etc), num sistema de serviços (Serviço de Saúde), composto por uma unidade integradora primária (Hospital sub-regional-Centro de Saúde) e por unidades superiores funcionalmente diferenciadas (Hospitais regionais e centrais)</i>	coordenação e controlo
1961	Relatório sobre as Carreiras Médicas, Pág. 21			<i>As Carreiras Médicas não se compreendem desarticuladas do sistema assistencial... ‘O valor da assistência, está no valor dos médicos que tiver ao seu serviço’</i>	Associação do projeto sobre o profissionalismo médico com o sistema de saúde
7/01/1961	Entrevista concedida ao "Jornal do Médico" pelo Ministro da Saúde e Assistência, Martins de Carvalho		Acordo tácito do governo com as ideias expressas pelos profissionais médicos para a reforma do sistema de saúde	<i>Considero os Estudos sobre a Carreira Médica, em conjunto, como um documento impar na história da nossa administração. Representa a maior contribuição que até hoje, que eu saiba, alguma profissão deu ao Governo para resolução dos seus problemas. Mas eles demonstram quanto as soluções são difíceis, na medida, em que se deseja que transcendam as aspirações de um grupo e se transformem numa verdadeira solução nacional</i>	O governo reconhece o valor do projeto promovido pelos profissionais médicos
19/07/1963		Lei 2120, Base X e XXV		<i>“actividade hospitalar deveria ser coordenada, de modo a integrar num plano funcional os hospitais, centrais, regionais e subregionais, os postos de consulta ou de socorros e os serviços auxiliares [...] estabelecimento de carreiras médicas, farmacêuticas, de serviço social, de enfermagem e administrativas”</i>	Adopção da visão dos profissionais médicos sobre os hospitais públicos e a sua atividade profissional
1964	Guerra e Tomé, 1964: 638-9			<i>É na formação de equipas que se espera ver realizada a unificação do saber e da prática médica. Desta maneira e tanto quanto é possível antever, a Medicina vai exercitar-se futuramente em duas direcções complementares: a) a especialização; b) a</i>	Especialização médica e trabalho de equipa como controlo das tecnologias mais avançadas e novas formas de conhecimento

				<i>medicina de equipa.</i>	
1964	Guerra, M. e F. Tomé, A profissão médica e os problemas da Saúde e da Assistência, <i>Análise Social</i> , Vol. II, nº 7-8, 642			<i>um plano que visa ao estabelecimento de carreiras hierárquicas, com garantias de condições de acesso, de trabalho, estabilidade económica e previdência social, que elevando o nível da medicina, dignifique a profissão, e coloque os médicos ao abrigo das contingências do dia de amanhã.</i>	Promoção do profissionalismo médico nos serviços públicos
27/04/1968		Decreto-Lei 48357, Estatuto Hospitalar		Estabelece os princípios orientadores da organização hospitalar e a instalação de carreiras profissionais	Adopta a visão dos profissionais médicos na organização hospitalar
27/04/1968		Decreto-Lei 48358, Regulamento Geral dos Hospitais		Estabelece a organização e o funcionamento dos hospitais e define as carreiras profissionais	Promove a organização hospitalar associada às carreiras profissionais
27/09/1971		Decreto-Lei 413/71, Pelo presente diploma são reorganizados os serviços do Ministério da Saúde e Assistência	A reforma Gonçalves Ferreira estabelece as condições estruturais para o estabelecimento de um sistema nacional de saúde com novos meios de ação, aperfeiçoamento dos métodos de trabalho, desenvolvimento dos serviços e formação do pessoal com a criação de carreiras profissionais	mediante a integração dos serviços públicos e a condenação das iniciativas e instituições particulares que devem assegurar a cobertura médico-social, sanitária e assistencial das populações [...] a renovação dos meios de acção, o aperfeiçoamento dos métodos de trabalho, o desenvolvimento dos serviços, a preparação do pessoal necessário e consequente instalação de carreiras profissionais [...] efectiva a política de saúde, com vista ao estabelecimento de um sistema nacional de saúde	O Estado reconhece os conceitos defendidos pelos profissionais de saúde e consagra as suas ideias em diplomas legais
27/09/1971		Decreto-Lei 414/71, Estabelece o regime legal que permitirá a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos	Promove os profissionais de saúde nos serviços públicos através do estabelecimento de carreiras	O presente diploma estabelece o regime legal que vai permitir a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestam serviço no Ministério da Saúde e Assistência [...] Insere-se, antes, num conjunto de providências interdependentes, por meio das	Adopta a visão dos profissionais médicos sobre as carreiras profissionais

		diferenciados de funcionários que prestem serviço no Ministério da Saúde e Assistência.		quais o Governo deseja efectivar uma política de saúde e assistência social	
7/12/1974		Decreto-Lei 704/74, Determina várias providências relativas aos hospitais centrais e distritais pertencentes a pessoas colectivas de utilidade pública administrativa.	Promoção do sistema de saúde público em Portugal	<i>os Hospitais das Misericórdias passam a ser geridos por comissões que são nomeadas e respondem perante o Secretário de Estado. O Estado passa a dispor, assim, de uma rede de equipamentos que lhe permite administrar a saúde a nível nacional</i>	Implementação da lógica do Estado no sistema de saúde em Portugal
1976		Constituição da República Portuguesa, art.64.º, 2	Define o princípio da cobertura universal no sistema de saúde público	<i>O direito à protecção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito, pela criação de condições económicas, sociais e culturais que garantam a protecção da infância, da juventude e da velhice e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo.</i>	Implementação da lógica do Estado no sistema de saúde em Portugal
8/09/1979		Decreto-Lei 373/79		Define o Estatuto do Médico	Preserva a autonomia e a autorregulação da profissão
A passagem para o controlo do Estado (1979-2002)					
Data	Estudos e relatórios públicos	Diplomas legislativos	Mudanças estruturais	Declarações representativas da visão dos diferentes atores no campo	Visão cognitiva do campo – lógicas e mecanismos
15/09/1979		Lei 56/79, Cria o Serviço Nacional de Saúde	Estabelece o sistema de saúde público em Portugal	<i>Cria, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição</i>	Implementação da lógica do Estado no sistema de saúde em Portugal
3/08/1982		Decreto-Lei 310/82,		<i>No conjunto das actividades relativas à defesa</i>	Reconhecimento legal do

		Aprova as Carreiras Médicas		<i>da saúde, avulta, com profunda relevância, a profissão médica, já que se situa em posição capital como chave e como cúpula técnico-científica de qualquer sistema de saúde. Resulta daqui a profunda responsabilidade destes profissionais e a grande delicadeza de que se reveste a elaboração dos diplomas legais que enquadrem a respectiva actividade nos serviços de saúde que o Estado deve assegurar.</i>	profissionalismo médico inserido no sistema de saúde público português
1985		Programa do X Governo Constitucional, Cap. III, 3. Saúde, pág. 52	Promove o conceito de sistema de saúde integrando os serviços públicos com os privados e os organismos sociais	<i>o esforço de descentralização e o apelo à utilização de recursos exteriores à estrutura do Estado [...]caminhar-se-á no sentido da ideia de que, se o Estado é o garante de que os cidadãos têm acesso à saúde, nem por isso lhe cabe assegurar directamente todos os cuidados respectivos. Um papel importante deve pertencer à iniciativa privada, incluindo as instituições particulares de solidariedade social</i>	Perspetiva do Estado enquanto garante da saúde da população, com a participação da sociedade e da iniciativa privada
21/01/1988		Decreto-Lei 19/88, Lei de gestão hospitalar	Surgem novos atores, os administradores intermédios, que concorrem com os diretores médicos no controlo dos serviços	<i>sistema hospitalar ... unidade muito complexa onde se produzem bens e serviços... os hospitais devem organizar-se e ser administrados em termos empresariais, a criação de centros de responsabilidade como níveis intermédios de administração.</i>	Promoção da visão empresarial dentro dos hospitais
30/01/1988	Vicente Jorge Silva, Expresso, O discurso do desprezo			<i>é apenas a última ilustração do que tem vindo a ser a política de Leonor Beza: uma afirmação persistente do despotismo mesquinho e contabilístico, num confronto sistemático com a comunidade médica e, sobretudo, com os interesses elementares dos cidadãos numa área tão sensível do serviço do Estado como é a saúde e a assistência hospitalar</i>	A visão da comunicação social (da comunidade) do conflito entre o governo e os profissionais médicos

Março 1988	Entrevista de Machado Macedo, bastonário da OM			<i>Nos últimos anos passou-se para uma agressividade entre os Ministérios da Saúde e a Ordem dos Médicos, não por razões políticas mas porque, a pouco e pouco, os médicos passaram a ser julgados pela Tutela como os grandes culpados da desorganização hospitalar</i>	Visão das associações profissionais sobre as medidas do governo para a reforma do sistema de saúde
Março 1988	Boletim do SIM, nº. 2, Os Médicos e a Greve			<i>Desde há dois anos, os médicos têm sido sujeitos a uma campanha sistemática de descrédito fomentada pelo Poder que instrumentaliza e manipula a opinião pública e em especial os doentes, com efeitos devastadores para a confiança do binómio médico-doente. Torna-se, assim, extremamente precária a prestação dos cuidados médicos às populações. Decorrendo diretamente desta distorção têm sido alguns médicos injuriados, ameaçados e até agredidos</i>	Visão das associações profissionais sobre a campanha promovido pelo Governo para retirar a legitimidade dos médicos perante a população
1988-1989	Greves médicas promovidas pelas associações sindicais				Extremar do conflito entre as associações profissionais e o governo
6/03/1990		Decreto-Lei 73/90, Aprova o regime das carreiras médicas.		<i>A instituição das carreiras visa a legitimação, a garantia e a organização do exercício das actividades médicas no Serviço Nacional de Saúde, com base nas adequadas habilitações profissionais e a sua evolução, em termos de formação permanente e a prática funcional [...] coopera com outros profissionais cuja acção seja complementar da sua e coordena e participa nas equipas de trabalho para o efeito constituídas.</i>	Reconhecimento do papel dos profissionais médicos no sistema de saúde
24/08/1990		Lei 48/90, Lei de Bases da Saúde, Sistema de Saúde, Cap. II, Base XII,		<i>O sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de</i>	Promoção da lógica empresarial do Mercado com a Lógica do Estado no

		nº 1		<i>promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades.</i>	sistema de saúde
24/08/1990		Lei 48/90, Lei de Bases da Saúde, Estatuto dos profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde, Cap. III, Base XXXI, nº 1- 4		<i>... podem constituir-se em corpos especiais. ... o estatuto dos profissionais de saúde, o qual deve ser adequado ao exercício das funções e delimitado pela ética e deontologia profissionais. ... É assegurada formação permanente aos profissionais de saúde.</i>	Preservação da autonomia e da garantia de formação dos profissionais
8/11/1991		Decreto-Lei 437/91, aprova o regime legal da carreira de enfermagem.		<i>A natureza da profissão de enfermagem e as características do seu exercício fazem com que se deva privilegiar a formação em serviço [...] gestão específica de enfermagem, quer no campo da consultadoria e assessoria em matéria de cuidados de enfermagem especializados</i>	Preservação da autonomia e da garantia de formação dos profissionais
11/04/1992		Decreto-Lei 54/92, estabelece o regime de taxas moderadoras para o acesso aos serviços de urgência, às consultas e a meios complementares de diagnóstico e terapêutica em regime de ambulatório, bem como as suas isenções		<i>as receitas arrecadadas com o pagamento parcial do custo dos atos médicos constituirão receita do Serviço Nacional de Saúde, contribuindo para o aumento da eficiência e qualidade dos serviços prestados a todos e, em especial, dos que são fornecidos gratuitamente aos mais desfavorecidos</i>	Promoção da lógica empresarial na lógica do Estado no sistema de saúde
15/01/1993		Decreto-Lei 11/93, define o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde	Estabelece o princípio de integração entre os serviços públicos, privados e sociais	consagra o sistema nacional de saúde ao integrar as entidades privadas e os profissionais em regime liberal quando articulados na rede nacional do SNS.	Promoção da lógica empresarial do Mercado no sistema de saúde
4/07/1993	Boletim do SIM, 4, António Bento,			As associações profissionais acusam o governo de aprovar o Estatuto do SNS “à	Oposição dos profissionais médicos à conjugação da

	Sistemas de Saúde, Políticas de Saúde			revelia dos partidos políticos, associações representativas dos trabalhadores da saúde e da população” e defendem que os problemas existentes no SNS resultam das nomeações políticas do governo para as administrações e direções clínicas dos hospitais, ao abrigo da Lei de Gestão Hospitalar	lógica empresarial com a lógica do Estado
26/06/1993	Entrevista do ministro da Saúde, Arlindo Carvalho à Rádio Renascença		Resposta do governo às críticas sobre critérios de seleção dos diretores dos hospitais público	<i>hoje não há grande apetência para ser Administrador de Hospital. Um hospital é uma unidade muito complexa, é uma unidade onde é difícil exercer a sua profissão, sobretudo a nível de gestão. Por consequência eu penso que não é fácil hoje, já, e eu tenho tido essa experiência, encontrar pessoas disponíveis[...] Eu refuto peremptoriamente, esta ideia de que só se nomeiam os administradores políticos, só se nomeiam os administradores desta ou daquela força partidária. Bom, eu nomeio os administradores, fundamentalmente, em função de duas ou três coisas: em primeiro lugar a sua capacidade; em segundo lugar o seu perfil e em terceiro lugar pela confiança.</i>	Promoção da lógica burocrata-administrativa do Estado
Abril de 1994	Boletim do SIM, 7, pág. 6, Elementos ligados às associações sindicais ganham as eleições para os corpos gerentes da Ordem dos Médicos		Criação de estrutura informal de agregação das associações médicas	<i>A partir deste movimento, que foi designado pela comunicação social por “Movimento dos 50”, e sob o lema “Ordem – A casa de todos os médicos” criou-se e desenvolveu-se uma dinâmica de cooperação e de complementaridade entre a Ordem, Sindicatos e Associações, consubstanciada no Fórum Médico que tem dado maior força e coesão à intervenção das organizações médicas</i>	Agregação dos profissionais médicos em defesa do profissionalismo médico
6/08/1994	Fórum médico			<i>“O Fórum Médico reunido de urgência, com toda a legitimidade, em 6/08/1994 ... apreciou o projecto de alteração das Carreiras</i>	Contestação dos profissionais médicos às propostas do governo para

				<i>Médicas, divulgado pelo Ministério e concluiu com total consenso que se trata dum documento a recusar liminarmente, considerando-o uma base inaceitável de discussão...</i>	a alteração do modelo de carreiras e do profissionalismo no sistema público de saúde
1995	Concedido a gestão de uma unidade pública a um grupo privado		Aparecimento da primeira parceria público-privada (PPP)	É concedida a gestão por contrato do Hospital Fernando da Fonseca, à “Hospital Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, S.A.” pertencente ao Grupo Mello Saúde	Promoção da lógica empresarial do Mercado
5/07/1998		Decreto-Lei n.º 151/98, atribuição de novo estatuto ao Hospital de São Sebastião		<i>o Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, é objeto de revisão de estatutos, avançando para uma gestão de tipo empresarial</i>	Promoção da lógica empresarial nos serviços públicos
15/01/1999	Francisco Bruto da Costa, Independente			<i>“A classe médica portuguesa está sob crítica ininterrupta de diversos sectores sociais desde há muitos anos [...] Ultimamente a questão agudizou-se devido à greve médica apelidada de “self-service”, com recriminações cada vez mais frequentes à classe médica ...”</i>	Compromisso da legitimidade médica perante a comunidade
10/05/1999		Decreto-Lei 156/99,		<i>Criação dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), constituídos pelos centros de saúde, hospitais e outros serviços e entidades, públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos numa determinada área geográfica ou região de saúde</i>	Promoção da lógica empresarial com a Lógica do Estado nos serviços públicos
11/09/1999		Despacho Normativo n.º 61/99	Aparecimento de novos atores no sistema, nova agência governamental	Criação das agências de contratualização dos serviços de saúde	Promoção da separação das funções de financiador das de prestador pelo Estado
18/09/1999		Decreto-Lei n.º 374/99	Aparecimento de novos atores no sistema	Cria os centros de responsabilidade integrados (CRI) nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.	Promoção da lógica empresarial nos serviços públicos
1999			Aparecimento de novos atores no sistema	Cria a primeira ULS, agregando o Hospital de Pedro Hispano e os centros de saúde da sua área de influência	Promoção da lógica do empresarial com a lógica do Estado nos serviços públicos

2001				É criado o Hospital do Barlavento Algarvio, com um modelo de gestão empresarial	Promoção da lógica empresarial nos serviços públicos
16/11/2001		Resolução do Conselho de Ministros 162/2001, define a Estrutura de Missão Parcerias, Saúde	Criação de agência governamental	<i>desenvolver um enquadramento legal apropriado ao lançamento de projectos de parceria público/privados no sector da Saúde, mas tem, também, a responsabilidade de identificar projectos e prepará-los para serem lançados sob a forma de parcerias; de organizar e conduzir os concursos públicos relativos a cada projecto</i>	
25/02/2002		Decreto-Lei 39/2002	Os diretores clínicos e de enfermagem passam a ser nomeados pelo ministro mediante escolha do diretor do hospital	<i>Aprova nova forma de designação dos órgãos de direcção técnica dos estabelecimentos hospitalares e dos centros de saúde, altera a composição dos conselhos técnicos dos hospitais e flexibiliza a contratação de bens e serviços pelos hospitais.</i>	Redução da lógica profissional e promoção da lógica do Estado
Migração para novas formas de governação (2002-2014)					
Data	Estudos e relatórios públicos	Diplomas legislativos	Mudanças estruturais	Declarações representativas da visão dos diferentes atores no campo	Visão cognitiva do campo – lógicas e mecanismos
2002	Programa do XV Governo Constitucional, pág. 147		Reforma do sector da Saúde	<i>“a desorganização e degradação do Serviço Nacional de Saúde, com crescimento descontrolado das despesas públicas e défices elevadíssimo” e a “ineficácia da gestão de recursos materiais, técnicos e humanos, gerando a insatisfação crescente dos profissionais de saúde e penalizando fortemente os utentes”</i>	Necessidade de mudança em nome da sustentabilidade do sistema
2002		Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002	Criação de novos atores no campo, os hospitais empresa	<i>“«empresarialização» de hospitais constitui um vector essencial da reforma da gestão hospitalar em curso e um factor indispensável para melhorar o nível de desempenho global do Serviço Nacional de Saúde, potenciando ganhos de saúde acrescidos e assegurando as</i>	Promoção da lógica empresarial e do Mercado

				<i>condições de base da sua sustentabilidade”</i>	
Junho 2002	Boletim do SIM, 39, Editorial, Arroz, C., pág. 3			<i>O Euro veio introduzir critérios de rigor e contenção orçamental [...] Um dos sectores mais apetecíveis para o emagrecimento é a Saúde, porque (o Estado) não soube atempadamente contractualizar prestação de Serviços de Saúde com entidades que melhor gerissem. Os médicos, afastados há muito das decisões políticas de recursos humanos e de investimento, aparecem, pela boca dos novos gestores, como os principais responsáveis pelo descalabro financeiro do Serviço Nacional de Saúde. Inevitavelmente as mudanças previstas para o SNS têm como alvo os médicos. Os políticos, todos, insensatos e pouco agradecidos, esquecem rapidamente que o trabalho médico, e a sua excelência, colocaram a Saúde como o único sector social em verdadeira convergência Europeia [...]</i>	Resposta das associações profissionais recusando a responsabilidade do descalabro financeiro do sistema de saúde, Defesa do profissionalismo médico
20/08/2002		Decreto-Lei n.º 185/2002	Novos atores no campo, criação das PPP	Define o estabelecimento, no âmbito do SNS “ <i>de parcerias público/privado através da concessão da gestão de unidades prestadoras de cuidados a entidades privadas ou de natureza social ou pelo investimento conjunto entre estas entidades e o Estado, segundo princípios de eficiência, responsabilização, contratualização e de demonstração de benefícios para o serviço público de saúde</i>	Promoção da lógica empresarial, do Mercado
8/11/2002		Lei n.º 27/2002, alteração da Lei de Bases da Saúde		Promove a alteração legislativa para concretização da resolução do conselho de ministros n.º 41/2002	Promoção da lógica empresarial, do Mercado
9 a 11/11/2002		Decreto-Lei n.º 272 a 302/2002	Criação de novos atores no campo, os hospitais empresa	Aprovam a transformação de 31 hospitais do sector administrativo em hospitais EPE.	Promoção da lógica empresarial e do Mercado

2003	Relatório da Primavera, 2003: 67-68, OPSS		Desregulação do mercado de trabalho no campo	<i>A comunicação ascendente e descendente, intra e extra-institucional, não têm funcionado, criando grandes e graves problemas de desinformação e desmotivação, já que as questões da empregabilidade, da segurança e da continuidade dos profissionais está em causa e não se encontram respostas para questões, como por exemplo, a conjugação das carreiras específicas da saúde com os contratos individuais de trabalho ou como se mede a monitorização e avaliação do desempenho</i>	Promoção da lógica empresarial e do Mercado, compromisso do profissionalismo
5/02/2003		Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2003	Nova agência de controlo do Estado	<i>Cria uma unidade de missão designada 'Hospitais SA', com a finalidade de coordenar o processo global de lançamento e a estratégia de empresarialização dos hospitais com a natureza jurídica de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos</i>	Promoção da lógica empresarial e do Mercado associada à lógica do Estado
26/04/2003		Decreto-Lei n.º 86/2003	Define novos atores no campo, as parcerias público-privadas (PPP)	Define normas gerais das Parcerias público-privadas	Promoção da lógica empresarial e do Mercado
28/04/2003		Decreto-Lei n.º 10/2003	Inovação na relação entre o Estado e os hospitais	Aprova as condições gerais dos procedimentos prévios à celebração dos contratos de gestão para o estabelecimento de parcerias em saúde.	Promoção da lógica empresarial e do Mercado
20/08/2003		Decreto-Lei n.º 188/2003	Aparecimento de novos atores no campo, os gestores intermédios	Implementação de níveis intermédios de gestão definidos previamente pelo DL 374/99, de 18 de Setembro, com poder de decisão e capacidade de negociar no âmbito dos orçamentos-programa previamente contratualizados com o Conselho de Administração do hospital.	Aprofundamento da lógica empresarial nos hospitais
2003	ROM, Setembro de 2003, pág. 8			<i>"o Senhor Ministro tem centrado a questão, ainda que erradamente, na duração do tempo total da formação médica pós-graduada... a revisão da legislação sobre internatos envolve</i>	Compromisso do profissionalismo, compromisso da formação e da qualidade de cuidados

				<i>um problema mais relevante: a qualidade da formação dos médicos e, portanto, a qualidade dos serviços de saúde a prestar, no futuro próximo, a todos os portugueses”</i>	
Setembro de 2003	Carta aberta dos Corpos Gerentes da Sociedade Médica dos Hospitais da Zona Sul... a suas Excelências o Presidente da República, Presidente da Assembleia da República e Primeiro Ministro sobre Carreiras Médicas Hospitalares e Internatos Médicos			<i>“A instituição das Carreiras Médicas nos hospitais portugueses, estruturadas de acordo com o célebre Relatório das Carreiras Médicas da Ordem dos Médicos, de que foi relator o Professor Miller Guerra, representa uma das grandes conquistas do 25 de Abril, como principal factor da prodigiosa elevação da qualidade da nossa assistência, reflectida no seu grande prestígio internacional. Sendo os hospitais distritais o sector médico mais atrasado da altura, a sua dotação com Carreiras Médicas e Internatos Médicos, revestiu-se de grande relevância para o espectacular progresso alcançado, como pode ser certificado pelos respectivos índices de crescimento assistencial.”</i>	Promoção do profissionalismo médico no serviço público de saúde
Setembro de 2003	Pedro Nunes, Presidente da SRS da OM, Representantes dos médicos contra a Entidade Reguladora, ROM, pág. 12.		Reação da associação profissional médica aos critérios de seleção dos dirigentes de agência governamental	<i>"Nós quase diríamos que a única condição para poder ser nomeado para dirigir a entidade reguladora da saúde é não conhecer nada da saúde. Aliás, a única exclusão das incompatibilidades é a fileira política: alguém que tenha sido responsável pela área da saúde em termos políticos - ministros, secretários de estado, assessores - pode ser nomeado, mas quem tenha dirigido hospitais, quem tenha feito parte de sindicatos, quem tenha efectivamente feito qualquer tipo de trabalho na saúde está excluído da possibilidade de fazer parte dessa entidade"</i>	Exclusão dos profissionais médicos de agência governamental de controlo e fiscalização
10/12/2003		Decreto-Lei n.º 309/2003	Aparecimento de uma nova agência	Cria a Entidade Reguladora da Saúde	Funções reguladoras com áreas sobreponíveis às

			governamental com funções de fiscalização		ordens profissionais; reforço da lógica do Estado
27 de Janeiro de 2004	Comunicado do Fórum Médico			<i>“reafirmar a unidade e consenso na defesa das Carreiras Médicas, na sua imprescindibilidade na diferenciação técnica como mecanismo da garantia da qualidade dos cuidados médicos prestados aos cidadãos, bem como na sua implementação transversal independentemente do prestador de Cuidados de Saúde e das relações jurídicas de emprego”</i>	Defesa do profissionalismo médico nas novas unidades de cuidados
Fevereiro de 2004	Manuel Antunes, Política de saúde baseada na evidência, “Está-se a matar o Serviço Nacional de Saúde”, ROM, pág. 26-29.		Fuga dos profissionais de saúde	<i>“Está-se a matar o Serviço Nacional de Saúde, ou, pelo menos, a substituí-lo por outro qualquer. E esse outro terá a universalidade do acesso? Neste novo sistema público/privado do público só ficam os doentes!”</i>	Compromisso do profissionalismo e fuga dos profissionais de saúde
22/05/2004		Portaria n.º 551/2004	Promove a separação entre o Estado financiador e os prestadores de serviços,	Contratos-programa com os hospitais sociedades anónimas pela prestação de serviços a utentes do Serviço Nacional de Saúde	Promoção da lógica empresarial
24/06/2004		Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004	Cria o programa SIGIC	<i>Cria o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), com o objectivo de “minimizar o período que decorre entre o momento em que um doente é encaminhado para uma cirurgia e a realização da mesma, garantindo, de uma forma progressiva, que o tratamento cirúrgico dentro do tempo clinicamente admissível</i>	Promoção da lógica empresarial e do Mercado
Dezembro de 2004	Boletim do SIM, 49, Jorge Silva, Editorial		Associações profissionais acusam o governo de promover o fim das carreiras no sistema público	<i>“Queixam-se os Médicos de estar a ser colocado em causa este mesmo SNS e de estarmos perante uma tentativa de destruição desse garante de qualidade do exercício técnico da Medicina que são as Carreiras</i>	Compromisso do profissionalismo no SNS

				<i>Médicas. E com razão! Nada vimos de vantajoso nos Hospitais SA, nem para os doentes, nem para os Médicos e outros profissionais de Saúde, nem mesmo para as finanças públicas”</i>	
Janeiro de 2005	Discurso de tomada de posse do presidente da Secção Regional Centro de OM, José Manuel Silva, ROM, pág. 16-17.			<i>“Uma das questões que mais nos preocupa, pelo que representa e pelas suas implicações, é a credibilidade da Classe junto da opinião pública que, ano após ano, vem sendo deliberada e sucessivamente minada e vilipendiada por uma estratégia que visa enfraquecer-nos [...] a Ordem dos Médicos tem de trabalhar incansavelmente para recuperar uma posição de máxima credibilidade junto da opinião pública, questão na qual estamos em total consonância com o Bastonário eleito, que pretende que a Ordem seja um referencial de dignidade e de confiança por parte da população”</i>	Promoção da legitimidade dos profissionais médicos na comunidade
12-04-2005	Correia de Campos, ministro da Saúde, “Azeite em papel de jornal”, artigo de opinião, “Público”		Controlo do Mercado nos serviços públicos	<i>A questão é ideológica por várias razões: pela progressiva incompatibilidade entre serviço público e ocupação de Mercado [...] Temos que estar atentos às abordagens demasiado empresariais do serviço público.</i>	Governo manifesta-se contra a lógica do Mercado
7-04-2005		Comunicado do Conselho de Ministros, 07.04.2005, Reforma do Sistema de Saúde,	Criação de grupos de trabalho para a reforma do sistema	São criados o Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde, a Comissão para a Avaliação dos Hospitais SA; Despacho 18459/2006, Rede de referência hospitalar de urgência/emergência.	Promoção da lógica empresarial associada à lógica do Estado
7/06/2005		Decreto-Lei, n.º 93/2005	Criação dos novos hospitais empresa EPE	Transforma os hospitais sociedades anónimas em entidades públicas empresariais -EPE. Preâmbulo, “ <i>De facto, as futuras entidades públicas empresariais encontrar-se-ão sujeitas a um regime mais estrito ao nível das orientações estratégicas, a exercer pelos</i>	Promoção da lógica empresarial e do Mercado

				<i>Ministérios das Finanças e da Saúde, necessário para que aquele conjunto de empresas funcione, quer a nível operacional quer a nível da racionalidade económica das decisões de investimento.”</i>	
Agosto 2005	ROM, Ano 21 – N.º 59 Editorial, Passagem de Testemunho, Pedro Nunes, pág. 4			<i>os mais velhos tendem a perder o respeito pela função mais nobre – a de passar o testemunho. Aqui e ali ninguém quer ser orientador (dá trabalho e não é remunerado), não quer fazer parte de júris de exames, está demasiado apressado para explicar em pormenor uma técnica cirúrgica conhecida a um interno do primeiro ano. Aqui e ali um gestor da moda descobre a pólvora [...] os internos diminuem a ‘produtividade’, põem em risco os ‘objectivos</i>	Compromisso do profissionalismo médico pela expansão da lógica empresarial no sistema público
19/12/2005	Carlos Arroz, Secretário-Geral do SIM, “Os recursos são inferiores às necessidades dos doentes, Jornal de Negócios		Opções políticas do governo comprometem o sistema	politização da saúde e da gestão da saúde, impondo soluções não suportadas tecnicamente, um SNS assente na rede hospitalar e nos serviços de urgência, com fluxos descontrolados de procura e exigindo um imediatismo na resposta. Perante um sector com carácter eminentemente social e orçamentos finitos, é fundamental gastar bem e racionalmente para manter a sustentabilidade	A associação das lógicas do Estado com a empresarial compromete a qualidade e a sustentabilidade do sistema
29/12/2005		Decreto-Lei nº. 233/2005	Os diretores clínicos e de enfermagem integram os conselhos de administração e são nomeados pelo ministro que tutela o setor	<i>Transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João e cria o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., o Centro Hospitalar de Setúbal, E. P. E., e o Centro Hospitalar do Nordeste, E. P. E., e aprova os respectivos Estatutos</i>	Regressão do profissionalismo médico e expansão da lógica do Estado no sistema de saúde
3-02-2006	Entrevista com o Ministro da Saúde,		Sustentabilidade do sistema, novas estruturas	<i>“não tem dúvidas em avançar para a empresarialização de todos os hospitais” [...]</i>	Governo em oposição à lógica do Estado,

	Correia de Campos, "As grávidas vão poder escolher o sítio onde querem fazer o parto", Diário de Notícias		na saúde	"o SNS é inviável se se mantiver só numa lógica de administração pública, porque caminha para a ineficiência" [...] "só aceitou o cargo 'para fazer a reforma dos cuidados primários e para criar a rede de cuidados continuados"	promoção da lógica empresarial
6-01-2007	Entrevista com o Ministro da Saúde, Correia de Campos, à TSF e ao Diário de Notícias		Controlo biométrico nos hospitais	<i>Palavra d'Honra: Há hospitais urbanos que têm médicos a mais: O controlo de assiduidade é uma obrigação cívica. Não percebo como é que um organismo respeitado e responsável como a Ordem dos Médicos vem dizer que não deve haver controlo de assiduidade. Ou como é que um sindicato protesta. É a forma mais justa de se organizar o trabalho interno dos médicos e os recursos que o Estado entrega aos hospitais</i>	Compromisso do profissionalismo, proletarização dos profissionais
6/03/2007	José Manuel Silva, Presidente da Secção Regional do Centro, "A requalificação da rede de Urgências", Tempo de Medicina ONLINE		Encerramento de serviços e unidades de urgência, compromisso dos serviços públicos e das urgências dos hospitais	<i>Todos os que trabalham ou recorrem às Urgências sentem que as Urgências hospitalares estão a ficar completamente saturadas e, algumas, a entrar em ruptura de espaço físico e recursos humanos, não tendo capacidade para absorver mais encerramentos. É um problema generalizado, pelo que seria injusto estigmatizar somente uma ou outra Urgência, como se os problemas residissem nesse hospital. O que é confirmado pelos números, pois a afluência às Urgências em 2006 foi cerca de 4-5% superior à de 2005. É o resultado do encerramento dos SAP, sem alternativas claras para os cidadãos! [...] A grande reforma das Urgências [...] que só se consegue com uma eficiente reforma dos cuidados de saúde primários [...]</i>	Reforma do sistema público a condicionar a qualidade dos cuidados
3-05-2007	José Manuel Silva,			<i>(O ministro está a fazer tudo) ao contrário. Os</i>	As associações

	Presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos, “Michael Porter e Correia de Campos”, Tempo de Medicina			<i>objectivos são exactamente os de esmagar salários, restringir serviços, transferir custos para os doentes, asfixiar instituições, substituir recursos públicos por privados [...]a reforma das Urgências está a ser totalmente subvertida pelas sucessivas decisões ministeriais [...] o ministro apenas queria um relatório descartável, que pudesse usar a seu bel-prazer e lhe permitisse fechar SAP indiscriminadamente [...] Vai morrer gente [...] em situações de urgência/emergência por falta de assistência médica, é inexorável”</i>	profissionais acusam o governo de limitar a acessibilidade da comunidade aos serviços de saúde
Julho 2007	ROE, Suplemento da Revista Número 26, Regulação profissional, pág. 6.		Compromisso do profissionalismo na enfermagem	<i>(migração de uma) “gestão técnico- funcional e administrativa centralizada para a descentralização em departamentos e unidades de proximidade com tendência para a contratualização de serviços” (denunciando a) “crescente instabilidade nas condições de acesso ao exercício profissional e a impossibilidade de regular eficazmente o acesso à profissão”, (a) “impossibilidade de todos os enfermeiros acederem a um percurso de especialização reconhecida política e socialmente</i>	Promoção da lógica empresarial e do Mercado a comprometer a lógica profissional
Julho 2007	Artigo de Correia de Campos, Ministro da Saúde, publicado nos Cadernos de Economia, n.º 80		Inovação nos sistemas informação e na logística	<i>desenvolvimento de mecanismos de contratualização e monitorização, mais sistematizados e mais próximos [...]aplicação de instrumentos típicos da gestão privada na procura da eficiência das instituições inseridas no SNS. Compras conjuntas, sistemas de informação inteligentes, mecanismos de reporte adequados</i>	Promoção da lógica empresarial
30-10-2007	José Manuel Silva, Presidente da Secção			<i>“médicos não necessitam de lições de assepsia de um ministro que confunde Saúde</i>	Associações profissionais acusam o governo de

	Regional do Centro, “Lavar as mãos!”, Tempo de Medicina.			<i>com estatísticas manipuladas [...] é fundamental denunciar a incrível falta de condições para uma mais efectiva prevenção destas infecções, situação agravada pela cega determinação em colocar os hospitais a dar lucro, sem que se perceba muito bem o que isso quer dizer, não obstante os impressionantes cortes orçamentais [...] é um imperativo ético afirmar publicamente que há cada vez mais actos médicos necessários e essenciais que são adiados por falta do material ou condições adequadas”</i>	comprometer o acesso à saúde pela comunidade
16/01/2008		Despacho n.º 3596/2008, Cria a Comissão de Estudo para a Avaliação dos hospitais EPE	Comissão para avaliar os critérios de seleção dos diretores das unidades de saúde	<i>De facto, um dos factores relacionados com a transparência e a prestação de contas está relacionado com a forma como os CA são nomeados, quais os critérios utilizados e a avaliação da sua efectividade</i>	Controlo da lógica de burocrata-administrativa do Estado
27/02/2008		Lei n.º 12 -A/2008	Altera o estatuto dos funcionários públicos e corpos especiais	<i>Aprova 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</i>	Promoção da lógica empresarial
Jan-Março 2008	Jorge Silva, Boletim do SIM, 62, Mudam-se os tempos... e as vontades?			<i>(a necessidade do governo mostrar) “sinais de reforço do Serviço Nacional de Saúde e das responsabilidades sociais do Estado [...] (é urgente) tomar decisões políticas sob pena que mesmo aquilo que de bom foi feito, apesar de o poder e dever ter sido melhor, se perder definitivamente”.</i>	Associações profissionais acusam governo de comprometer o serviço público de saúde
2008	Relatório da Primavera (2008), OPSS, Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas, CEISUC, Coimbra, pág. 4-5.			<i>“a prática governativa da saúde”(apostada na) “resolução de problemas pontuais”(e para as consequências da) “fuga de médicos do sector público para o sector privado”. (Se nada for feito para inverter esta tendência) “daqui a poucos anos não haverá recursos</i>	Compromisso do profissionais a promover a fuga dos profissionais

				<i>humanos para manter o serviço público de saúde” [...]Não são de certeza as formas contratuais que pouco a pouco se vão instalando nos hospitais públicos que vão criar condições para a fixação de profissionais necessários ao serviço público” (nem) “não são de certeza algumas formas que se estão a conceber para complementar o salário dos profissionais que vão resolver o problema da fixação no serviço público”</i>	
1-07-2008	Observatório dos Sistemas de Saúde deixa aviso sobre capacidade de resposta do SNS, Carlos Santos Neves, RTP		Numerus clausus e aposentações antecipadas como causa do compromisso do serviço público de saúde	<i>“Estamos, hoje, a sofrer as consequências do número diminuto de alunos que entrou para as faculdades de Medicina nos anos 80 e no início dos anos 90, ao mesmo tempo que se faz sentir um número elevado de pedidos de reformas antecipadas, a que legitimamente os profissionais têm direito” (ministro da Saúde)</i>	Compromisso do profissionalismo
16/07/2008	Comunicado conjunto, SIM e FNAM			<i>“não prescindem de negociação de matérias que lhes estão legal e exclusivamente adstritas [...] a contratação colectiva, a estabilidade laboral e as carreiras médicas são pilares do Serviço Nacional de Saúde e, em consequência, da qualidade do exercício da Medicina e da saúde dos Portugueses”</i>	Promoção do profissionalismo
7/11/2008	TVi, Saúde cria fundo de 800 milhões para pagar dívidas dos hospitais EPE, Redação/PGM,			Criação de um fundo de 800 milhões de euros para pagar as dívidas dos hospitais EPE	Compromisso da lógica empresarial, controlo do Estado
Dezembro de 2008	Carlos Arroz, citado por Jorge Silva, Boletim do SIM, 65, Acariciar e chamar médicos para o SNS			<i>“são as condições de trabalho, o reconhecimento e o bom trato que podem fixar médicos e não só os incentivos financeiros. A estabilidade, uma equipa sólida uma carreira, apoio na formação contínua, protecção na responsabilidade civil, isso sim, poderiam ser</i>	Promoção do profissionalismo médico

				<i>factores que levariam os médicos a fixar-se”</i>	
Dezembro de 2008	Federação Nacional dos Médicos, Sindicato das Ciências e Tecnologias da Saúde, Sindicato dos Enfermeiros, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Sindicato dos Enfermeiros da R.A. Madeira, Sindicato Independente dos Profissionais de Enfermagem, Sindicato Independente dos Médicos, Sindicato dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica.		Promoção das carreiras profissionais no sistema público de saúde	<i>“consideram indispensável e exigem [...] (que) seja estabelecida uma contratação colectiva única [...] em cada sector profissional [...] afirmam a sua clara determinação na defesa do acima referido [...] Para tal não hesitarão em recorrer, se necessário, a todos os processos sindicais e legais”.</i>	Promoção do profissionalismo médico
Fevereiro de 2009	ROM, 98, Discurso Isabel Caixeiro, presidente da SRSul		Promoção das carreiras profissionais no sistema público de saúde	<i>“Está iniciado o debate sobre a evolução das Carreiras Médicas no nosso país, um pilar essencial para a sustentação de um Serviço Nacional de Saúde. As experiências dos contratos individuais de trabalho no SNS mostram já as iniquidades que geram, a incapacidade óbvia em assegurar um desenvolvimento profissional médico consolidado pela diferenciação científica e a desestruturação do trabalho em equipa. Das Carreiras Médicas dependerá, como dependeu no passado, a configuração futura dos cuidados de saúde do nosso país”</i>	Promoção do profissionalismo médico
2009	<i>Miguel, J.P., O exclusivo das Associações Sindicais</i>		Compromisso das carreiras no serviço público	<i>Tal é o novo paradigma da reforma da Administração Pública que altera expressivamente o estatuto dos médicos das</i>	Compromisso do profissionalismo médico

	<i>na Negociação das Carreiras Médicas, Departamento Jurídico do Sindicato Independente dos Médicos.</i>			<i>'carreiras médicas' mas, sobretudo, constitui o sinal de que no futuro as 'carreiras médicas' deixaram de estar no horizonte desta classe sócio-profissional. Aos médicos do SNS que venham a trabalhar nas Entidades Públicas Empresariais, EPE, não é aplicável o RCTFP (Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas), porque... (a Lei) 59/2008, o impede; diferentemente, aplicar-se-lhes-á o regime dos 'contratos individuais de trabalho', isto é, o Código do Trabalho... Ou seja, aqueles que já estão hoje nas 'carreiras médicas', lá continuam; todos os demais, não podem entrar</i>	
Relatório Primavera 2009	OPSS, Planeamento e gestão estratégica dos recursos humanos, Pág. 106-7		Recriação das carreiras médicas	O novo regime legal cria uma carreira médica única, organizada por áreas de exercício profissional [...] adopção de critérios similares de valorização da qualificação e categorização dos médicos pode contribuir para uma maior mobilidade dos profissionais entre instituições [...] Os sistemas de remuneração associados ao desempenho, a gestão de carreiras e o desenvolvimento de programas de formação e desenvolvimento são áreas que devem merecer a reflexão do governo.	Promoção do profissionalismo médico
4-08-2009		Decreto-Lei 176/2009 e 177/2009	Recriação das carreiras médicas	Regulamentam as carreiras médicas, respectivamente para os médicos em exercício de funções nas entidades públicas empresariais e em regime de contrato de trabalho em funções públicas.	Promoção do profissionalismo médico
13-10-2019		Acordo colectivo de trabalho n.º 2/2009	Recriação das carreiras médicas	Acordo colectivo da carreira especial médica, entre as entidades empregadoras públicas e a Federação Nacional dos Médicos e o Sindicato Independente dos Médicos	Promoção do profissionalismo médico
8/11/2009		Boletim do Trabalho e	Recriação das carreiras	ACT entre o Centro Hospitalar de Coimbra, E.	Promoção do

		Emprego, n.º 41	médicas	P. E., e outros e a Federação Nacional de Médicos — FENAME e outro.	profissionalismo médico
2010	Relatório da Primavera, 2010, OPSS, pág. 6			O OPSS destaca as questões da segurança e da qualidade nos cuidados de saúde, levantando a questão das “ <i>competências e experiência dos profissionais que prestam os cuidados</i> ” representarem um fator muito importante “ <i>no sucesso do tratamento, principalmente se representar um procedimento cirúrgico numa área de especialidade</i> ”. Concluindo que em Portugal “ <i>não existe evidência sobre a frequência e causas de insegurança na prestação dos cuidados</i> ”.	Compromisso da qualidade dos cuidados, compromisso do profissionalismo
2010	Tribunal de Contas, Auditoria Orientada à Atribuição do Valor de Convergência aos Hospitais EPE, Relatório n.º 11/10 - 2ª S, Processo n.º 19/09 – Audit, Volume I.			O Tribunal de Contas publica um relatório sobre a atribuição de verba de convergência aos hospitais EPE em que defende que esta verba fixa é indutora de ineficiência e que a valorização económica contratual dos hospitais é insuficiente para o seu normal funcionamento. Para esta entidade as dotações financeiras insuficientes promovem a desmotivação dos gestores, perante objetivos inatingíveis e sem capacidade para negociarem internamente com os serviços.	Orçamentos insuficientes a comprometer a lógica empresarial
Maio de 2010	Plano de redução de despesa dos Hospitais EPE e SPA (Ministério da Saúde)		Centralização e controlo dos hospitais	o governo dá início a um processo de centralização e controlo dos hospitais, determinando de forma administrativa a redução de despesas entre os 2 e os 5%.	Compromisso da lógica empresarial
7/09/2010	Dívidas na saúde tornam Estado refém de interesses privados”, Raquel Ramalho Lopes, RTP		Centralização e controlo dos hospitais	/divulgação dos) “ <i>resultados negativos dos hospitais com gestão empresarial agravaram-se 154 por cento no primeiro semestre do ano [...] Correia de Campos defendia que o controlo das contas da saúde só se conseguia “andando em cima dos hospitais. Reunindo com os gestores, fazendo psicodrama,</i>	Compromisso da lógica empresarial

				<i>ameaçando demissões</i>	
2011	Relatório da Primavera, 2011, OPSS, pág. 55		Promover as unidades intermédias de gestão	O OPSS aponta para a necessidade de promover as unidades intermédias de gestão, que permitissem a contratualização interna dos hospitais, através de modelos de governação clínica assentes na responsabilização e transparência dos processos, em princípios de qualidade e segurança e incentivassem a participação ativa dos profissionais de saúde	Promoção da lógica empresarial
2011	Tribunal de Contas, relatório nº 17/2011-2ªS, Processo n.º 20/10-Audit, Volume I, “Auditoria ao Sistema Remuneratório dos Gestores Hospitalares e aos Princípios e Boas Práticas de Governação dos Hospitais EPE”, pág. 11.		Criação dos Centros Hospitalares não demonstram vantagens económicas	<i>sem prejuízo da informação produzida pelas Administrações Regionais de Saúde que suportaram a constituição dos Centros Hospitalares supra referidos, fornecida pelo Ministério da Saúde, não resulta evidência quantificada sobre a avaliação das sinergias estimadas (vg. economias de escala, economias financeiras, diferenciais de eficiência) e disponibilidades de excedentes de tesouraria que fundamentassem quantitativamente os anunciados impactos assinaláveis de redução de custos</i>	Compromisso da lógica empresarial
3/05/2011		<i>Portugal: Memorandum Of Understanding On Specific Economic Policy Conditionality, 3 May 2011</i>	Centralização, racionalização, concentração	<i>Define a estratégia de contenção e racionalização dos gastos e a política de incremento de receitas no sistema de saúde, para além do estrutura de controlo de gestão</i>	Promoção da lógica do Estado
Setembro de 2012	Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, Parecer 64/CNECV/2012		Restrição no acesso aos medicamentos inovadores	Parecer sobre um Modelo de Deliberação para o Financiamento do Custo dos Medicamentos	Promoção da lógica do Estado
21/02/2012		Lei 8/2012	Limitação na gestão	<i>Aprova as regras aplicáveis à assunção de compromissos e aos pagamentos em atraso das entidades públicas.</i>	Promoção da lógica do Estado, compromisso da lógica empresarial
2012	Direção Geral de Saúde e Ordem dos Médicos		Colaboração informal entre a OM e a agência	<i>Elaboração e difusão de normas de orientação clínica (NOCs) para os cuidados</i>	Promoção da lógica do Estado associada à lógica

			governamental	<i>de saúde</i>	do profissionalismo
2012	Criação de vários grupos de trabalho		Criação de grupos de trabalho para a reforma	<i>Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, Grupo de trabalho para a Carta Hospitalar, ou a Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência</i>	Promoção da lógica do Estado
2012		Concurso Público Nº 2012/102, SPMS,EPE		<i>Concurso Público para a celebração de contratos públicos de aprovisionamento para a área da Saúde, com vista à prestação de serviços médicos às instituições do Serviço Nacional de Saúde</i>	Promoção da lógica do Empresarial
6/06/2012	ROM, Ano 28, 130		Greve contra a contratualização/ prestação de serviços do trabalho médico	<i>No dia 6 de Junho, Ordem dos Médicos e sindicatos médicos realizaram uma conferência de imprensa conjunta sobre a situação na área da saúde[...] este comunicado é uma tomada de posição em defesa dos direitos dos doentes, da qualidade da medicina e da formação médica. FNAM e SIM convocaram uma greve nacional dos médicos para os próximos dias 11 e 12 de Julho, greve essa que conta com a solidariedade da Ordem dos Médicos</i>	Oposição à lógica empresarial
Outubro de 2012	Acordo entre as associações médicas e o governo		Pedido de apoio das associações médicas à comunidade em defesa do serviço público de saúde	<i>a greve de 11 e 12 de Julho passado, a mais participada de sempre no período democrático, que contou com o apoio da Ordem dos Médicos e a compreensão da população portuguesa, aliás, foi para ela, que no dia do acordo nos dirigimos, quando salientámos que os médicos se comprometem a trabalhar mais 5 h, criando um novo regime de 40 h de trabalho por semana[...]criar perspectivas para os que iniciam a carreira. Os mais jovens estão mais protegidos da selvajaria de contratação que tem imperado nos últimos anos</i>	Promoção da lógica profissional associada à lógica da comunidade
2013	Relatórios de		Controlo de gestão das	(Com base) <i>no modelo proposto pela</i>	Promoção da lógica do

	benchmarking trimestrais das unidades de saúde públicas		unidades de saúde pública	<i>Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), aumentando a transparência e partilha de informação com a comunidade numa perspetiva de construção do mercado público de prestadores de cuidados de saúde</i>	Empresarial
2014	Relatório da Primavera, 2014, pág. 24		Centralização do controlo de gestão	<i>centraliza-se porque o MS não confia na capacidade de gestão de quem foi por si nomeado para administrar os hospitais, as ULS, os ACES e os serviços de saúde públicos e descentraliza-se porque o MS considera que passar para sector privado, ainda que não lucrativo, a responsabilidade da gestão de unidades de saúde assegura menor despesa pública</i>	Promoção da lógica do Estado
2015	Entrevista ao Ministro da Saúde, Paulo Moita de Macedo, Revista Acontece, ACSS, Boletim N° 4, Outubro de 2015, pág. 18			<i>O desequilíbrio financeiro [...] era muito grave. O défice do SNS situava-se acima dos 800 milhões de euros, enquanto a dívida ultrapassava os 3700 milhões de euros [...] A liquidação das obrigações com os fornecedores era um aspeto essencial para o saneamento financeiro do SNS e para a própria atividade das indústrias da saúde. Outro aspecto importante foi a renegociação dos acordos entre o Ministério da Saúde e a indústria farmacêutica, que permitiu um encaixe para o Estado de 500 milhões de euros entre 2012 e 2015</i>	Promoção da lógica do Estado

3. AS CARREIRAS MÉDICAS COMO PARADIGMA DO PROFISSIONALISMO MÉDICO: ABORDAGEM DA SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO E FORMAS DE LEGITIMAÇÃO - Anexos

Quadro 3.1. Notícias na comunicação social sobre o conflito entre os médicos e o governo

Órgão de comunicação social, autor, data	Título da peça	Discurso
<i>Diário de Notícias</i> , Artur Portela, 25-01-1988	Molière à Força	Quando Vítor Jorge, o homem da tragédia do Osso da Baleia, diz que “a culpa é dos médicos” está e não está a dizer o mesmo que a senhora ministra da Saúde diz, por vezes.[...] A culpa pode ser, hoje, por exemplo, toda dos políticos. Ou dos militares. Ou dos médicos. Trata-se de um velho mecanismo simultaneamente redutor e potenciador. Que mobiliza e distrai. É a tática do <i>progrum</i> . Os médicos já deviam saber.[...]
<i>O Independente</i> , 20-05-1988	Hipertensão, Médicos e Ministério estão cada vez mais distantes	“análise do estado da arte da guerra de Beleza com os médicos”
<i>O Independente</i> , Silva, A., I. Dentinho, 20-05-1988	Discurso directo	“Isso do diálogo é uma coisa excelente, mas não serve para mudar de ideias quem tem de resolver. Se eles (médicos) não aceitam, paciência, mas felizmente ou infelizmente para mim quem tem de resolver isto sou eu” (Leonor Beleza)
<i>O Independente</i> , 24-03-1989	Ligações perigosas	“Oficialmente, tudo começa com um dossiê preparado por clínicos daquele hospital (S. Francisco Xavier) e enviado à Ordem dos Médicos[...] O bastonário Machado Macedo entregou ao Ministério Público os documentos que sustentavam as suspeitas.” (O Independente, Costa, FS, L. Valente, 2015, Matéria Prima Ed., p. 132.)
<i>O Independente</i> , Paulo Portas, 14-06-1990	Dó e Responsabilidade	“Leonor Beleza teve toda a liberdade para explorar a inveja dos descamisados, virar os doentes contra os médicos...”

Quadro 3.2. Denúncias da falta de diálogo por parte das associações profissionais (2002- 2004)

<i>Data</i>	<i>Documento</i>	<i>Discurso</i>
30 de Setembro de 2002	<i>Comunicado da Comissão Executiva da FNAM</i>	É inadmissível, que estando ainda em apreciação na Assembleia da República a legislação de alteração da gestão hospitalar, o Ministério da Saúde tenha enviado, há 20 dias, um projecto que constitui matéria regulamentar. O conteúdo deste projecto insere-se claramente nas disposições contidas no art.º 6.º da Lei n.º 23/98, o que não possibilita uma mera audição prévia das organizações sindicais, mas impõe o desencadeamento de um processo formal de negociação colectiva. Nesse sentido, a FNAM desenvolverá todos os seus esforços junto dos vários órgãos de soberania e da Provedoria da Justiça, para que esta lei da Assembleia da República não seja ostensivamente violada.
Outubro 2002	Boletim do SIM, 41, Out-Dez 2002, pág. 10-11 <i>Comunicado APMCG, OM, FNAM, SIM</i>	É Inaceitável e inconstitucional a publicação de legislação, com grave incidência no modelo assistencial médico e na sua relação jurídica de emprego, sem negociação...
26 de Novembro 2002	<i>Comunicado do SIM sobre a Reunião com a Comissão Parlamentar do Trabalho e dos Assuntos Sociais</i>	Denúncia na AR do número de casos em que o SIM foi auditado, participou ou negociou com o MS: <i>Negociação colectiva = zero</i> <i>Direito de participação = zero</i> <i>Não houve sequer audição = três</i> (DL 180/2002, 8/08; DL 210/2002, 17/09; Diploma que cria o Inst. Toxidependência <i>Somente audição parcial = dois</i> <i>Reuniões com o Ministro = dois (primeira para apresentação de cumprimentos)</i>
Outubro de 2003	ROM, Outubro de 2003, pág. 42-44 Entidade Reguladora da Saúde	“o Senhor Ministro resolveu inventar uma estrutura designada por Entidade Reguladora da Saúde (ERS). A Ordem dos Médicos desconhece a versão final da proposta do Senhor Ministro... o Ministério da Saúde tem responsabilidades de tutela, de accionista, de co-contratante e de fiscalização financeira que lhe permite manter a regulação que se pretende atingir.”
Março de 2004	ROM, Março 2004, pág. 12, <i>Comunicado do Conselho Regional do Sul</i> , Apresentação pública de um pseudo-estudo científico por parte da Unidade de Missão para os Hospitais SA	“O Ministério da Saúde através da Unidade de Missão para os Hospitais SA encenou e levou ao palco no dia 5 de Março 2004 no auditório da Torre do Tombo, um espectáculo constituído pela apresentação pública de um pseudo-estudo científico [...] resume-se à comparação dos procedimentos de alguns serviços hospitalares portugueses com procedimentos definidos num protocolo elaborado num hospital americano. Tal protocolo não possui qualquer validação no espaço da União Europeia, não é reconhecido por qualquer entidade médica reguladora do mencionado espaço geo-político e é desconhecido da Ordem dos Médicos, entidade com tais funções legais em Portugal [...]Tal esforço financeiro de aparente tamanha inutilidade, (...) só pode ter uma explicação: A preparação das condições políticas para criar restrições aos internamentos hospitalares baseadas em decisões de administradores não médicos num claro prejuízo para os direitos dos doentes.

Quadro 3.3. Linha do tempo dos acontecimentos chave (1961-2011)

Implementação e legitimação das CM no sistema de saúde português (1961- 1990)					
Data	Estudos e relatórios públicos	Diplomas legislativos	Mudanças estruturais	Declarações representativas da visão dos diferentes atores no campo	Visão cognitiva do campo – lógicas e mecanismos
Abril 1958	Ciclo de conferências “Problemas da Medicina em Portugal”			Degradação do exercício da medicina nos hospitais em resultado da falta de profissionais médicos	Os médicos são essenciais para a prática de uma medicina de qualidade – lógica profissional
1961	Relatório sobre as Carreiras Médicas			<i>Não vale a pena erigir hospitais, dispensários, postos, centros de consulta e de assistência clínica; adquirir dispendiosos instrumentos e aparelhos; distribuir donativo e subsídios, gastar dinheiro, em suma, se não houver médicos em número suficiente e, ainda mais, se eles não tiverem preparação adequada para o desempenho das tarefas que lhes estão confiadas</i>	A reforma no sistema de saúde necessita de ser suportado por uma reforma do ensino e da formação médica
1961	Relatório sobre as Carreiras Médicas, pág. 20			<i>Encarar isoladamente as Carreiras Médicas, estabelecendo-as no estado em que se encontram os serviços, equivale a trincar a iniciativa da Ordem, comprometendo do mesmo passo a instauração do Serviço de Saúde</i>	Fonte cultural-cognitiva de legitimação das CM
1961	Relatório sobre as Carreiras Médicas			<i>1º - Coordenação tão completa quanto possível da medicina curativa com a medicina preventiva e recuperadora; 2º - Predomínio das actividades preventivas sobre as curativas; 3º - Unidade de concepção, direcção e execução da política da saúde; 4º - Integração dos hospitais e serviços afins (consultas, dispensários, Postos da Previdência, etc), num sistema de serviços (Serviço de Saúde), composto por uma</i>	Reforma do sistema de saúde português com integração entre as diferentes unidades de cuidados de saúde e criação de agência de coordenação e controlo

				<i>unidade integradora primária (Hospital sub-regional-Centro de Saúde) e por unidades superiores funcionalmente diferenciadas (Hospitais regionais e centrais)</i>	
1961	Relatório sobre as Carreiras Médicas, Pág. 21			<i>As Carreiras Médicas não se compreendem desarticuladas do sistema assistencial... ‘O valor da assistência, está no valor dos médicos que tiver ao seu serviço’</i>	Fonte cultural-cognitiva de legitimação das CM
7/01/1961	Entrevista concedida ao "Jornal do Médico" pelo Ministro da Saúde e Assistência, Martins de Carvalho		Acordo tácito do governo com as ideias expressas pelos profissionais médicos para a reforma do sistema de saúde	<i>Considero os Estudos sobre a Carreira Médica, em conjunto, como um documento impar na história da nossa administração. Representa a maior contribuição que até hoje, que eu saiba, alguma profissão deu ao Governo para resolução dos seus problemas. Mas eles demonstram quanto as soluções são difíceis, na medida, em que se deseja que transcendam as aspirações de um grupo e se transformem numa verdadeira solução nacional</i>	Fonte cultural-cognitiva de legitimação das CM
25/04/1963	Albino Aroso, <i>O Médico</i> , Carreira médica hospitalar			<i>“... estamos certos de que, dentro de alguns anos, veremos os nossos actuais estudantes ingressarem nas carreiras médicas através do internato geral e daí começarem ou a irradiar como clínicos gerais para essas regiões tão minguadas de medicina de bom nível ou a subirem os degraus da carreira que os poderá levar ao ambicionado lugar de director de serviço dum Hospital Central”</i>	Fonte cultural-cognitiva de legitimação das CM
19/07/1963		Lei 2120, Cap. IV, Do pessoal, Base XXV		<i>Serão estabelecidas para os médicos a carreira de saúde pública e a carreira hospitalar ... carreiras para o pessoal farmacêutico, auxiliar de medicina, de serviço social, de enfermagem e administrativo</i>	Fonte reguladora-normativa de legitimação das CM
1964	Guerra e Tomé, 1964: 638-9			<i>a especialização progressiva que tem experimentado a medicina. A aquisição de</i>	A definição dos limites e das novas fronteiras no

				<i>conhecimentos novos por meio da investigação científica, a sua utilização e as técnicas que exige determinaram uma diferenciação enorme na prática médica</i>	profissionalismo médico
1964	Guerra e Tomé, 1964: 638-9			<i>É na formação de equipas que se espera ver realizada a unificação do saber e da prática médica. Desta maneira e tanto quanto é possível antever, a Medicina vai exercitar-se futuramente em duas direcções complementares: a) a especialização; b) a medicina de equipa.</i>	Especialização médica e trabalho de equipa como controlo das tecnologias mais avançadas e novas formas de conhecimento
1964	Guerra, M. e F. Tomé, A profissão médica e os problemas da Saúde e da Assistência, <i>Análise Social</i> , Vol. II, nº 7-8, 642			<i>um plano que visa ao estabelecimento de carreiras hierárquicas, com garantias de condições de acesso, de trabalho, estabilidade económica e previdência social, que elevando o nível da medicina, dignifique a profissão, e coloque os médicos ao abrigo das contingências do dia de amanhã.</i>	Fonte cultural-cognitiva de legitimação das CM
27/04/1968		Decreto-Lei 48357, Estatuto Hospitalar		“pela necessidade de carreiras profissionais, baseadas na competência e preparação dos médicos”; “Mas a medida mais importante é, sem dúvida, a que se refere à instalação de carreiras profissionais, cobrindo os estabelecimentos e serviços centrais e regionais.”	Fonte reguladora-normativa de legitimação das CM
27/04/1968		Decreto-Lei 48358, Regulamento Geral dos Hospitais		Art. 43.º - 1. A carreira hospitalar começa pelo internato, que funciona como processo de aperfeiçoamento pós-escolar e constitui, para todos os efeitos, exercício médico hospitalar; Art. 47.º - 1. A admissão nos lugares de graduado e assistente dos hospitais centrais é feita por concurso de provas, realizado nos hospitais interessados.	Fonte reguladora-normativa de legitimação das CM
27/09/1971		Decreto-Lei 414/71, Estabelece o regime		“a instituição de carreiras profissionais devidamente estruturadas e hierarquizadas,	Fonte reguladora-normativa de legitimação

		legal ... carreiras profissionais		mercê do factor de segurança que o próprio método confere, permitindo a satisfação das legítimas expectativas até pela certeza antecipada da meticulosidade das escolhas a que dá lugar, designadamente pela imposição da observância de normas certas e conhecidas no recrutamento e promoção.“; “A revisão das carreiras hospitalares em especial da carreira médica hospitalar é encarada neste contexto como um dos aspectos a que se deve dedicar maior atenção.”	das CM
7/12/1974		Decreto-Lei 704/74, Determina várias providências relativas aos hospitais centrais e distritais pertencentes a pessoas colectivas de utilidade pública administrativa.		<i>os Hospitais das Misericórdias passam a ser geridos por comissões que são nomeadas e respondem perante o Secretário de Estado. O Estado passa a dispor, assim, de uma rede de equipamentos que lhe permite administrar a saúde a nível nacional</i>	Implementação da lógica do Estado no sistema de saúde em Portugal
1976		Constituição da República Portuguesa, art.64.º, 2		<i>O direito à protecção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito, pela criação de condições económicas, sociais e culturais que garantam a protecção da infância, da juventude e da velhice e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo.</i>	Implementação da lógica do Estado no sistema de saúde em Portugal
8/09/1979		Decreto-Lei 373/79, Define o Estatuto do Médico			Preserva a autonomia e a autorregulação da profissão
15/09/1979		Lei 56/79, Cria o Serviço Nacional de Saúde		<i>Cria, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS),</i>	Implementação da lógica do Estado no sistema de

				<i>pelo qual o Estado assegura o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição</i>	saúde em Portugal
3/08/1982		Decreto-Lei 310/82, Aprova as Carreiras Médicas		<p>1. No conjunto das actividades relativas à defesa da saúde, avulta, com profunda relevância, a profissão médica, já que se situa em posição capital como chave e como cúpula técnico-científica de qualquer sistema de saúde. Resulta daqui a profunda responsabilidade destes profissionais e a grande delicadeza de que se reveste a elaboração dos diplomas legais que enquadrem a respectiva actividade nos serviços de saúde que o Estado deve assegurar.</p> <p>2. A carreira médica é definida como uma sequência de graus, que são patamares de conhecimento e diferenciação técnico-científica de responsabilidade crescente, obtidos mediante períodos de formação, cursos e provas públicas de competência.;</p> <p>3. A formação profissional tem, naturalmente, um lugar de relevo na actividade dos serviços de saúde, quer sob a forma de períodos de formal aprendizagem (os internatos) quer sob a forma de formação permanente, mas sempre com o enquadramento próprio do treino em serviço.</p>	Fonte reguladora-normativa de legitimação das CM
3/08/1982		Decreto-Lei 310/82, ARTIGO 2.º (Objectivo das carreiras)		1. A instituição das carreiras médicas visa a legitimação, a garantia e a organização do exercício da actividade médica nos serviços públicos de saúde, com base nas adequadas habilitações profissionais e sua evolução em termos de formação permanente e prática funcional.	Fonte reguladora-normativa de legitimação das CM

3/08/1982		Decreto-Lei 310/82, ARTIGO 3.º (Natureza das carreiras)		1. As carreiras médicas têm a natureza de carreiras profissionais.	Fonte reguladora-normativa de legitimação das CM
1985		Programa do X Governo Constitucional, Cap. III, 3. Saúde, pág. 52		<i>o esforço de descentralização e o apelo à utilização de recursos exteriores à estrutura do Estado [...]caminhar-se-á no sentido da ideia de que, se o Estado é o garante de que os cidadãos têm acesso à saúde, nem por isso lhe cabe assegurar directamente todos os cuidados respectivos. Um papel importante deve pertencer à iniciativa privada, incluindo as instituições particulares de solidariedade social</i>	Perspetiva do Estado enquanto garante da saúde da população, com a participação da sociedade e da iniciativa privada
21/01/1988		Decreto-Lei 19/88, Lei de gestão hospitalar		<i>sistema hospitalar ... unidade muito complexa onde se produzem bens e serviços... os hospitais devem organizar-se e ser administrados em termos empresariais, a criação de centros de responsabilidade como níveis intermédios de administração.</i>	Promoção da visão empresarial dentro dos hospitais e de novos atores, os administradores intermédios que concorrem com os diretores médicos no controlo dos serviços
30/01/1988	Vicente Jorge Silva, Expresso, O discurso do desprezo			<i>é apenas a última ilustração do que tem vindo a ser a política de Leonor Beza: uma afirmação persistente do despotismo mesquinho e contabilístico, num confronto sistemático com a comunidade médica e, sobretudo, com os interesses elementares dos cidadãos numa área tão sensível do serviço do Estado como é a saúde e a assistência hospitalar</i>	A visão da comunicação social (da comunidade) do conflito entre os profissionais médicos e o governo
Março 1988	Entrevista de Machado Macedo, bastonário da OM			<i>Nos últimos anos passou-se para uma agressividade entre os Ministérios da Saúde e a Ordem dos Médicos, não por razões políticas mas porque, a pouco e pouco, os médicos passaram a ser julgados pela Tutela como os grandes culpados da desorganização</i>	Visão das associações profissionais sobre as medidas do governo para a reforma do sistema de saúde

				<i>hospitalar</i>	
Março 1988	Boletim do SIM, nº. 2, Os Médicos e a Greve			<i>Desde há dois anos, os médicos têm sido sujeitos a uma campanha sistemática de descrédito fomentada pelo Poder que instrumentaliza e manipula a opinião pública e em especial os doentes, com efeitos devastadores para a confiança do binómio médico-doente. Torna-se, assim, extremamente precária a prestação dos cuidados médicos às populações. Decorrendo diretamente desta distorção têm sido alguns médicos injuriados, ameaçados e até agredidos</i>	Visão das associações profissionais sobre a campanha promovido pelo Governo para retirar a legitimidade dos médicos perante a população
1988-1989	Greves médicas promovidas pelas associações sindicais				Extremar do conflito entre as associações profissionais e o governo
6/03/1990		Decreto-Lei 73/90, Aprova o regime das carreiras médicas.		1. As carreiras médicas têm a natureza de carreiras profissionais e o pessoal nelas integrado, atenta a natureza e especificidade das funções, constitui um corpo especial, submetido ao regime específico do presente decreto-lei. 2. A instituição das carreiras visa a legitimação, a garantia e a organização do exercício das actividades médicas no Serviço Nacional de Saúde, com base nas adequadas habilitações profissionais e a sua evolução, em termos de formação permanente e a prática funcional.	Fonte reguladora-normativa de legitimação das CM
6/03/1990		Decreto-Lei 73/90, Artigo 5.º Exercício profissional		2. O médico exerce a sua actividade com plena responsabilidade profissional, através do exercício correcto das funções assumidas, coopera com outros profissionais cuja acção seja complementar da sua e coordena e participa nas equipas de trabalho para o efeito	Fonte reguladora-normativa de legitimação das CM

				constituídas.	
6/03/1990		Decreto-Lei 73/90, Artigo 8.º Formação permanente		1. A formação do médico integrado em carreira assume carácter de continuidade e deve ser planeada e programada, com mobilização dos meios adequados, com vista a incentivar o desenvolvimento do seu perfil profissional ou a progressiva diferenciação	Fonte reguladora-normativa de legitimação das CM
6/03/1990		Decreto-Lei 73/90, Artigo 14.º Carreiras médicas		2. As carreiras reflectem a diferenciação e qualificação profissionais, sem prejuízo da intercomplementaridade de formação e da devida cooperação profissional, em termos coerentes com a integralidade e unidade sistemática das prestações de saúde e com os objectivos dos serviços de saúde.	Fonte reguladora-normativa de legitimação das CM
Aparecimento da <i>New Public Management</i> (NPM) e da lógica empresarial nos hospitais públicos (1990-2002)					
Data	Estudos e relatórios públicos	Diplomas legislativos	Mudanças estruturais	Declarações representativas da visão dos diferentes atores no campo	Visão cognitiva do campo – lógicas e mecanismos
24/08/1990		Lei 48/90, Lei de Bases da Saúde, Cap. I, Base I, nº. 4		Os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos.	Promoção da lógica empresarial no sistema de saúde
24/08/1990		Lei 48/90, Lei de Bases da Saúde, Sistema de Saúde, Cap. II, Base XII, nº 1		O sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades.	Promoção da lógica empresarial no sistema de saúde
24/08/1990		Lei 48/90, Lei de Bases da Saúde, Estatuto dos profissionais de saúde do Serviço Nacional de		... podem constituir-se em corpos especiais. ... o estatuto dos profissionais de saúde, o qual deve ser adequado ao exercício das funções e delimitado pela ética e deontologia	Preservação da autonomia e da garantia de formação dos profissionais

		Saúde, Cap. III, Base XXXI, nº 1- 4		profissionais. ... É assegurada formação permanente aos profissionais de saúde.	
11/04/1992		Decreto-Lei 54/92, estabelece o regime de taxas moderadoras para o acesso aos serviços de urgência, às consultas e a meios complementares de diagnóstico e terapêutica em regime de ambulatório, bem como as suas isenções		<i>as receitas arrecadadas com o pagamento parcial do custo dos atos médicos constituirão receita do Serviço Nacional de Saúde, contribuindo para o aumento da eficiência e qualidade dos serviços prestados a todos e, em especial, dos que são fornecidos gratuitamente aos mais desfavorecidos</i>	
15/01/1993		Decreto-Lei 11/93, define o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde		consagra o sistema nacional de saúde ao integrar as entidades privadas e os profissionais em regime liberal quando articulados na rede nacional do SNS.	
4/07/1993	Boletim do SIM, 4, António Bento, Sistemas de Saúde, Políticas de Saúde			As associações profissionais acusam o governo de aprovar o Estatuto do SNS “à revelia dos partidos políticos, associações representativas dos trabalhadores da saúde e da população” e defendem que os problemas existentes no SNS resultam das nomeações políticas do governo para as administrações e direções clínicas dos hospitais, ao abrigo da Lei de Gestão Hospitalar	
26/06/1993	Entrevista do ministro da Saúde, Arlindo Carvalho à Rádio Renascença			<i>hoje não há grande apetência para ser Administrador de Hospital. Um hospital é uma unidade muito complexa, é uma unidade onde é difícil exercer a sua profissão, sobretudo a nível de gestão. Por consequência eu penso que não é fácil hoje, já, e eu tenho tido essa experiência, encontrar pessoas disponíveis para virem a constituir a gestão das empresa, os gestores destas unidades</i>	

				<i>hospitalares[...].a lei que está aprovada, é a lei que está em vigor, e por consequência ela tem enormes potencialidades[...].Eu refuto peremptoriamente, esta ideia de que só se nomeiam os administradores políticos, só se nomeiam os administradores desta ou daquela força partidária. Bom, eu nomeio os administradores, fundamentalmente, em função de duas ou três coisas: em primeiro lugar a sua capacidade; em segundo lugar o seu perfil e em terceiro lugar pela confiança.</i>	
Abril de 1994	Boletim do SIM, 7, pág. 6, Elementos ligados às associações sindicais ganham as eleições para os corpos gerentes da Ordem dos Médicos			<i>A partir deste movimento, que foi designado pela comunicação social por “Movimento dos 50”, e sob o lema “Ordem – A casa de todos os médicos” criou-se e desenvolveu-se uma dinâmica de cooperação e de complementaridade entre a Ordem, Sindicatos e Associações, consubstanciada no Fórum Médico que tem dado maior força e coesão à intervenção das organizações médicas</i>	Agregação das associações profissionais médicas em defesa do profissionalismo médico
6/08/1994	Fórum médico			<i>“O Fórum Médico reunido de urgência, com toda a legitimidade, em 6/08/1994 ... apreciou o projecto de alteração das Carreiras Médicas, divulgado pelo Ministério e concluiu com total consenso que se trata dum documento a recusar liminarmente, considerando-o uma base inaceitável de discussão...”</i>	Contestação das associações profissionais às propostas do governo de alteração do modelo de carreiras
1995	Concedido a gestão de uma unidade pública a um grupo privado			É concedida a gestão por contrato do Hospital Fernando da Fonseca, à “Hospital Amadora/ Sintra, Sociedade Gestora, S.A.” pertencente ao Grupo Mello Saúde	
5/07/1998		Decreto-Lei n.º 151/98, atribuição de novo estatuto ao Hospital de		o Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, é objeto de revisão de estatutos, avançando para uma gestão de tipo	

		São Sebastião		empresarial	
15/01/1999	Francisco Bruto da Costa, Independente			<i>“A classe médica portuguesa está sob crítica ininterrupta de diversos sectores sociais desde há muitos anos [...] Ultimamente a questão agudizou-se devido à greve médica apelidada de “self-service”, com recriminações cada vez mais frequentes à classe médica ...”</i>	Compromisso da legitimidade médica perante a comunidade
10/05/1999		Decreto-Lei 156/99,		Criação dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), constituídos pelos centros de saúde, hospitais e outros serviços e entidades, públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos numa determinada área geográfica ou região de saúde	
11/09/1999		Despacho Normativo n.º 61/99		Criação das agências de contratualização dos serviços de saúde	
18/09/1999		Decreto-Lei n.º 374/99		Cria os centros de responsabilidade integrados (CRI) nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.	
1999				Cria a primeira ULS, agregando o Hospital de Pedro Hispano e os centros de saúde da sua área de influência	
2001				É criado o Hospital do Barlavento Algarvio, com um modelo de gestão empresarial	
25/02/2002		Decreto-Lei 39/2002	Os diretores clínicos e de enfermagem passam a ser nomeados pelo ministro mediante escolha do diretor do hospital	Aprova nova forma de designação dos órgãos de direcção técnica dos estabelecimentos hospitalares e dos centros de saúde, altera a composição dos conselhos técnicos dos hospitais e flexibiliza a contratação de bens e serviços pelos hospitais.	
Os hospitais empresa e a mudança da lógica institucional com a desinstitucionalização das CM (2002-2009)					
Data	Estudos e relatórios públicos	Diplomas legislativos	Mudanças estruturais	Declarações representativas da visão dos diferentes atores no campo	Visão cognitiva do campo – lógicas e mecanismos
2002	Programa do XV Governo		Reforma do sector da Saúde	<i>“a desorganização e degradação do Serviço Nacional de Saúde, com crescimento</i>	

	Constitucional, pág. 147			<i>descontrolado das despesas públicas e défices elevadíssimo” e a “ineficácia da gestão de recursos materiais, técnicos e humanos, gerando a insatisfação crescente dos profissionais de saúde e penalizando fortemente os utentes”</i>	
2002		Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002		<i>“«empresarialização» de hospitais constitui um vector essencial da reforma da gestão hospitalar em curso e um factor indispensável para melhorar o nível de desempenho global do Serviço Nacional de Saúde, potenciando ganhos de saúde acrescidos e assegurando as condições de base da sua sustentabilidade”</i>	
Junho 2002	Boletim do SIM, 39, Editorial, Arroz, C., pág. 3			<i>O Euro veio introduzir critérios de rigor e contenção orçamental [...] Um dos sectores mais apetecíveis para o emagrecimento é a Saúde, porque (o Estado) não soube atempadamente contractualizar prestação de Serviços de Saúde com entidades que melhor gerissem. Os médicos, afastados há muito das decisões políticas de recursos humanos e de investimento, aparecem, pela boca dos novos gestores, como os principais responsáveis pelo descalabro financeiro do Serviço Nacional de Saúde. Inevitavelmente as mudanças previstas para o SNS têm como alvo os médicos. Os políticos, todos, insensatos e pouco agradecidos, esquecem rapidamente que o trabalho médico, e a sua excelência, colocaram a Saúde como o único sector social em verdadeira convergência Europeia [...]</i>	
20/08/2002		Decreto-Lei n.º 185/2002		Define o estabelecimento, no âmbito do SNS <i>“de parcerias público/privado através da concessão da gestão de unidades prestadoras</i>	

				<i>de cuidados a entidades privadas ou de natureza social ou pelo investimento conjunto entre estas entidades e o Estado, segundo princípios de eficiência, responsabilização, contratualização e de demonstração de benefícios para o serviço público de saúde</i>	
8/11/2002		Lei n.º 27/2002, alteração da Lei de Bases da Saúde		Promove a alteração legislativa para concretização da resolução do conselho de ministros n.º 41/2002	
9 a 11/11/2002		Decreto-Lei n.º 272 a 302/2002		Aprovam a transformação de 31 hospitais do sector administrativo em hospitais EPE.	
2003	Relatório da Primavera, 2003: 67-68, OPSS			<i>A comunicação ascendente e descendente, intra e extra-institucional, não têm funcionado, criando grandes e graves problemas de desinformação e desmotivação, já que as questões da empregabilidade, da segurança e da continuidade dos profissionais está em causa e não se encontram respostas para questões, como por exemplo, a conjugação das carreiras específicas da saúde com os contratos individuais de trabalho ou como se mede a monitorização e avaliação do desempenho</i>	
2003	XI Congresso Nacional de Medicina, Debate sobre a recertificação do Médico			o nosso sistema de formação e carreiras médicas não tem hiatos de educação médica contínua ou desenvolvimento profissional permanente, Miguel Guimarães afirmou que <i>"Portugal é, possivelmente, um dos países europeus mais próximo dos objectivos teóricos de todo o sistema em discussão"</i>	Fonte cultural-cognitiva de legitimação das CM
20/08/2003		Decreto-Lei n.º 188/2003	Aparecimento de novos atores no campo, os gestores intermédios	Implementação de níveis intermédios de gestão definidos previamente pelo DL 374/99, de 18 de Setembro, com poder de decisão e capacidade de negociar no âmbito dos orçamentos-programa previamente	Aprofundamento da lógica empresarial nos hospitais

				contratualizados com o Conselho de Administração do hospital.	
2003	ROM, Setembro de 2003, pág. 8			<i>“o Senhor Ministro tem centrado a questão, ainda que erradamente, na duração do tempo total da formação médica pós-graduada... a revisão da legislação sobre internatos envolve um problema mais relevante: a qualidade da formação dos médicos e, portanto, a qualidade dos serviços de saúde a prestar, no futuro próximo, a todos os portugueses”</i>	Fonte cultural-cognitiva de legitimação das CM
Setembro de 2003	Carta aberta dos Corpos Gerentes da Sociedade Médica dos Hospitais da Zona Sul... a suas Excelências o Presidente da República, Presidente da Assembleia da República e Primeiro Ministro sobre Carreiras Médicas Hospitalares e Internatos Médicos			<i>“A instituição das Carreiras Médicas nos hospitais portugueses, estruturadas de acordo com o célebre Relatório das Carreiras Médicas da Ordem dos Médicos, de que foi relator o Professor Miller Guerra, representa uma das grandes conquistas do 25 de Abril, como principal factor da prodigiosa elevação da qualidade da nossa assistência, reflectida no seu grande prestígio internacional. Sendo os hospitais distritais o sector médico mais atrasado da altura, a sua dotação com Carreiras Médicas e Internatos Médicos, revestiu-se de grande relevância para o espectacular progresso alcançado, como pode ser certificado pelos respectivos índices de crescimento assistencial.”</i>	Fonte cultural-cognitiva de legitimação das CM
Setembro de 2003	Pedro Nunes, Presidente da SRS da OM, Representantes dos médicos contra a Entidade Reguladora, ROM, pág. 12.			<i>“Nós quase diríamos que a única condição para poder ser nomeado para dirigir a entidade reguladora da saúde é não conhecer nada da saúde. Aliás, a única exclusão das incompatibilidades é a fileira política: alguém que tenha sido responsável pela área da saúde em termos políticos - ministros, secretários de estado, assessores - pode ser nomeado, mas quem tenha dirigido hospitais, quem tenha</i>	

				<i>feito parte de sindicatos, quem tenha efectivamente feito qualquer tipo de trabalho na saúde está excluído da possibilidade de fazer parte dessa entidade"</i>	
10/12/2003		Decreto-Lei n.º 309/2003	Aparecimento de uma nova agência governamental com funções de fiscalização	Cria a Entidade Reguladora da Saúde	Funções reguladoras com áreas sobreponíveis às ordens profissionais; reforço da lógica do Estado
27 de Janeiro de 2004	Comunicado do Fórum Médico			<i>"reafirmar a unidade e consenso na defesa das Carreiras Médicas, na sua imprescindibilidade na diferenciação técnica como mecanismo da garantia da qualidade dos cuidados médicos prestados aos cidadãos, bem como na sua implementação transversal independentemente do prestador de Cuidados de Saúde e das relações jurídicas de emprego"</i>	Fonte cultural-cognitiva de legitimação das CM
Fevereiro de 2004	Manuel Antunes, Política de saúde baseada na evidência, "Está-se a matar o Serviço Nacional de Saúde", ROM, pág. 26-29.			<i>"Está-se a matar o Serviço Nacional de Saúde, ou, pelo menos, a substituí-lo por outro qualquer. E esse outro terá a universalidade do acesso? Neste novo sistema público/privado do público só ficam os doentes!"</i>	
22/05/2004		Portaria n.º 551/2004	Promove a separação entre o Estado financiador e os prestadores de serviços,	Contratos-programa com os hospitais sociedades anónimas pela prestação de serviços a utentes do Serviço Nacional de Saúde	Promoção da lógica empresarial
Dezembro de 2004	Boletim do SIM, 49, Jorge Silva, Editorial			<i>"Queixam-se os Médicos de estar a ser colocado em causa este mesmo SNS e de estarmos perante uma tentativa de destruição desse garante de qualidade do exercício técnico da Medicina que são as Carreiras Médicas. E com razão! Nada vimos de vantajoso nos Hospitais SA, nem para os</i>	Fonte cultural-cognitiva de legitimação das CM

				<i>doentes, nem para os Médicos e outros profissionais de Saúde, nem mesmo para as finanças públicas”</i>	
Janeiro de 2005	Discurso de tomada de posse do presidente da Secção Regional Centro de OM, José Manuel Silva, ROM, pág. 16-17.			<i>“Uma das questões que mais nos preocupa, pelo que representa e pelas suas implicações, é a credibilidade da Classe junto da opinião pública que, ano após ano, vem sendo deliberada e sucessivamente minada e vilipendiada por uma estratégia que visa enfraquecer-nos [...] a Ordem dos Médicos tem de trabalhar incansavelmente para recuperar uma posição de máxima credibilidade junto da opinião pública, questão na qual estamos em total consonância com o Bastonário eleito, que pretende que a Ordem seja um referencial de dignidade e de confiança por parte da população”</i>	
12-04-2005	Correia de Campos, ministro da Saúde, “Azeite em papel de jornal”, artigo de opinião, “Público”			<i>A questão é ideológica por várias razões: pela progressiva incompatibilidade entre serviço público e ocupação de Mercado [...] Temos que estar atentos às abordagens demasiado empresariais do serviço público.</i>	
7-04-2005		Comunicado do Conselho de Ministros, 07.04.2005, Reforma do Sistema de Saúde,		São criados o Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde, a Comissão para a Avaliação dos Hospitais SA; Despacho 18459/2006, Rede de referência hospitalar de urgência/emergência.	
7/06/2005		Decreto-Lei, n.º 93/2005		Transforma os hospitais sociedades anónimas em entidades públicas empresariais -EPE. Preâmbulo, “ <i>De facto, as futuras entidades públicas empresariais encontrar-se-ão sujeitas a um regime mais estrito ao nível das orientações estratégicas, a exercer pelos Ministérios das Finanças e da Saúde, necessário para que aquele conjunto de</i>	

				<i>empresas funcione, quer a nível operacional quer a nível da racionalidade económica das decisões de investimento.”</i>	
Agosto 2005	ROM, Ano 21 – N.º 59 Editorial, Passagem de Testemunho, Pedro Nunes, pág. 4			<i>os mais velhos tendem a perder o respeito pela função mais nobre – a de passar o testemunho. Aqui e ali ninguém quer ser orientador (dá trabalho e não é remunerado), não quer fazer parte de júris de exames, está demasiado apressado para explicar em pormenor uma técnica cirúrgica conhecida a um interno do primeiro ano. Aqui e ali um gestor da moda descobre a pólvora [...] os internos diminuem a ‘produtividade’, põem em risco os ‘objectivos</i>	
29/12/2005		Decreto-Lei n.º. 233/2005		<i>Transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João e cria o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., o Centro Hospitalar de Setúbal, E. P. E., e o Centro Hospitalar do Nordeste, E. P. E., e aprova os respectivos Estatutos</i>	
3-02-2006	Entrevista com o Ministro da Saúde, Correia de Campos, "As grávidas vão poder escolher o sítio onde querem fazer o parto", Diário de Notícias			<i>“não tem dúvidas em avançar para a empresarialização de todos os hospitais” [...] “o SNS é inviável se se mantiver só numa lógica de administração pública, porque caminha para a ineficiência” [...] “só aceitou o cargo ‘para fazer a reforma dos cuidados primários e para criar a rede de cuidados continuados”</i>	
6/03/2007	José Manuel Silva, Presidente da Secção Regional do Centro, “A requalificação da rede de Urgências”, Tempo			<i>Todos os que trabalham ou recorrem às Urgências sentem que as Urgências hospitalares estão a ficar completamente saturadas e, algumas, a entrar em ruptura de espaço físico e recursos humanos, não tendo</i>	

	de Medicina ONLINE			<i>capacidade para absorver mais encerramentos. É um problema generalizado, pelo que seria injusto estigmatizar somente uma ou outra Urgência, como se os problemas residissem nesse hospital. O que é confirmado pelos números, pois a afluência às Urgências em 2006 foi cerca de 4-5% superior à de 2005. É o resultado do encerramento dos SAP, sem alternativas claras para os cidadãos! [...] A grande reforma das Urgências [...] que só se consegue com uma eficiente reforma dos cuidados de saúde primários [...]</i>	
3-05-2007	José Manuel Silva, Presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos, “Michael Porter e Correia de Campos”, Tempo de Medicina			<i>(O ministro está a fazer tudo) ao contrário. Os objectivos são exactamente os de esmagar salários, restringir serviços, transferir custos para os doentes, asfixiar instituições, substituir recursos públicos por privados [...]a reforma das Urgências está a ser totalmente subvertida pelas sucessivas decisões ministeriais [...] o ministro apenas queria um relatório descartável, que pudesse usar a seu bel-prazer e lhe permitisse fechar SAP indiscriminadamente [...] Vai morrer gente [...] em situações de urgência/emergência por falta de assistência médica, é inexorável”</i>	
Julho 2007	ROE, Suplemento da Revista Número 26, Regulação profissional, pág. 6.			<i>(migração de uma) “gestão técnico- funcional e administrativa centralizada para a descentralização em departamentos e unidades de proximidade com tendência para a contratualização de serviços” (denunciando a) “crescente instabilidade nas condições de acesso ao exercício profissional e a impossibilidade de regular eficazmente o</i>	

				<i>acesso à profissão”, (a) “impossibilidade de todos os enfermeiros acederem a um percurso de especialização reconhecida política e socialmente</i>	
30-10-2007	José Manuel Silva, Presidente da Secção Regional do Centro, “Lavar as mãos!”, Tempo de Medicina.			<i>“médicos não necessitam de lições de assepsia de um ministro que confunde Saúde com estatísticas manipuladas [...] é fundamental denunciar a incrível falta de condições para uma mais efectiva prevenção destas infecções, situação agravada pela cega determinação em colocar os hospitais a dar lucro, sem que se perceba muito bem o que isso quer dizer, não obstante os impressionantes cortes orçamentais [...] é um imperativo ético afirmar publicamente que há cada vez mais actos médicos necessários e essenciais que são adiados por falta do material ou condições adequadas”</i>	
27/02/2008		Lei n.º 12 -A/2008		<i>Aprova 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</i>	
Jan-Março 2008	Jorge Silva, Boletim do SIM, 62, Mudam-se os tempos... e as vontades?			<i>(a necessidade do governo mostrar) “sinais de reforço do Serviço Nacional de Saúde e das responsabilidades sociais do Estado [...] (é urgente) tomar decisões políticas sob pena que mesmo aquilo que de bom foi feito, apesar de o poder e dever ter sido melhor, se perder definitivamente”.</i>	
2008	Relatório da Primavera (2008), OPSS, Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas, CEISUC, Coimbra,			<i>“a prática governativa da saúde”(apostada na) “resolução de problemas pontuais”(e para as consequências da) “fuga de médicos do sector público para o sector privado”. (Se nada for feito para inverter esta tendência)</i>	

	pág. 4-5.			<i>“daqui a poucos anos não haverá recursos humanos para manter o serviço público de saúde” [...]Não são de certeza as formas contratuais que pouco a pouco se vão instalando nos hospitais públicos que vão criar condições para a fixação de profissionais necessários ao serviço público” (nem) “não são de certeza algumas formas que se estão a conceber para complementar o salário dos profissionais que vão resolver o problema da fixação no serviço público”</i>	
1-07-2008	Observatório dos Sistemas de Saúde deixa aviso sobre capacidade de resposta do SNS, Carlos Santos Neves, RTP			<i>“Estamos, hoje, a sofrer as consequências do número diminuto de alunos que entrou para as faculdades de Medicina nos anos 80 e no início dos anos 90, ao mesmo tempo que se faz sentir um número elevado de pedidos de reformas antecipadas, a que legitimamente os profissionais têm direito” (ministro da Saúde)</i>	
16/07/2008	Comunicado conjunto, SIM e FNAM			<i>“não prescindem de negociação de matérias que lhes estão legal e exclusivamente adstritas [...] a contratação colectiva, a estabilidade laboral e as carreiras médicas são pilares do Serviço Nacional de Saúde e, em consequência, da qualidade do exercício da Medicina e da saúde dos Portugueses”</i>	
7/11/2008	TVi, Saúde cria fundo de 800 milhões para pagar dívidas dos hospitais EPE, Redação/PGM,			Criação de um fundo de 800 milhões de euros para pagar as dívidas dos hospitais EPE	
Dezembro de 2008	Carlos Arroz, citado por Jorge Silva, Boletim do SIM, 65, Acariciar e chamar médicos para o SNS			<i>“são as condições de trabalho, o reconhecimento e o bom trato que podem fixar médicos e não só os incentivos financeiros. A estabilidade, uma equipa sólida uma carreira, apoio na formação contínua, protecção na</i>	Fonte cultural-cognitiva de legitimação das CM

				<i>responsabilidade civil, isso sim, poderiam ser factores que levariam os médicos a fixar-se”</i>	
Dezembro de 2008	Federação Nacional dos Médicos, Sindicato das Ciências e Tecnologias da Saúde, Sindicato dos Enfermeiros, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Sindicato dos Enfermeiros da R.A. Madeira, Sindicato Independente dos Profissionais de Enfermagem, Sindicato Independente dos Médicos, Sindicato dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica.			<i>“consideram indispensável e exigem [...] (que) seja estabelecida uma contratação colectiva única [...] em cada sector profissional [...] “afirmam a sua clara determinação na defesa do acima referido [...] Para tal não hesitarão em recorrer, se necessário, a todos os processos sindicais e legais”.</i>	
Fevereiro de 2009	ROM, 98, Discurso Isabel Caixeiro, presidente da SRSul			<i>“Está iniciado o debate sobre a evolução das Carreiras Médicas no nosso país, um pilar essencial para a sustentação de um Serviço Nacional de Saúde. As experiências dos contratos individuais de trabalho no SNS mostram já as iniquidades que geram, a incapacidade óbvia em assegurar um desenvolvimento profissional médico consolidado pela diferenciação científica e a desestruturação do trabalho em equipa. Das Carreiras Médicas dependerá, como dependeu no passado, a configuração futura dos cuidados de saúde do nosso país”</i>	Fonte cultural-cognitiva de legitimação das CM

A recriação das Carreiras Médicas e o novo profissionalismo médico (2009-)					
Data	Estudos e relatórios públicos	Diplomas legislativos	Mudanças estruturais	Declarações representativas da visão dos diferentes atores no campo	Visão cognitiva do campo – lógicas e mecanismos
Relatório Primavera 2009	OPSS, Planeamento e gestão estratégica dos recursos humanos, Pág. 106-7			O novo regime legal cria uma carreira médica única, organizada por áreas de exercício profissional [...] adopção de critérios similares de valorização da qualificação e categorização dos médicos pode contribuir para uma maior mobilidade dos profissionais entre instituições [...] Os sistemas de remuneração associados ao desempenho, a gestão de carreiras e o desenvolvimento de programas de formação e desenvolvimento são áreas que devem merecer a reflexão do governo.	Fonte cultural-cognitiva de legitimação das CM
4-08-2009		Decreto-Lei 176/2009 e 177/2009		Regulamentam as carreiras médicas, respectivamente para os médicos em exercício de funções nas entidades públicas empresariais e em regime de contrato de trabalho em funções públicas.	
13-10-2019		Acordo colectivo de trabalho n.º 2/2009		Acordo colectivo da carreira especial médica, entre as entidades empregadoras públicas e a Federação Nacional dos Médicos e o Sindicato Independente dos Médicos	
8/11/2009		Boletim do Trabalho e Emprego, n.º 41		ACT entre o Centro Hospitalar de Coimbra, E. P. E., e outros e a Federação Nacional de Médicos — FENAME e outro.	
2010	Relatório da Primavera, 2010, OPSS, pág. 6			O OPSS destaca as questões da segurança e da qualidade nos cuidados de saúde, levantando a questão das “ <i>competências e experiência dos profissionais que prestam os cuidados</i> ” representarem um fator muito importante “ <i>no sucesso do tratamento, principalmente se representar um procedimento cirúrgico numa área de especialidade</i> ”. Concluindo que em	

				Portugal “ <i>não existe evidência sobre a frequência e causas de insegurança na prestação dos cuidados</i> ”.	
2010	Tribunal de Contas, Auditoria Orientada à Atribuição do Valor de Convergência aos Hospitais EPE, Relatório n.º 11/10 - 2ª S, Processo n.º 19/09 – Audit, Volume I.			O Tribunal de Contas publica um relatório sobre a atribuição de verba de convergência aos hospitais EPE em que defende que esta verba fixa é indutora de ineficiência e que a valorização económica contratual dos hospitais é insuficiente para o seu normal funcionamento. Para esta entidade as dotações financeiras insuficientes promovem a desmotivação dos gestores, perante objetivos inatingíveis e sem capacidade para negociarem internamente com os serviços.	
Maio de 2010	Plano de redução de despesa dos Hospitais EPE e SPA (Ministério da Saúde)			o governo dá início a um processo de centralização e controlo dos hospitais, determinando de forma administrativa a redução de despesas entre os 2 e os 5%.	
7/09/2010	Dívidas na saúde tornam Estado refém de interesses privados”, Raquel Ramalho Lopes, RTP			/divulgação dos) “ <i>resultados negativos dos hospitais com gestão empresarial agravaram-se 154 por cento no primeiro semestre do ano [...] Correia de Campos defendia que o controlo das contas da saúde só se conseguia "andando em cima dos hospitais. Reunindo com os gestores, fazendo psicodrama, ameaçando demissões</i>	
2011	Relatório da Primavera, 2011, OPSS, pág. 55			O OPSS aponta para a necessidade de promover as unidades intermédias de gestão, que permitissem a contratualização interna dos hospitais, através de modelos de governação clínica assentes na responsabilização e transparência dos processos, em princípios de qualidade e segurança e incentivassem a participação ativa dos profissionais de saúde	

4. A EVOLUÇÃO DAS LÓGICAS INSTITUCIONAIS NO CAMPO DA SAÚDE: ESTUDO DE CASO EM HOSPITAIS PÚBLICOS PORTUGUESES - ANEXOS

Quadro 4.1. Utentes isentos/dispensados do pagamento de taxas moderadoras

	Dados de Maio de 2013	Dados de Fevereiro de 2016
Insuficiência económica	2.957.358	2.698.196
Desempregados e familiares	67.850	149.602
Menores até 17 anos e 365 dias	1.327.840*	1.817.141
Incapacidade \geq 60%	122.184	212.115
Grávidas e parturientes	72.780	182.909
Doentes transplantados de órgãos	3.697	5.075
Militares e ex-militares das FA Incapacitados	3.330	4.457
Jovens (processo em comissão de proteção ou tribunal, medida tutelar internamento, cautelar de guarda, ou acolhimento por decisão judicial		154
Requerentes de asilo e refugiados		344
Doentes crónicos	890.120	890.120
Bombeiros	25.678	31.037
Dadores vivos de células, tecidos e órgãos	1.020	1.761

Dadores benévolos de sangue	116.159	129.934
Total de utentes	5.588.016	6.122.845

Fonte: MS, ACSS, 2013 e 2016. *Crianças até 12 anos de idade (inclusive)

Quadro 4.2. Análise das dimensões, temas e mecanismos associados expressos no discurso do Ministro da Saúde

<i>Discurso</i>	<i>Conceitos</i>	<i>Temas</i>
<i>Segmentação</i>		
<i>DIMENSÃO</i>	<i>Controlo e Desempenho</i>	
<i>O Orçamento de Estado para 2011, apresentado em outubro de 2010 previa uma redução da despesa pública em saúde de mais de 1200 milhões de euros, cerca de 12 por cento. Uma redução da despesa em saúde sem paralelo em Portugal e na OCDE nas últimas décadas [...]</i>	<i>controlo Estado na despesa, sustentabilidade do sistema</i>	<i>controlo e normas</i>
<i>Às medidas previstas para executar a partir de 2011, adicionaram-se as decorrentes da necessidade de cumprir o acordo com a Troika, assinado no mês anterior à tomada de posse do XIX Governo.</i>		
<i>O Governo assumiu o compromisso da utilização mais racional e eficiente dos recursos disponíveis, de forma a garantir a sustentabilidade financeira do SNS e assegurar o direito constitucional de proteção da saúde.</i>		
<i>A Reforma hospitalar [...] objectivo de melhorar a prestação de cuidados no SNS e garantir a sua sustentabilidade financeira [...] traduzidas em setenta medida [...] concentração e ajustamento de serviços e o reforço dos cuidados continuados</i>	<i>controlo Estado na despesa, centralização, continuidade cuidados</i>	
<i>plano de levantamento de necessidades e apresentação de recomendações... “Carta de Equipamentos Médicos Pesados”, “Centros de Referência”, “Relatório do grupo de trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal continental” ou o relatório sobre “Cuidados Continuados Integrados – Capacidade instalada, necessidades, tipologias e referências”, outro sobre Blocos Operatórios e Cuidados Intensivos, que deram origem a normativos e reorganizações.</i>	<i>controlo Estado normativo-legislativo, protocolos e guidelines</i>	
<i>A liquidação das obrigações com os fornecedores era um aspeto essencial para o saneamento financeiro do SNS e para a própria atividade das indústrias da saúde [...] renegociação dos acordos entre o Ministério da Saúde e a indústria farmacêutica, que permitiu um encaixe para o Estado de 500</i>	<i>controlo Estado na despesa, negociação e compromisso Indústria</i>	

<i>milhões de euros entre 2012 e 2015</i>		
<i>os hospitais demonstraram uma enorme resiliência face às adversidades e souberam adaptar-se da melhor forma, gerindo com eficiência os recursos e colocando cada vez mais serviços ao dispor do cidadão [...] foi produzida uma análise que [...] posiciona Portugal com elevados níveis de eficiência [...] nomeadamente Qualidade, Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Hospitalares</i>	<i>gestão empresarial, promoção eficiência, desempenho</i>	<i>desempenho e mercado</i>
<i>relatório anual de benchmarking entre os hospitais do sector empresarial do Estado e hospitais em regime de parceria público-privada do SNS [...] acesso, qualidade, produtividade e desempenho económico-financeiro</i>	<i>gestão empresarial, novos modelos</i>	
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>implementar um conjunto muito alargado de medidas que melhoraram o acesso da população a cuidados de saúde [...] Alcançar a meta de todos os utentes terem médico de família</i>	<i>apoio da comunidade, continuidade de cuidados</i>	<i>identificação colectiva</i>
<i>ganhos no sector da saúde em diversas vertentes [...] ao nível de acesso a cuidados de saúde, da promoção da cirurgia de ambulatório e da sensibilização dos cidadãos para os custos associados à prestação de cuidados</i>	<i>apoio da comunidade, disponibilidade serviço, material</i>	
<i>aumentar a transparência do sistema... avaliar o nível de acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, desempenho assistencial e eficiência dos cuidados prestados</i>		
<i>como princípio a efetiva colocação do cidadão no centro das organizações, considerando os seus interesses antes dos demais.</i>	<i>apoio da comunidade, cidadão no centro do sistema</i>	
<i>concursos pendentes para grau de consultor desde 2002 e 2005, os quais encerrámos... e foram abertos novos concursos em 2012 e em 2015... desenvolvimento e a progressão na carreira médica no SNS</i>	<i>carreiras, progressão</i>	<i>complexidade e conhecimento</i>
Adição ou partilha		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>com uma redução orçamental sem paralelo tivemos, com os gestores das unidades e os profissionais de saúde, de [...] honrar o compromisso assistencial para com os cidadãos, manter a coesão social e melhorar [...] os indicadores de saúde</i>	<i>partilha decisões entre profissionais, gestão e governo</i>	<i>partilha e redes sociais</i>
<i>Estamos a recuperar o número de profissionais de saúde, temos mais médicos, um maior número de camas... mais consultas nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde [...] o aumento da produção cirúrgica nos hospitais [...] cirurgias de ambulatório, que cresceram 63 por cento [...] aumento global de cerca de 20 por cento de consultas realizadas nos hospitais</i>	<i>controlo Estado na contratação, renovação profissionais, maior disponibilidade serviço,</i>	

	<i>equipa</i>	
<i>obrigar as organizações e os seus responsáveis a prestarem contas sobre as suas ações e decisões aos restantes stakeholders está ainda associado ao princípio do reforço do Estado de Direito</i>	<i>Partilha informação entre diferentes stakeholders saúde</i>	
<i>O objetivo... reforçar o SNS com a dotação de profissionais de saúde necessária, em particular na carreira médica, aumentar o número de vagas na formação específica do internato médico... e criar condições de atração de profissionais de saúde para zonas carenciadas</i>	<i>Satisfação profissional, Disponibilidade serviço, material</i>	
<i>a aprovação da legislação que permitiu criar a Direção de Enfermagem, o Enfermeiro de Família... a agilização dos concursos de recrutamento [...] clarificar o papel dos diversos profissionais no seio das instituições</i>	<i>Partilha doentes/ funções entre profissionais</i>	
<i>estudaram áreas inovadoras em Portugal [...] Centros de Referência e [...] Redes Europeias de Referência [...] integração dos cuidados e [...] a teleconsultas médicas [...] Programa de Eficiência Energética nas unidades hospitalares, à criação de um Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde ou à criação da Plataforma de Dados em Saúde</i>	<i>Gestão empresarial, promoção inovação</i>	<i>projeção no futuro</i>
<i>Demarcação</i>		
<i>DIMENSÃO</i>	<i>Resistência e conflito</i>	
<i>a transparência é um dos princípios mais relevantes na implementação das políticas [...] obrigar e comprometer as instituições a disponibilizar informação clara e rigorosa [...] princípio da responsabilização</i>	<i>Estado como burocracia administrativa, Falta transparência</i>	<i>oposição e conflito</i>

Fonte: Entrevista ao Ministro da Saúde, Paulo Moita de Macedo, Revista Acontece, ACSS, Boletim N° 4, Outubro de 2015, pág. 14-21. Audição Parlamentar N° 110-CS-XII, 2015-06-17, (Notas).

Quadro 4.3. Análise das dimensões, temas e mecanismos associados expressos no discurso de administrador de agência governamental

<i>Discurso</i>	<i>Conceitos</i>	<i>Temas</i>
<i>Segmentação</i>		
<i>DIMENSÃO</i>	<i>Controlo e Desempenho</i>	
<i>este período... Introduziu mecanismos de maior preocupação no acompanhamento das instituições [...] estar muito mais alinhada... objetivos... resultados práticos... da prestação... indicadores económico-financeiros [...]</i>	<i>Controlo Estado na despesa, centralização</i>	<i>controlo e normas</i>
<i>a centralização em alguns aspetos... é um bocado se calhar cultural nosso [...] não são processos de</i>		

<i>planeamento verdadeiramente falando, eu tenho que ter alterações sucessivas que vêm a várias estâncias, isto não é propriamente planeamento, isto é um bocadinho um mecanismo de controlo, dissuasor, chama-lhe o que quiser.</i>		
<i>nós temos que ter aqui um mecanismo de planeamento nacional [...] queremos ter um SNS com esta matriz pública, universalista [...] portanto eu tenho que ser capaz de não ter uma rede de hospitais para a qual não sou capaz de pôr lá os meios porque deixo que o sistema tome conta do processo e a certa altura se desvirtue.</i>		
<i>em termos da governação de um sistema, houve uma alteração em termos de governação, passámos de uma fase muito centralizada no início da década de 2000 com a criação da EPE, da SA [...] depois uma certa desorganização... falta de acompanhamento em que o sistema começou a gerar a ineficiência...</i>	<i>Gestão empresarial, Gestão sem controlo</i>	<i>desempenho e mercado</i>
<i>obrigou a introduzir um conjunto de práticas e procedimentos que provavelmente não eram introduzidas se não tivéssemos uma situação desta natureza [...] práticas mais eficientes, práticas mais dirigidas para os resultados, preocupação com os resultados e impactar no sistema no seu todo em termos de modelo</i>	<i>Gestão empresarial, promoção eficiência, desempenho</i>	
<i>um modelo de governação em que a função planeamento existisse [...] Nós fomos criando foi de facto cinquenta instituições cada uma a tentar puxar para si, ao longo do país... não há-de haver recursos possíveis para que cada uma se centre em si mesma</i>	<i>Gestão empresarial, Novos modelos</i>	
<i>[...] Não está totalmente financiado de uma forma completamente sustentável. Se a seguir juntarmos a questão da inovação então a questão é mais difícil. Eu não tenho uma resposta muito concreta para isso, acho que as respostas não são nada fáceis. Que claramente a forma de contratualizar com as empresas vai ter de ser diferente, isso não há dúvida</i>		
<i>com esta legislação... estou perante um medicamento inovador novo e dizer: ok, mas agora vamos descomparticipar isto e aquilo. Claro que eu não vou conseguir nunca financiar um novo medicamento com eventuais poupanças... (de medicamentos já participados) mas é saudável para o sistema que ele se renove [...] é o efeito aditivo. Nós temos tido um efeito aditivo muito grande. Temos numa área... temos 3 ou 4 fármacos e depois o terceiro ou quarto dizemos que ele de facto entra porque de facto tem vantagens sobre todos os outros, mas depois os outros todos também lá estão</i>	<i>Gestão empresarial, Negociação com a Indústria</i>	
DIMENSÃO	<i>Identificação e Tradição</i>	
<i>o que resulta das medidas em concreto... nomeadamente, a redução das remunerações... a redução dos custos operacionais... essa redução de custos... com o medicamento teve um benefício adicional nos utentes</i>	<i>Compromisso pessoal, social</i>	<i>identificação colectiva</i>

<i>como eu tenho alguns limites ao nível da formação eu já não os pude formar por todo o país... não há idoneidade e eles acabam por estar encostados ao litoral e portanto eu tenho pessoas todas formadas em 3 ou 4 instituições com a sua vida organizada... agora estou a dizer vou tirar de 3 ou 4 instituições para 20</i>	<i>Profissionalismo, Autonomia</i>	<i>complexidade e conhecimento</i>
<i>O próprio farmacêutico no Reino Unido, também pode renovar prescrições e prescrever algumas coisas mas que estão pré-definidas [...] Há racionais e ele tem digamos lá na sua prática, na guideline ou no que seja</i>	<i>Protocolos e Guidelines, Controlo Profissionais</i>	
<i>Adição ou partilha</i>		
<i>DIMENSÃO</i>	<i>Dinamismo e mudança</i>	
<i>Tenho que encontrar aqui um ponto de equilíbrio, que é pormos aqui um modelo de planeamento que seja funcional... para podermos ser capazes de gerir os recursos de acordo também com as necessidades. Não posso ter três hospitais na beira interior e depois não ser capaz de lá pôr médicos... Não posso satisfazer essas necessidades com prestação de serviços ou com outras...</i>	<i>Controlo Estado na despesa, Apoio do serviço, Disponibilidade profissionais</i>	<i>partilha e redes sociais</i>
<i>questão que surgiu ao início do ano com a questão das urgências. Eu esperaria que o sistema fosse capaz de cooperar muito mais... é completamente impensável termos um Hospital Fernando da Fonseca em Lisboa quase que a deixá-lo morrer, é como se estivesse ali, estava ali e nós depois temos à volta 7 ou 8 hospitais de dimensão... que aparentemente estavam bem</i>	<i>Partilha decisões entre profissionais, gestão e governo</i>	
<i>mas numa perspetiva de partilha... devemos ter um referencial que é a tal carta de equipamentos, devíamos ter aqui este referencial e tê-lo muito bem articulado com as redes de referênciação</i>	<i>Partilha decisões, Disponibilidade serviço, material</i>	
<i>agora andamos a assistir na Europa à discussão de uma coisa que é, um bocadinho aquilo que disse há pouco que é a história dos skill-mix dos profissionais</i>	<i>Partilha doentes/ funções entre profissionais</i>	
<i>a avaliação económica que se tem feito nos últimos anos, ela sempre foi direcionada para aos ganhos e para os resultados, agora estás a pagar verdadeiramente por algo que consideramos que se pode medir de uma maneira mais objetiva. Isto é, está curado ou não está curado. Se está curado muito bem, se não está curado há uma compensação [...] o próprio contrato prever o preço vai diminuindo em função das quantidades e do número de doentes tratados.</i>	<i>Gestão empresarial, partilha risco, promoção inovação</i>	<i>projeção no futuro</i>
<i>Ambiguidade</i>		
<i>DIMENSÃO</i>	<i>Resistência e conflito</i>	
<i>Não está o caminho fácil. Por exemplo, aquela história do enfermeiro de família que está aí nesse</i>	<i>Compromisso</i>	<i>ambiguidade e</i>

<i>processo [...] mas diga lá o que é que um enfermeiro atualmente faz e que de futuro o enfermeiro vai fazer [...] não consegue arranjar nenhum exemplo [...] na prática estamos a dizer ok, vamos talvez dar-lhe um pouco mais de poder entre aspas...</i>	<i>profissionalismo, Legitimidade Externa</i>	<i>identidade</i>
<i>a Carreira Médica também tem essa coisa e isso é característico do sistema português, das carreiras, que é a rigidez. Nós temos muita rigidez e ainda não fomos capazes de a tirar estas barreiras.</i>	<i>Compromisso serviço, Compromisso profissionalismo</i>	

Fonte: Entrevista 150717_001.

Quadro 4.4. Análise das dimensões, temas e mecanismos associados expressos no discurso dos grupos parlamentares da Assembleia da República

Grupo Parlamentar do Bloco Esquerda		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>crise económica e financeira, a intervenção da própria Troika, tudo isto criou no país um conjunto de situações que levaram à degradação dos serviços públicos no geral [...]</i>	<i>Controlo Estado na despesa, compromisso serviço, compromisso qualidade</i>	<i>controlo e normas</i>
<i>as pessoas sentem a prestação dos cuidados de saúde não é exatamente como era, que há uma limitação até dos próprios médicos há uma restrição... há uma limitação grande nos exames que são feitos [...]isto foi uma orientação, foi uma política seguida e essa política dá que se degradem os serviços... em que esses serviços acabam por ser deficitários</i>	<i>Controlo Estado na despesa, Compromisso do serviço, material</i>	
<i>foi retirado o transporte aos doentes não urgentes, não há transportes públicos naqueles locais, como noutras zonas do país... Se a pessoa não está muito mal pensa duas vezes. Já houve pessoas que me disseram: eu vou aguentar... E de facto a acessibilidade é para alguns sectores da população... no Algarve, no Alentejo... é um problema muito grande</i>	<i>Controlo Estado normativo-legislativo</i>	
<i>o caso também da hepatite destes preços exorbitantes, tudo isto tem a ver com a necessidade que existe de impor à indústria farmacêutica... força política suficiente dos governos, e que poderá não ser só de um governo de um país, a nível da Europa impor uma política completamente diferente em relação aos medicamentos [...]até houve</i>	<i>Controlo Estado na despesa, negociação e compromisso Indústria</i>	

<i>algumas deste ministro que são importantes, de imposição para que a indústria baixasse os preços. E isso é importante. Agora ainda é um caminho a fazer e sobretudo é preciso persistir nesse caminho.</i>		
<i>problema também das contratações e de contratar as empresas anda aí uma confusão e não ficou tudo esclarecido... não havia quem garantisse as urgências porque um contrato tinha acabado e ainda por cima era um contrato suspeito, e não havia um novo. Isto não pode acontecer.</i>	Gestão empresarial, contratualização serviços	desempenho e mercado
<i>há aqui uma pressão grande para o espaço do privado em detrimento do serviço público. E isso nós somos absolutamente contrários a isso. Não estamos aqui a dizer que não pode existir hospitais privados, não estamos nessa fase, mas isso não pode ser feito à custa do serviço público e dos encerramentos.</i>	Controlo Estado na despesa, Mercado controlar os resultados	
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>E nestes últimos anos... essa confiança foi colocada em causa e as pessoas sentem que já não é a mesma coisa quando se dirigem a um serviço de saúde e neste caso a um hospital [...]todas as restrições económicas... os cortes... dizer que o serviço...tem que racionalizar isso fez com que os serviços não funcionassem da mesma maneira [...]um impacto extremamente negativo... Esta questão da confiança... que é preciso recuperar mas vai ser complicado</i>	Controlo Estado na despesa, compromisso qualidade, problema legitimidade externa	identificação colectiva
<i>aumento dos custos para as pessoas. O aumento das taxas moderadoras, tudo isto veio criar aqui uma barreira... (mesmo) se há muita gente isenta... grande parte da população tem fracos rendimentos</i>	Compromisso social, compromisso equidade	
Ambiguidade		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>houve demissões no Amadora-Sintra, já houve problemas no Garcia da Orta, já houve problemas no Porto... não deve ser por capricho que os médicos e os responsáveis tomam essas atitudes</i>	Controlo Estado na despesa, Compromisso qualidade, Compromisso profissionalismo, desmotivação	ambiguidade e identidade
Grupo Parlamentar do Partido Comunista Português		
Discurso	Conceitos	Temas
Segmentação		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>uma degradação da capacidade do Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente no que diz respeito aos cuidados</i>	Controlo Estado na despesa,	controlo e normas

<p><i>hospitales para prestar os cuidados de saúde que a população necessita [...] isto já é uma coisa que vem de trás, que se agravou muito em 2011 e com o atual Governo [...] se não houver uma alteração nas opções políticas o que nos estamos a ver é um desmantelamento a pouco e pouco do Serviço Nacional de Saúde. Os impactos, eu creio que hoje eles já são visíveis</i></p>	<p>compromisso serviço, compromisso qualidade</p>	
<p><i>os cortes orçamentais têm influência na capacidade do hospital para responder no que diz respeito a se poder equipar, para se poder modernizar, poder substituir aquilo que são equipamentos obsoletos por novos equipamentos [...] coisas tão simples como quando falta material ou quando o material que é adquirido não é o mais adequado, não corresponde às exigências para prestar os cuidados. Ou seja, aquilo que é poupança por se comprar material mais barato, acaba por não ser nenhuma poupança porque depois acaba-se por gastar 2 ou 3 para fazer a mesma coisa</i></p>		
<p><i>[...] porque se não se contratam enfermeiros é porque não se quer, porque se não se dá condições aos profissionais é porque não se quer [...] tudo com esta intenção de ir reduzindo a administração pública, porque é este o grande objetivo que está em cima da mesa. E de facto quando se vai degradando os serviços eu creio que há aqui uma clara intenção e é propositada</i></p>	<p>Controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, compromisso das equipas</p>	
<p><i>mas em relação ao orçamento do Ministério da Saúde que foi dito aí por todos os ventos que era o maior orçamento dos últimos anos... se nós tivermos em conta, muito bem é o maior orçamento mas têm a ADSE. Se descontarmos só isso, já fica menor comparado com o ano passado</i></p>	<p>Controlo Estado na despesa</p>	
<p><i>a verdade é que o Estado está refém da indústria farmacêutica porque não tem investigação, porque não tem produção... E até coloca em causa a própria soberania do Estado [...] (multinacionais e concentração indústria) Sim, e essa concentração depois também não é boa. Aliás nós temos estado a assistir à concentração de um conjunto de sectores não é só nesta área</i></p>	<p>Pressão/Concorrência Mercado</p>	<p>desempenho e mercado</p>
<p><i>e daquilo que está no conjunto de documentos que o Governo tem vindo a produzir, a conclusão que nós tiramos é que a liberdade é para transferir do público para o privado com o financiamento do público e com a mais-valia, ou seja é um negócio sem risco [...] estudo que foi feito que o aumento do volume de negócios do sector privado em Portugal... esse aumento estava diretamente relacionado com as PPP... São dinheiros públicos. Aliás nós da ADSE a estimativa que temos é que são cerca de 400 a 500 milhões por ano que vão diretamente para estes grandes grupos, saídos diretamente do Estado</i></p>	<p>Controlo Estado na despesa, Mercado controlar os resultados</p>	
<p>DIMENSÃO</p>	<p>Identificação e Tradição</p>	
<p><i>temos um conjunto de imposições, eu vou-lhe chamar administrativas, legais, jurídicas, não que não deva haver rigor... transparência, deve, não deve haver é um conjunto de imposições e estou a referir-me muito</i></p>	<p>Controlo Estado na despesa, compromisso equidade,</p>	<p>identificação colectiva</p>

<p><i>concretamente à lei dos compromissos e dos pagamentos em atraso que não se coaduna com aquilo que é o exercício e missão, nomeadamente dos hospitais [...]está previsto no tal memorando de entendimento que nós designamos por pacto de agressão, porque de facto é uma agressão aos portugueses que nós temos visto nos últimos anos, às suas condições de vida, à sua dignidade e que é esta dita reorganização hospitalar [...] nossa opinião não é nenhuma reorganização hospitalar é o encerramento e concentração de serviços, que é aquilo que efetivamente está a acontecer [...] tem implicações é porque são tudo medidas que vão no sentido de dificultar o acesso, de impedir o acesso e de não tratar as pessoas adequadamente.</i></p>	<p>problema legitimidade externa</p>	
<p><i>as urgências... mantêm um nível elevado porque foram encerrando serviços de proximidade, por exemplo no concelho do Seixal ou no concelho de Almada a partir de determinadas horas o único serviço de saúde que está aberto é o Hospital [...]é muito hipócrita quando se coloca que, e nós reconhecemos que há muitas situações que no hospital podiam ser tratadas ao nível dos cuidados de saúde primários, mas se eles não existem ou se não dão a resposta... o único serviço que está aberto é o hospital. É natural que a afluência aumente</i></p>		
<p><i>A alteração que este Governo introduziu em relação às entidades convencionadas pelos concursos... como os concursos estão colocados na lei vai levar à concentração e vai levar a situações como nós hoje temos na hemodiálise em que há duas empresas no país que dominam completamente os tratamentos a este nível [...]a concretização dessa lei vai levar ao desaparecimento de muitas pequenas empresas porque não vão ter as condições para concorrer com uma grande empresa. E vamos ter também a esse nível a concentração que eu creio que não é desejável</i></p>		
<p><i>um administrador hospitalar ou um diretor de serviço está a colocado num pau de dois bicos. Numa situação concreta em que é preciso fazer uma despesa para uma situação urgente em que o hospital no momento preciso não tem as condições para cumprir a lei. O que é que faz o administrador ? Cumpre a lei e não trata? Ou trata e não cumpre a lei?</i></p>	<p>Compromisso social, Responsabilidade do profissional perante o doente</p>	
<p><i>indústria tem aqui o seu interesse, o seu negócio é o medicamento, é legítimo, mas a verdade é que tem um conjunto de interesses que são opostos ou contraditórios com os interesses do Serviço Nacional de Saúde [...]a investigação que a indústria faz... pode não coincidir com as prioridades nem com as necessidades dos países em termos de investigação</i></p>	<p>Interesses antagónicos entre a Indústria e a Comunidade</p>	
<p><i>Adição ou partilha</i></p>		
<p>DIMENSÃO</p>	<p>Dinamismo e mudança</p>	
<p><i>em relação a essa questão da inovação. Nós consideramos que todos aqueles medicamentos que do ponto de vista científico, comprovadamente constituam uma vantagem do ponto de vista clínico e do ponto de vista para a saúde</i></p>	<p>Estado deve promover o acesso à inovação</p>	<p>projeção no futuro</p>

<i>dos doentes, os doentes devem ter acesso a esses medicamentos</i>		
<i>Mas há aqui também um conjunto de outros interesses que não podem ser ignorados. A investigação nas instituições públicas ser muito incipiente, coloca o país numa situação de dependência daquilo que são os interesses e da investigação que é feita pela indústria farmacêutica [...]o Estado poderia... investir mais ao nível da investigação, nas instituições, nas universidades, nos hospitais para que não deixemos que seja a indústria farmacêutica somente a trazer a investigação [...] carreiras e os incentivos aos profissionais... são tão consumidos com um conjunto de tarefas... não há espaço... que possam ter algum tempo para isto</i>	Apostar na investigação como acesso à inovação	
<i>Demarcação</i>		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>(lei dos compromissos e dos pagamentos em atraso) não creio que isto se coadune com a gestão hospitalar</i>	Estado como burocracia administrativa, Compromisso gestão	oposição e conflito
<i>Ambiguidade</i>		
<i>há um conjunto de médicos portugueses que emigram. E emigram porquê? Emigram porque não é atrativo vir trabalhar para o SNS. Emigram ou optam por ir trabalhar para entidades privadas</i>	Controlo Estado na despesa, Compromisso profissionalismo, desmotivação	ambiguidade e identidade
<i>no Serviço Nacional de Saúde as carreiras foram completamente desvalorizadas, há um conjunto de ataque aos seus direitos e obviamente que os profissionais acabam por fazer um conjunto de outras opções</i>	Compromisso profissionalismo, Falta perspectiva Carreira	
<i>os outros profissionais, há desemprego e há pessoas que podem vir trabalhar e não vão trabalhar porque o Governo não os contrata. Há desemprego, há situações precárias com empresas de prestações de serviços.</i>	Controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, compromisso profissionalismo	
<i>Nós estamos a falar de prestar cuidados de saúde às pessoas em que os riscos associados com o aumento deste horário de trabalho e os elevados ritmos de trabalho aumentam muito...e que obviamente isso a probabilidade da ocorrência de erros aumenta também [...]o documento das dotações seguras, que tinha sido visto entre a Ordem dos Enfermeiros e o Ministério da Saúde... não se aplica em parte alguma do nosso país, quer ao nível dos cuidados de saúde primários quer ao nível dos cuidados hospitalares [...]A dificuldade é para quem vive do seu trabalho, a dificuldade é para garantir as funções sociais do Estado porque depois no que toca a um conjunto de outras realidades não ouvimos falar a palavra dificuldade [...]Há claramente aqui uma opção e eu penso que a</i>	Compromisso serviço, Compromisso qualidade, legitimidade externa	

<i>opção é óbvia e eu creio que a estratégia está em descredibilizar os serviços públicos</i>		
Grupo Parlamentar do Partido Socialista		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>o Serviço Nacional de Saúde não foi capaz de responder... como perdeu também capacidade de resposta e eu penso que nós devemos analisar isto nos vários níveis</i>	Controlo Estado na despesa, compromisso serviço, compromisso equipas	controlo e normas
<i>chegamos ao hospital e temos o problema das carreiras, o problema da relação remuneratória que não é atrativa, o problema da saída dos médicos que têm mais experiência, a dificuldade de acesso dos novos profissionais ou até da contratação [...] o Sr. Ministro diz que já abriu muitas vagas... para contratar todos os médicos, mas eles não entraram ao serviço. E portanto, não há resposta [...] numa urgência, este caso agora, uma coisa é ter um especialista graduado, outra coisa é ter 2 ou 3 internos, que mandam fazer todos os MCDTs antes de dizer o que é que o doente tenha [...] se houvesse mais enfermeiros, não se notava tanto a falta dos médicos, agora menos médicos e menos enfermeiros, menos pessoal auxiliar, menos maqueiros, menos macas, menos tudo... menos, menos, menos aqui não dá mais!</i>	Controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, compromisso das equipas	
<i>a Sra. Ministra é que manda no S.N.S.. A Ministra das Finanças. Porque os hospitais EPEs não têm autonomia para contratar nada [...] O Sr. Ministro não querer despesa com o pessoal. Porque não tinha despesa com o pessoal, estava congelado por causa de outros compromissos, só prestação de serviços. Porque isso já não conta para orçamento... fora da rubrica que ele quer reduzir.</i>	Controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, contratualização serviços	
<i>Isto está prestes a romper. Isto está na pele. Qualquer coisa que aconteça vai romper. E rompeu! Como era previsível... desde o fim do ano, não é, mas o que nós estamos a assistir, era uma coisa que eu lhe poderia dizer há 2 meses atrás que em tese poderia acontecer... poderia vir a acontecer [...] as urgências cheias de camas com doentes internados e isto não é preciso ser médico para perceber isto. Nem ser muito inteligente, é só, ser razoável [...] Se isto acontece no IPO, os caso do IPO não são gripes. E o IPO está na mesma.</i>	Controlo Estado na despesa, compromisso serviço, Falta de continuidade de cuidados	
<i>Dos magníficos resultados que o Sr. Ministro gosta de apresentar quando se fala de números [...] diz que injetou mil... mil e oitocentos milhões... isso não se traduz em ganhos para a população, serve para equilibrar os balanços [...] Contabilista e economista é magnífico, mas para mim, aquilo não resolve problema nenhum. E a dívida continua no mesmo montante, e o prazo de pagamento aos fornecedores continua no mesmo prazo</i>	Controlo Estado na despesa, compromisso da gestão empresarial	

<i>[...]reforçar novamente o Público, à custa de alguns sacrifícios, como foram feitos agora, só que em vez de ser dos mais frágeis, é dos que podem mais. Se tiver que haver falência, não é do SNS. É da Trofa Saúde, ou do Espírito Santo, nós não podemos é fragilizar o Público, para poder reforçar o Privado. É o que está a acontecer</i>		
<i>farmácia (comunitária)... Porque não há medicamentos. Eles só têm o Ben-U-Ron®, o Brufen®, e tal. Tudo o que seja mais, não há!...as farmácias não têm stocks. Não tem margem... é um problema que dificulta a vida das pessoas, sobretudo no Interior, e sobretudo aos idosos</i>	Controlo Estado na despesa, Compromisso do serviço, material	
<i>empresas de mão-de-obra. Quem controla essa mão de obra?... os médicos aparecem os mesmos em todas as empresas, e quando é preciso um, um está aqui, outro está ali [...] não conhecem as equipas, as equipas não se conhecem umas às outras, não há confiança, não há delegação de competências, do trabalho, não há articulação. Portanto isto, só um milagre é que mantinha isto a funcionar.</i>	Gestão empresarial, contratualização serviços, compromisso qualidade	desempenho e mercado
<i>com todas estas dificuldades, o que é que nós estamos a assistir. Encerram camas no Público, abrem camas no Privado. Há diminuição de MCDTs no Público, há aumento de MCDTs no privado [...] Isto tudo tem por detrás, uma intenção. Que é o reforço do Privado na Saúde em Portugal, ponto [...]As pessoas não confiam no Público e fazem, a Saúde é um bem essencial portanto, havendo risco apostam tudo em reforçar a alternativa. E os hospitais privados continuam a abrir</i>	Controlo Estado na despesa, Mercado controlar os resultados	
<i>uma área em que este Ministro deixa uma marca positiva, tem a ver com a negociação que fez com a Indústria Farmacêutica, com uma redução dos preços. E também o aumento da quota de genéricos</i>	Gestão empresarial, Negociação com a Indústria	
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>é natural que nós tendo uma população muito envelhecida, cada vez mais com doenças crónicas... muitas vezes isolada, população sem apoio, sem retaguarda familiar , porque os jovens... saíram</i>	Compromisso social, Ausência de resposta da comunidade	identificação colectiva
<i>a falta de emprego, a falta de dinheiro disponível, o rendimento mensal disponível, ou reduzido, tudo isso veio acarretar problemas que vão desaguar na área da Saúde</i>	Controlo Estado na despesa, compromisso equidade, problema legitimidade externa	
<i>os Cuidados Continuados que é uma resposta de futuro... cada vez mais Saúde e Social, por causa do envelhecimento da população, por causa do isolamento dos idosos, por causa da doença crónica [...]muitos cuidados na comunidade, domiciliários, pequenas equipas de enfermagem, têm que ir ter com as pessoas [...]A diabetes... a hipertensão [...] tem de haver planos verticais, com equipas verticais a decidir... Assim um modelo que a APDP tem para os diabéticos, que é responder a tudo, desde o pé diabético, às palmilhas, acho que devia ir</i>	Apoio da comunidade, Continuidade de cuidados	

<i>por aí, é um desafio</i>		
<i>tem de haver uma resposta dirigida à demência... Destrução do doente e toda a família, os mais novos, os mais velhos... Portugal tem números muito elevados e não há resposta para a demência</i>	Apoio da comunidade, Disponibilidade serviço, material	
<i>o próximo ministro, tem de pôr os doentes como a principal preocupação, tem de fazer um estatuto do doente crónico [...] as contas podem estar equilibradas, mas a vida das pessoas, e o que era o Serviço Nacional de Saúde, e o que é... é que nós estamos a destruir rapidamente o que levou tanto tempo a construir.</i>	Controlo Estado na despesa, pressão Media/ sociedade, problema legitimidade externa	
<i>E os profissionais se não se esforçassem ao máximo ainda estava pior, porque quando nós vamos o micro, é de assustar</i>	Controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, profissionalismo	complexidade e conhecimento
<i>Adição ou partilha</i>		
DIMENSÃO		
Dinamismo e mudança		
<i>Cada vez que nós vamos a um hospital reunir com a administração e vemos aquilo em concreto, digo: apesar de tudo isto até não está tão mal... quanto os indicadores forem "premiando", porque as pessoas se esforçam. Isto são os profissionais e as administrações...</i>	Gestão empresarial, Disponibilidade profissionais	partilha e redes sociais
<i>Demarcação</i>		
DIMENSÃO		
Resistência e conflito		
<i>USFs e as unidades de cuidados à comunidade em conjunto poderiam atenuar muito este aumento de procura [...] Ora, o que é que aconteceu?... as candidaturas estão pendentes e as ARS não as aprovam... falta de vontade de continuar a reforma que poderia sustentar nos UCSP a pressão sobre os hospitais</i>	Estado como burocracia administrativa, Compromisso gestão	oposição e conflito
Grupo Parlamentar do Partido Social Democrata		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO		
Controlo e Desempenho		
<i>na verdade passaram-se quatro anos... acaba por ser um período relativamente curto... quando se tem em perspectiva reformar o sistema de saúde e fundamentalmente o serviço nacional de saúde, num país que é muito institucionalista, muito institucional, e em que as mudanças nem sempre são fáceis[...] há resistências... toda a</i>	Controlo Estado na despesa, sustentabilidade do sistema	controlo e normas

<p><i>esfera política, comunicacional, corporativa... Nesse aspeto quatro anos é muito pouco tempo [...]Primeira questão, o grau de liberdade existe mas foi muito restringido. Quando o governo assumiu funções tínhamos um caderno de encargos. Pré-definido... o memorando de entendimento, que tinha sido assumido em nome do país, em nome do Estado [...] E sobre o seu cumprimento dependiam as avaliações que a Troika fazia regularmente no país e a conseqüente libertação de fundos que nós carecíamos e que eram necessárias</i></p>		
<p><i>(caso hepatite C) Eu acho que estes casos vão infelizmente repetir-se porque há aqui um caldo de cultura muito complicado de gerir. Temos por um lado, o governo, os partidos, a parte do executivo e a parte legislativa, temos as associações dos doentes, temos a indústria, temos a comunicação social... no meio disto tudo ainda temos os doentes que é o mais importante!</i></p>		
<p><i>é indiscutível o valor da vida humana, e é indiscutível que uma vida vale tanto quanto dez vidas humanas... é intrínseco, não é? [...] Portanto quando se coloca um medicamento inovador no mercado a preços de 48.000 euros, que é um dos casos, não se pode simplificar as coisas ao ponto de dizer: por 48.000 euros salvamos uma vida humana! É pá porque se fosse 5.000 euros, se fosse um milhão de euros, ou dez milhões de euros, como a vida humana não tem preço [...] E portanto há uma pressão, de fato, terrível, relativamente aos medicamentos inovadores</i></p>		
<p><i>Mas os hospitais-EPE não podem fechar as portas! Antes pelo contrário, antes pelo contrário, eles estavam falidos, mas teve-se que tomar medidas [...] houve um ano que temos o maior orçamento de Saúde de sempre! De sempre, que foi quando entraram os mil e quinhentos milhões só num ano!</i></p>		
<p><i>Nem tudo se resume à questão orçamental. E sobretudo na Saúde, foram feitas muitas reformas [...]que já deveriam ter sido feitas, que foram prometidas há muitos anos... acabaram por ser concretizadas neste período, se calhar por força da situação extraordinária, excepcional, que vivemos mas que não têm um impacto de condição orçamental [...] área da Saúde... havia um conjunto de ações de iniciativas legislativas, de reformas a que o Estado, na altura pela voz do anterior primeiro-ministro José Sócrates, e com o acordo do PSD, que também deu esse acordo... assumiu que iria realizar [...] a prescrição por denominação internacional [...] A diminuição das barreiras jurídicas à entrada dos genéricos... alargamento do mercado de genéricos</i></p>	<p>Controlo Estado normativo-legislativo</p>	
<p><i>transporte de doentes não urgentes que foi uma medida que foi inscrita pelo anterior governo no memorando da Troika [...] as condições de acesso por parte dos doentes... foram bastante mais beneficiadas para as pessoas. Os requisitos deixaram de ser cumulativos [...] mas também para as taxas moderadoras, a isenção das taxas moderadoras alargamos o grau de insuficiência económica</i></p>		
<p><i>(foi mais troikista que a Troika) o discurso que não corresponde à verdade... a soma do impacto financeiro das</i></p>	<p>Controlo Estado na despesa</p>	

<p><i>medidas previstas no memorando de entendimento ao longo de cada um dos anos e o impacto financeiro que as medidas que foram adoptadas tiveram é menor do que aquelas que nos tínhamos comprometido [...] É evidente que o cumprimento do memorando e a necessidade de equilibrar os orçamentos obrigava a que o dinheiro tivesse que vir, ou tivesse que ser cortado. Ou vem receita, ou corta despesa</i></p>		
<p><i>que fosse libertada uma verba pela Troika, de 2 mil milhões para injetar dinheiro na Saúde e que foi usado para pagar dívida [...] a pressão dos credores desça nos hospitais, que os hospitais tenham melhores condições de negociação para os seus fornecedores de bens e serviços, evitou que houvesse corte de fornecimento aos hospitais que chegaram a acontecer [...]aquilo que foi feito foram os acordos sucessivos com a APIFARMA, que sendo acordos, tiveram o beneplácito das partes, inclusive da APIFARMA, não é?... É um acordo... daí saiu de fato um financiamento fundamental para o Estado</i></p>	<p>Controlo Estado na despesa, negociação e compromisso Indústria</p>	
<p><i>e depois a lei dos compromissos e além disso a lei dos compromissos [...] houve um conjunto de medidas de teor administrativo, restritivas naquilo que era alguma autonomia das administrações [...]aquilo que não pode acontecer é o país todo estar a fazer um esforço e porventura... haver um hospital ali, outro hospital ali que rebenta com o orçamento, e depois prejudica o esforço que todos fizeram, não é?...</i></p>	<p>Controlo Estado na despesa, Controlo gestão</p>	
<p><i>Para os resultados assistenciais que obtemos não basta a boa vontade e a dedicação dos profissionais. É condição essencial, mas não basta. É preciso, continuar a haver investimento, gestão, libertação de recursos</i></p>		
<p><i>é um desafio presente e para o futuro... tivemos na questão da hepatite C, um caso que saltou bastante a público, acho que com alguma injustiça para o governo... o caso da tafamidis, para a paramiloidose, que foi logo na fase inicial... e na área da oncologia [...]Independentemente da avaliação que se faz da eficácia dos medicamentos inovadores, na área oncológica por acaso é muito interessante, porque a eficácia é muito questionável [...]</i></p>	<p>Inovadores como risco para sistema</p>	<p>desempenho e mercado</p>
<p><i>Toda a área da saúde é muito complexa [...] o aumento da cirurgia de ambulatório, penso que é absolutamente correto... há necessidade de libertar camas... em finais de Dezembro, em Janeiro, em que houve uma pressão extraordinária [...]o que é preciso é ter uma capacidade para nesses momentos aumentar o nº de camas para dar resposta e quando elas deixam de ser necessárias, voltar a tirá-las</i></p>	<p>Gestão empresarial, Novos modelos</p>	
<p><i>Sobre os recursos humanos [...] felizmente nós não caímos no erro da Educação. Nunca acabamos, quando falamos de Saúde e debatemos Saúde a falar só dos médicos [...]Apesar dos médicos serem uma pedra fulcral no sistema de saúde, como a diversidade é tanta, não é possível concentrar só nisso... Os médicos, tem havido médicos a sair do país, em nº não assinalável [...]temos uma saída, não tanto assinalável, mas um bocadinho mais para o sector privado. Sector privado que como nós sabemos vive essencialmente do Estado, certo?... Tem umas coisas com a ADSE, com os seguros, com outros sistemas de saúde e previdência, mas... é privado mas</i></p>	<p>Controlo Estado na despesa, Compromisso profissionalismo, desmotivação, Pressão/ Concorrência Mercado</p>	

<p><i>precisa sempre das convenções com o Estado. Certo?...</i></p>		
<p><i>A prestação de serviço é muito simples. Se for ver os nº, o nº de horas de prestação de serviços tem diminuído todos os anos... a prestação de serviços é um mal entre aspas, um mal necessário [...] nós temos situações extraordinárias. Posso-lhe dar o exemplo... concelho de Felgueiras no distrito do Porto. É um concelho cronicamente carente de médicos. Abrem-se concursos... é pá, e se conseguir-se colocar lá um médico, como foi possível colocar 3 ao longo destes 4 anos são situações excepcionais, porque não concorrem! Só há uma saída, contratar uma empresa que coloque lá os médicos [...] não estão disponíveis para ingressarem num serviço. Se forem em prestação de serviços já surgem alguns médicos para irem lá fazer algumas horinhas... tem uma maior maneabilidade de gestão dos seus tempos de trabalho, e dos vários compromissos que tem assumidos em diferentes sítios</i></p>	<p>Gestão empresarial, Compromisso profissionalismo, concorrência mercado</p>	
<p>DIMENSÃO</p>	<p>Identificação e Tradição</p>	
<p><i>a degradação geral [...] das condições económicas de vida dos portugueses. Desemprego [...] a descida dos rendimentos tem um impacto direto na Saúde dos próprios, e por essa via, do recurso aos serviços de Saúde no país</i></p>	<p>Compromisso social</p>	<p>identificação colectiva</p>
<p><i>ninguém de bom senso poderia achar que o país indo a uma situação de pré-bancarrota, tendo que pedir empréstimos a parceiros internacionais que nos exigiam medidas de restrição, para darem o empréstimo, que isto aqui não tivesse um efeito na vida das pessoas. Isso é óbvio [...] caso da saúde... houve uma opção clara que foi feita logo de início, que é: perante o impacto inegável que ia existir, a atuação e as medidas que adotássemos tinha que proteger aqueles que eram permeáveis aos impactos negativos</i></p>	<p>Controlo Estado na despesa, Compromisso social, Apoio social</p>	
<p><i>Na questão das taxas moderadoras em que estava claramente no memorando, a revisão das taxas moderadoras... uma opção não é só de proteger os mais desprotegidos, é uma questão de justiça social. E da própria coerência do sistema [...] alargou-se o nº de pessoas isentas... passamos para 5,7 milhões de portugueses isentos de taxas moderadoras...</i></p>		
<p><i>permitiu por outro lado injetar dinheiro na economia portuguesa porque os hospitais pagando as dívidas que tinham estavam a injetar dinheiro na economia, estavam a salvaguardar postos de trabalho, eventualmente a criar mais postos de trabalho</i></p>		
<p><i>Feita a avaliação de eficácia do medicamento, a partir daí os Estados e os Povos são colocados nas mãos da Indústria que pede o preço que entender [...] os doentes legitimamente a clamar por aquela esperança de vida, que é legítimo... há aqui, muita manipulação, que também é feita [...] o que não pode acontecer é o Estado e os próprios doentes ficarem reféns duma indústria que tem o monopólio que entende pedir um preço, qualquer ele</i></p>	<p>Interesses antagónicos entre a Indústria e a Comunidade</p>	

<i>que seja...Isso não pode acontecer... tem que ser uma resposta consertada com outros Estados...</i>		
<i>o mais importante de tudo é que o Serviço Nacional de Saúde deu uma resposta, os seus profissionais, as políticas que foram adotadas restringidas pelo Memorando, outras que não foram restringidas pelo Memorando... tiveram uma eficácia, produziram esses efeitos, e pelo meio ainda foi possível fazer alguma justiça social. E o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde nunca esteve em causa</i>	Apoio da comunidade, Disponibilidade serviço, material	
<i>Não acha estranho, por exemplo, que não tenha havido nada, nem ninguém, a falar por exemplo, do limite de idades para a realização das urgências?... A descida do valor do trabalho suplementar... foi um aspeto que teve muita influência...</i>	Profissionalismo e carreira	complexidade e conhecimento
Adição ou partilha		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>tem que evoluir sobre aquilo que é um conjunto de serviços que as farmácias podem ir alargando, de prestação de cuidados à população e eu acho que isso faz todo o sentido. E sobretudo de articulação com os cuidados de saúde primários, podem ter um papel muito mais interativo, na gestão das medicações dos doentes crónicos, em articulação com os médicos como é evidente.</i>	Partilha decisões, Disponibilidade serviço, material	partilha e redes sociais
<i>se for ver os dados assistenciais, as variações que encontra são todas positivas [...] o nº de cirurgias, o nº de consultas, o nº de urgências, o nº de consultas ao domicílio, de enfermagem [...] Os dados transversalmente são todos positivos, ou seja o SNS está a produzir mais</i>	Controlo Estado na despesa, Disponibilidade serviço, material	
<i>E podemos dizer que é graças ao esforço dos médicos, dos enfermeiros e dos profissionais, pois claro, com certeza! Claro, com certeza! E o país está recheado de excelentes profissionais que fazem mais que andar a correr capelinhas a picar ponto de um lado e doutro! Tem muito, muito mais que alguns casos particulares, que acontecem...</i>	Controlo Estado na despesa, Apoio do serviço, Disponibilidade profissionais	
<i>Enfermeiros contratou-se 1000 enfermeiros. Durante 2014. Em 2015 já estão concursos...mais 1700 enfermeiros [...] Nos médicos não se contratam limites de médicos. Nos médicos contratam-se todos os médicos que estão disponíveis e queiram ingressar no SNS... todos!... todos!...</i>	Gestão empresarial, renovação profissionais	
Ambiguidade		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>já viu o pré-aviso de greve que os sindicatos médicos emitiram para o dia 13 de Março?... Reposição total... das remunerações. Reposição do pagamento do valor do trabalho suplementar... do trabalho extraordinário... ou seja, o conjunto de fundamentos que ali estão é a colocação das condições de trabalho dos médicos em situação</i>	Controlo Estado na despesa, Compromisso social	ambiguidade e identidade

<i>exatamente igual ao pré-Troika [...]aquilo que esses sindicatos representativos dos médicos pretendem, é já, que seja recolocada a situação anterior, o que é legítimo, era ótimo, maravilhoso, com certeza que sim mas não era só para os médicos, era para os enfermeiros, para os outros funcionários públicos, para toda a gente</i>		
Grupo Parlamentar do Centro Democrático Social - Partido Popular		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>Há aqui um conjunto de prioridades que tiveram que ser definidas e desde logo uma delas foi... vamos manter um Serviço Nacional de Saúde custeado pelos impostos, o que era preciso era tirar este Serviço Nacional de Saúde da falência técnica e das capturas que tinha em 2011 [...] As medidas foram tomadas para resolver os problemas de falência, que condicionaram limitações dentro do sistema</i>	Controlo Estado na despesa, sustentabilidade do sistema	controlo e normas
<i>mas a grande pergunta política que tem de ser dada é: estamos melhor preparados ou não de futuro para o impacto de uma outra crise? [...]Ora na nossa percepção, estávamos muito mal preparados para uma crise, com dívidas, que determinavam a insustentabilidade do nosso Serviço Nacional de Saúde em 2011 [...]vim ontem do Algarve, e o Centro Hospitalar do Algarve já não tem dívidas, já não tem dívidas, tem um IBITA positivo previsto superior a 3 milhões de euros [...] com enorme esforço, sem dúvida alguma, de todos os portugueses, e sacrifício de todos, incluindo os utentes e dos médicos, e os profissionais, de todas as áreas e sectores de saúde incluída, está-se a criar músculo e não gordura</i>		
<i>para o futuro são enormes os desafios que se colocam, desde o envelhecimento da população, as doenças crónicas, a inovação nos medicamentos [...] os equipamentos mais caros [...] são tudo elementos que vão aumentar a despesa, e não temos o dinheiro para a suportar para já, temos de arranjar soluções</i>		
<i>(os profissionais) Não estão habituados a discutir o real valor das suas práticas e de ter que mudar práticas [...] Porque os profissionais interpretaram isso como limitações/restrições e não como uma oportunidade para melhorar práticas, tentado compreender onde é que elas podem e devem ser mantidas e onde é que elas devem ser melhoradas</i>	Controlo Estado na despesa, compromisso do profissionalismo	
<i>a crise afetou a saúde de Portugal e de toda a Europa. Isto é, há uma similitude entre o que se passou em Portugal e os efeitos da crise em Portugal e de outros países europeus [...] pode-se dizer que o que se quis foi cortar gorduras aqui em Portugal e em toda a Europa.</i>	Controlo Estado na despesa, Problema Internacional	

<i>porque por razões várias, nomeadamente por corporativismo médico, o sistema de saúde português ainda está essencialmente centrado no modelo de agudos e hospitalocentrico.</i>	Controlo Estado na despesa, Controlo profissionais	
<i>nós aliás discutimos aqui, e que afeta quer a parte médica, quer sobretudo a parte de enfermagem, é a questão do estatuto da Função Pública e das Carreiras. Que está atrasada, por exemplo da enfermagem e de outros profissionais de saúde, para eles está, digamos assim, a hipotecar expectativas e reconhecimento</i>	Controlo Estado normativo-legislativo	
<i>(Os profissionais de saúde) Não estão habituados a discutir o real valor das suas práticas e de ter que mudar práticas</i>	Gestão empresarial, Compromisso profissionalismo	desempenho e mercado
<i>E portanto reforçou-se, na minha opinião, e falando também em nome do CDS, o Sistema Nacional de Saúde e não há mal na concorrência... não considero que tivesse havido captura para os privados, etc, etc</i>	Controlo Estado na despesa, Concorrência do Mercado	
<i>(Reforma cuidados da doença crónica) Porque é que não se avançou mais? E não me digam o contrário, porque o poder político continua a estar bastante subjugado ao poder de corporações [...] A questão de um terço dos doentes internados neste momento em Santa Maria, são doentes em fim de vida. São tratados em fim de vida como se fossem falecer nos próximos 12 meses.</i>	Gestão empresarial, Conflito com profissionais	
<i>vou-te dar um exemplo muito simples... Vai procurar nas urgências em 24 horas, nº de doentes dementes, com demência avançada ou terminal que vão lá por aspiração e pneumonia.... Vai ver o que lá fazem. Antibioterapia, desde 4ª e 5ª linhas, talvez o 5º episódio, se eu disser – Não faças antibioterapia- dá uma chance à morte [...] Quimioterapias. É como dizia um amigo meu brasileiro é até à missa do 7º dia! ... Tem a coragem de chegar lá e dizer – Não faz [...] a crise poderia ter sido a oportunidade para melhorar isso!... E não é porquê, porque a corporação não quer</i>	Compromisso profissionalismo, compromisso qualidade	
<i>quando se diz não temos profissionais, não temos. Vamos lá ver. O padrão tem que ser de eficiência, eu não discuto que nalgumas áreas não sejam necessários mais, mas mais uma vez quais são os standards?</i>	Gestão empresarial, promoção eficiência, desempenho	
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>em que medida é que fatores como o aumento do desemprego, em que medida é que fatores como limitações impostas à contratação, por credores... em que medida é que essas medidas não vão contaminar de certa forma tudo aquilo que aconteceu na saúde?</i>	Compromisso social, Partilha responsabilidades	identificação colectiva
<i>Temos portanto dois discursos, o discurso da casuística, do caso A,B, ou C...ao qual nós não retiramos gravidade e que tem que ser devidamente enquadrado e investigado... como foi com o Correia de Campos, com a questão das urgências e em que os casos pulverizam a evidência dos indicadores [...]esta conspurcação entre o espaço</i>	Controlo Estado na despesa, pressão Media/sociedade, problema legitimidade externa	

<i>mediático e o espaço dito com um discurso de afirmações mais ou menos bombásticas, pesado... apoiado em... em casos... se os casos não refletem a globalidade, e se nós temos resultados, indicadores que são muito mais fiáveis para refletir a globalidade</i>		
<i>Existem "bolsas de dificuldades" de acesso aos cuidados de saúde que não podem ser ignoradas, não começaram agora, no cenário da adversidade</i>	Apoio da comunidade, Continuidade de cuidados	
<i>a questão que os profissionais de saúde ainda não assumiram que é a futura crise, que já se vê, agora só se vê a ponta do iceberg, sobre a crise relacionada com o impacto do envelhecimento e das doenças crónicas [...] os profissionais continuam... continuam a negar porque querem centrar o sistema de saúde no modelo de agudos e portanto não sabem discutir modelo de crónicos nem mudar práticas [...] nós vamos enterrar! Porque tratamos doentes crónicos como se eles fossem doentes agudos! Com um modelo hospitalocentrico, com um pacote dirigido à doença aguda. E portanto gasta-se muito e mal!</i>	Compromisso social, Responsabilidade do profissional perante o doente, compromisso qualidade	
<i>Porque de fato não é uma questão de poupança, a palavra é de eficiência... não se trata de dizer – eu tenho de gastar menos - não – eu tenho de gastar bem - e no caso das doenças crónicas, e no caso dos grandes idosos nós temos muito desperdício [...] as pessoas não são tratadas, nem com os modelos de abordagem geriátrica, porque a geriatria está impedida em Portugal de se desenvolver corretamente, por questões corporativistas... são assim que elas têm de ser vistas e chamadas [...] há aqui questões de financiamento... há aqui ambivalências entre “eu quero mudar a política para os crónicos” que é onde se gasta muito dinheiro e gasta-se mal, e se isto não é uma questão de poupança, é de eficiência, mas se eles são uma grande fatia de clientes dos hospitais, os hospitais ganham com isso...</i>	Apoio da comunidade, Continuidade de cuidados, Falta Profissionalismo, Falta de Formação	
<i>O grande problema é quando as pessoas têm a visão do seu umbigo! Que é o meu estatuto. Mas quando isto implica revisão de outros estatutos, noutras áreas é isso que as pessoas têm que ter essa perspetiva [...] há recomendações técnicas para rácios de profissionais... Então verifiquem se eles estão ou não a ser cumpridos. E mais uma vez, vejamos a organização do trabalho</i>	Falta Profissionalismo, Compromisso qualidade	
<i>numa contextualização do sacrifício que foi imposto a todos os portugueses, nos últimos anos em virtude do resgate a que estivemos sujeitos, há um dado objetivo, incontornável... não há nenhum médico no desemprego [...] Vai-se abrir concurso para mil novos enfermeiros agora em 2015. Há sempre 2 pontos que têm de ser ponderados... primeiro são abertos concursos, muitos por este país fora, que ficam desertos, os médicos... não concorrem. E segundo, é a própria associação portuguesa da medicina geral e familiar, que eu recebi há tempos, que disse – Há médicos a mais! Há médicos a mais!</i>	Controlo Estado na despesa, Compromisso social, Partilha responsabilidades, Problema legitimidade externa	
<i>Adição ou partilha</i>		

DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>Com restrições do sistema público, os profissionais “há aqui um outro vector que é o do stress, das tensões, do ter que mudar de práticas, e portanto acho que tem de se dar nota da resiliência dos profissionais [...] Se do ponto de vista estrito do sistema de Saúde e indo a indicadores, indicadores lamentavelmente é uma linguagem que a Comunicação Social gosta pouco... que alguns políticos gostam pouco... os indicadores não mostram diminuição do acesso aos cuidados de saúde</i>	Controlo Estado na despesa, Disponibilidade profissionais, Disponibilidade serviço, material	partilha e redes sociais
<i>Do meu ponto de vista, do meu ponto de vista elas (a visão política e técnica) deveriam ser coincidentes. Qualquer discurso político tem que ser tecnicamente bem sustentado [...]a política de Saúde que tem ser alvo de um pacto de regime... E as pessoas têm que estar de acordo em aspetos transversais”...</i>	Partilha decisões entre governo, oposição e sociedade	
<i>Demarcação</i>		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>eu pessoalmente tenho dito, e o CDS tem dito isto nas Comissões, não se trata de dizer que está tudo bem no âmbito da saúde, aliás nunca esteve</i>	Falta transparência, Falta de continuidade de cuidados	oposição e conflito
<i>Ambiguidade</i>		
<i>Os profissionais de saúde encararam este conjunto de medidas como ameaças, como exigências de mudança às suas práticas... globalmente, a minha percepção é de que os profissionais de saúde portugueses, nomeadamente os médicos estão ainda pouco sensibilizados e moldados para trabalhar sobre parâmetros de eficiência</i>	Controlo Estado na despesa, Compromisso profissionalismo, desmotivação	ambiguidade e identidade

Fontes: Entrevista 141127_001; Entrevista 141128_001; Entrevista 150129_001; Entrevista 150225_001; Entrevista 150402_001.

Quadro 4.5. Análise das dimensões, temas e mecanismos associados expressos no discurso de diretor da APIFARMA

Quadro 5. Análise das dimensões, temas, conceitos e mecanismos associados expressos no discurso de diretor da APIFARMA e da ANF

Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>a questão da Saúde em Portugal, nomeadamente nos hospitais, enfermava já numa insuficiência orçamental antes</i>	Controlo Estado na despesa, centralização	controlo e normas

<p><i>da crise [...] a Saúde sistematicamente vinha acumulando défices e dívidas. De 2 em 2 anos, ou de 3 em 3 anos, aparecia um orçamento suplementar que não pondo as coisas a zero, procurava recuperar alguma coisa</i></p>		
<p><i>portanto as coisas não estavam equilibradas. Com a crise, e com o programa de assistência financeira eu diria que essa situação se agravou [...] o primeiro orçamento deste governo, no ministério da Saúde, era um orçamento que espetacularmente apontava para um défice de 200 milhões de euros, salvo erro assumia-se juridicamente que efetivamente ia haver um défice de 200 milhões na área da Saúde.</i></p>	<p>Controlo Estado na despesa, centralização, compromisso da equidade</p>	
<p><i>a verdade é que começou a haver claramente uma restrição, um tentar balizar os n°s para efetivamente não serem feitas compras ou não serem feitas compras de [...] novos equipamentos de diagnóstico “in vitro”... veio a agravar a situação financeira [...] aliás muito curioso verificar que um dos principais objetivos da Troika era que o país ficasse com as contas em ordem relativamente às dívidas que estavam para trás</i></p>		
<p><i>O impacto no ambulatório, é [...] completamente perverso. Os cortes na despesa no ambulatório foram feitos essencialmente por cortes de preço. Nós temos hoje em Portugal, preços de medicamentos que estão completamente a baixo de todos os mínimos europeus e torna o país extremamente atrativo para ter exportações paralelas</i></p>		
<p><i>Ou seja, o problema, o problema financeiro não se resolveu, não se resolveu apesar da lei dos compromissos que impedia – supostamente - compras que não estivessem cabimentadas e por aí fora [...] a verdade é que era difícil resolver as dividas que estavam para trás se não houvesse uma dotação orçamental. Isso não foi feito, e portanto continuamos um pouco aos soluços, até agora</i></p>	<p>Controlo Estado normativo-legislativo</p>	
<p><i>Não temos dúvida nenhuma que, relativamente aos hospitais houve claramente a partir do início da assistência financeira, houve um atraso na aprovação de medicamentos inovadores, independentemente de eles já terem sido objeto de avaliação pelo... pela entidade competente, pelo Infarmed [...] hospitais, eu diria que efetivamente atrasamos durante muito tempo, a introdução de novas tecnologias, eu diria que a maior parte delas eram claramente custo/efetivas, e temos estado a esticar isso aos limites, por falta das tais dotações orçamentais [...] que se agravaram durante o período de assistência financeira</i></p>	<p>Controlo Estado na despesa, Estado como bloqueio à inovação</p>	
<p><i>Se eu apenas quero cortar, e não estou disposto a modificar rigorosamente nada, eu estou a matar as oportunidades que eventualmente poderiam estar no meio destas, no meio destas dificuldades causadas pela crise</i></p>	<p>Controlo Estado na despesa, Compromisso do serviço, material</p>	
<p><i>a verdade é que nós enquanto APIFARMA estamos, temos desde a primeira hora, não com este governo, já tínhamos, já pelo menos com o governo anterior chamado a atenção que se está a assistir na Saúde, a uma evolução tecnológica brutal [...]independentemente do problema dos orçamentos do ministério da saúde vamos</i></p>	<p>Controlo Estado na despesa, sustentabilidade do sistema</p>	

<p><i>ter também como efeito colateral... vamos dando cabo dos orçamentos da Segurança Social... Porque é evidente esta gente que nós tratamos, vai viver muito mais tempo... Há mais Alzheimer, há mais Parkinson, há, claro que há, vive-se mais.</i></p>		
<p><i>se nós tínhamos subdotações orçamentais e já tínhamos um sistema financeiro, muito desequilibrado e ele estava seguro por arames... a verdade é que a evolução da tecnologia inevitavelmente iria condenar o modelo [...] Era preciso começar a pensar... Outro tipo de financiamento, provavelmente outro tipo de modelos de participação, uma reanálise desse sistema todo [...] Os medicamentos de hoje não são os medicamentos de há 20 anos. As tecnologias de hoje não são as tecnologias de há 20 anos. E em todo o mundo as despesas estão... de saúde estão a subir, não tanto pelo envelhecimento das populações, que também de resto é verdade, mas pelo impacto da tecnologia</i></p>	<p>Inovadores como risco para sistema, Controlo Estado da despesa</p>	<p>desempenho e mercado</p>
<p><i>efetivamente o impacto que eu tenho em 2015 com os doentes, por exemplo da hepatite vai-me inevitavelmente gerar poupanças nos próximos anos [...] Eu não posso estar prisioneiro de um orçamento que é meramente anual, numa matéria tão complicada, e que está a evoluir de uma maneira tão... tão radical... As novas tecnologias, como é que vamos financiar isto? A sociedade obviamente exige o avanço, os financeiros e os políticos vão ter de encontrar maneiras de equacionar estas matérias...</i></p>		
<p>DIMENSÃO</p>	<p>Identificação e Tradição</p>	
<p><i>(as poupanças) A nível hospitalar foram também sobre todos os consumíveis. Os hospitais começaram a ficar numa situação, eu diria, nalguns casos um bocadinho patética, de não terem roupas de cama, de não terem papel higiénico, não terem sabão nas casas de banho [...] a verdade é que se assistiu a uma tentativa de... de alguma maneira de travar, travar todo o tipo de consumos nos hospitais...o que nos parece é que as coisas tem que ser melhoradas sistematicamente, mas fazendo poupanças graduais</i></p>	<p>Controlo Estado na despesa, compromisso qualidade, problema legitimidade externa</p>	<p>identificação colectiva</p>
<p><i>embora claramente haja uma tentativa de diminuir os consumos dos hospitais. Eu diria que não tem acontecido, por várias razões, e uma delas é as próprias dificuldades económicas das pessoas, levaram as pessoas a recorrer mais ao hospital [...] Mas o sistema hospitalar tem outras idiossincrasias complicadas. Temos uma série de pessoas que não tem dinheiro para o transporte, têm de recorrer aos bombeiros. Deveríamos pensar em que tipo de medicação exclusivamente hospitalar... que poderia ser transferida para a farmácia com benefício para o doente, com comodidade para o doente</i></p>		
<p><i>Porque todos nós, para nós e para aqueles que nos são próximos gostamos que a hepatite seja curada, e que o cancro a breve trecho... alguns tipos de cancro possam ser curados... Não podemos é dizer que não estamos preparados para isso porque a sociedade vai lhes exigir isso, não é? Eu não posso dizer à sociedade, não vou...</i></p>		

<p><i>[...] São caras, claro que são caras, mas não é essa... não é isso que está em cima da mesa neste momento, nós estamos a discutir o valor da vida humana [...].E agora, de repente estamos de fato perante revoluções tecnológicas que efetivamente vão modificar a vida das sociedades. E portanto, é preciso repensar isto em muitas vertentes... na Saúde devia passar rapidamente em orçamentos plurianuais</i></p>		
<p><i>olhamos para a saúde e para as despesas de saúde, como custo, e isto não faz sentido. É um investimento. A saúde é aquilo mais importante que nós temos na vida e passamos a vida a permitir que os políticos digam que se gasta demasiado dinheiro na saúde [...].as pessoas acham que a saúde é a coisa mais importante, porque é que eu hei-de estar disposto a passar a vida a ver cortes na saúde? Eu tenho é que, como a sociedade que envelhece, que vai envelhecer cada vez mais, que é sinal que morremos menos... toda esta coisa funciona... vou ter que ter mais dinheiro na saúde</i></p>		
<p><i>a rentabilidade das farmácias deteriorou-se de tal maneira, que elas próprias não tem, nalguns casos, capacidade financeira para ter stocks de determinado tipo de medicamentos [...] criou-se aqui uma disrupção do sistema, num país que tinha uma rede de farmácias claramente exemplar, quer as correções aos preços dos medicamentos, quer as correções às margens das farmácias, foi-se longe de mais</i></p>	<p>Controlo Estado na despesa, compromisso Indústria</p>	
<p><i>fizemos pelo menos dois estudos... para verificar qual era o acesso a determinado tipo de medicamentos nas farmácias portuguesas e é inacreditável que os estudos dizem que sistematicamente as pessoas vão à farmácia... e não encontram os medicamentos que querem comprar [...]porque eles são exportados, porque o seu preço comparativo com outros países é tão baixo que Portugal se tornou a porta de saída prevista de operadores logísticos que em vez de porem os produtos nas farmácias em Portugal os enviam para o exterior e isto obviamente com prejuízo dos doentes portugueses</i></p>	<p>Compromisso social, compromisso equidade, compromisso qualidade</p>	
<p><i>Genéricos [...] é uma questão engraçada. Os genéricos, eu acho que tem sido promovidos pelos últimos governos com um entusiasmo enorme. E hoje em dia Portugal tem claramente em termos de quota de mercado, em unidades, claramente uma das melhores quotas de mercado da Europa [...] a questão é que efetivamente as quotas de genéricos em Portugal são de fato altíssimas, são extremamente positivas para o Estado, excepto num aspeto... o governo não tem estado muito atento ao preço a que os genéricos são vendidos... era bom que os genéricos fossem sempre mais económicos que os originais e nem sempre são</i></p>	<p>Apoio da comunidade, Disponibilidade serviço, material, compromisso equidade, problema legitimidade externa</p>	
<p><i>Adição ou partilha</i></p>		
<p>DIMENSÃO</p>	<p>Dinamismo e mudança</p>	
<p><i>(se aprovar) vou baixar os custo [...] no tratamento daquele tipo de patologia... baixar provavelmente os tempos de internamento ou as recidivas ou isto ou aquilo... medicamento que me vai custar mais qualquer coisa... vou</i></p>	<p>Gestão empresarial, promoção inovação</p>	<p>projeção no futuro</p>

<p><i>incluir no orçamento das contas da Saúde. O que eu não incluo nas contas [...] do orçamento da Saúde, são os benefícios que tiro por essa via [...] se não fossem introduzidas, digamos as inovações que vão aparecendo e que fazem poupanças de custo, se eu não as tivesse, o que eu tinha era claramente uma conta da saúde ainda muito superior. Só não a tenho porque de fato há uma série de coisas que foram sendo introduzidas e que trazem efetivamente poupanças, não é. Trazem benefícios</i></p>		
<p><i>Se nós pensarmos que a saúde a nível mundial é para aí a segunda ou terceira atividade económica, que mais emprego gera e cria riqueza, temos que olhar para isso.</i></p>	<p>Partilha decisões entre governo, oposição e sociedade</p>	<p>partilha e redes sociais</p>
<p><i>Demarcação</i></p>		
<p>DIMENSÃO</p>	<p>Resistência e conflito</p>	
<p><i>tentou-se através de, através do programa de assistência financeira e das exigências da Troika, tentaram-se uma série de medidas mas no sentido de equilibrarem as contas, ao fim e ao cabo, mas essas medidas foram sistematicamente feitas sobre terceiros... e não propriamente em termos de racionalização interna ou de modificações estruturais dos serviços [...] as poupanças e os ajustes decorrentes da assistência financeira foram todos feitos sob terceiros. Foram feitos sob todos os convencionados, e foram feitos essencialmente sobre os medicamentos [...]eu consigo de fato todos os anos, se calhar, poupanças de 2 ou 3% eu consigo fazer otimizações. Se me disserem que em 2 ou 3 anos querem fazer poupança de 20 ou 30% eu acho que isso é completamente uma utopia</i></p>	<p>Controlo Estado na despesa, compromisso Indústria</p>	<p>oposição e conflito</p>
<p><i>o maior pico de dividas que houve por parte do Ministério da Saúde, nomeadamente à Indústria Farmacêutica, foi precisamente a meio da intervenção da Troika, algures em Maio de 2012 [...]</i></p>		
<p><i>houve efetivamente cortes muito profundos em diversas áreas mas foram sempre refletidos sobre os fornecedores do Sistema Nacional de Saúde, raramente se pensou em fazer alterações que pudessem minorar ou criar oportunidades, quer para os agentes económicos atingidos, quer para o próprio equilíbrio das instituições, quer para a própria comodidade e acesso dos cidadãos</i></p>		
<p><i>criou-se aqui uma disrupção do sistema, num país que tinha uma rede de farmácias claramente exemplar, quer as correções aos preços dos medicamentos, quer as correções às margens das farmácias, foi-se longe de mais</i></p>		
<p><i>algumas pessoas acham que a maior parte dos operadores da saúde, os agentes privados da área da saúde estão sentados á mesa do orçamento. Eu digo, isso é o contrário, desculpe o Estado é que está sentado à nossa mesa</i></p>		
<p><i>não me parece que haja estudos sérios e concretos a medir o impacto do que é que efetivamente aconteceu, nós sabemos que efetivamente os mercados, o valor dos fornecimentos foi muito restringido, uma parte significativa</i></p>	<p>Controlo Estado na despesa, falta de transparência</p>	

<i>por baixas de preços, mas é difícil exatamente...</i>		
ANF – Associação Nacional de Farmácias		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>É fundamental criar mecanismos de concorrência nos medicamentos de marca ... através da implementação de protocolos terapêuticos, através da implementação de um formulário para o ambulatório, medidas que se falam há muitos anos mas que tardam em ser implementadas.</i>	Protocolos e <i>guidelines</i> , Controlo despesa	desempenho e mercado
<i>a nossa remuneração tem de deixar de estar dependente da vontade dos laboratórios ... nós não temos nada a ver com isso. Não nos parece minimamente equilibrado, que a nossa remuneração seja afetada por decisões voluntárias e unilaterais de um dos agentes do sector.</i>	Gestão empresarial, Mercado desregulado, Gestão sem controlo	
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>a situação de dia-para-ida está a agudizar-se, nós trazemos alguns exemplos concretos, e há efetivamente uma situação de risco eminente de ruptura no acesso aos medicamentos pela população.</i>	Controlo Estado na despesa, compromisso serviços, compromisso equidade	identificação colectiva
<i>Adição ou partilha</i>		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>com aquilo que se pode fazer, a nível do mercado de medicamentos genéricos, como com aquilo que se pode fazer a nível dos medicamentos de marca, consegue-se fazer duas coisas: reequilibrar o sector, numa lógica de rentabilidade económica nula, sem que isso signifique mais despesa para o Estado e para os doentes.</i>	Controlo Estado na despesa, Disponibilidade serviço e material, partilha decisões entre governo e a indústria	partilha e redes sociais
<i>Demarcação</i>		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>Sobre a questão do cumprimento do MdE e os famosos 50 milhões ... desde 2010, os grossistas e as farmácias, porque os objetivos de 50 milhões era para os dois, contribuíram com 341 milhões de euros na redução do valor do mercado. Ou seja, estamos a falar de um valor que é 7 x superior ao previsto no MdE. Em termos de despesa publica, estamos a falar de 217,5 milhões de euros. Isto é um valor 5 x, 4,5 x superior ao previsto no MdE.</i>	Controlo Estado na despesa, compromisso equidade, compromisso Indústria	oposição e conflito
<i>Portugal era, e parece que vai continuar a ser um “case study” em termos europeus, devido ao nº de litigância</i>	Controlo Estado normativo-legislativo, compromisso	

<i>em torno de medicamentos genéricos. Nós tínhamos 800 processos judiciais pendentes no final do ano passado, relativamente a esta matéria</i>	Indústria, litigância	
<i>O Estado regula tudo neste sector. Regula o preço, regula a margem, regula a comparticipação, regula a procura e pratica para si próprio, prazos de pagamento diferentes daqueles que temos neste momento. Nós neste momento, ao fim de 30 dias se não cumprirmos junto da Indústria temos os fornecimentos cortados... junto do Estado nós temos prazos de pagamento acordados que chegam aos 270 dias! 270 dias de prazo de pagamento!</i>	Controlo Estado na despesa, compromisso equidade, compromisso Indústria	

Fonte: Entrevista 150210_001; Audiência Parlamentar Nº 39CSXII.

Quadro 4.6. Análise das dimensões, temas e mecanismos associados expressos no discurso de associações de doentes

Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal - APDP		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO		
<i>[...] houve uma limitação significativa de entrada de inovação na diabetes, coisa que agora mais recentemente foi regularizada e entraram agora uma série de novos medicamentos</i>	controlo Estado na despesa, Estado como bloqueio à inovação	controlo e normas
<i>o diagnóstico e tratamento das complicações da diabetes, precisa de especialistas de outras áreas e a dificuldade que existe nesta altura é na referenciação para encontrar essas soluções disponíveis na comunidade e nos hospitais [...] Pois aqui na diabetes os dois aspetos também se observaram. Por um lado o acesso à inovação foi limitado nestes anos. Já havia há alguns anos terapêuticas em termos europeus que não puderam entrar aqui em Portugal</i>	Estado como bloqueio à inovação, gestão empresarial, falta de continuidade de cuidados	desempenho e mercado
DIMENSÃO		
<i>as pessoas com diabetes I têm uma doença crónica. Tudo o que acontece à volta deles também tem influência no processo de tratamento, desde a sua rede de suporte imediato que tem a ver com a família e com a pessoa em termos de trabalho [...]tem sido com os níveis de desemprego logo direto as pessoas ficam com mais limitações económicas... tem tido impacto nas pessoas na adesão ao acompanhamento das terapêuticas e isso é referido espontaneamente pelas pessoas [...] Por outro lado algumas das pessoas que são rede de suporte – filhos ou</i>	compromisso pessoal, social	identificação colectiva

<p><i>outros familiares – saíram do país e isso também foi uma constatação que se foi vendo nos últimos tempos, e portanto as pessoas de repente ficam mais isoladas [...] O isolamento nas doenças crónicas é um fator de piores resultados de saúde.</i></p>		
<p><i>existe um rendimento limite no agregado e as pessoas limitam-se na terapêutica farmacológica, limitam-se no material de autovigilância e limitam-se depois na parte da alimentação e na parte de atividade física porque também há falta de informação sobre as alternativas em ambiente de crise</i></p>	<p>compromisso social, compromisso equidade, compromisso qualidade</p>	
<p><i>tem havido uma limitação de alguma maneira ao acesso, seja para vir à APDP, seja para ir ao médico de família, seja para ir às consultas de diabetes em hospital ou às consultas de especialidade [...] não só porque leva menos um dia de ordenado mas também porque sentem de alguma maneira uma ameaça à sua estabilidade no emprego essa ausência ao trabalho [...] Depois é o custo da deslocação que as pessoas vão referindo cada vez mais... e as pessoas pedem automaticamente para fazer as consultas mais espaçadas no tempo porque não têm recursos</i></p>	<p>controlo Estado na despesa, compromisso equidade, problema legitimidade externa</p>	
<p><i>Mas houve o problema dos stocks de farmácia, e do esgotar e do desvio, eventualmente, de medicação de Portugal para outros países – a exportação de medicação [...] as farmácias que também tinham stock, também não têm o stock e as pessoas muitas vezes quando vão à farmácia é porque estão no final da sua medicação, a farmácia não tem disponível isto leva a pausas no tratamento que não devia ter pausa nenhuma e isso condiciona interrupções no processo de cuidados</i></p>		
<p><i>a inovação tecnológica na diabetes, nomeadamente com as bombas de insulina para a diabetes tipo 1 que somos o país que tem indicadores muito maus para a utilização de bombas de insulina, as pessoas percebem muito que é uma limitação devido à crise ou ao contexto económico [...] aqui tem a ver se estamos a fazer as opções certas, se temos alguma pressão ou não para prescrever o mais barato em função do melhor tratamento disponível para aquela pessoa. É uma desconfiança que se sente sempre e para a qual vai ser muito difícil respondermos porque as pessoas ficaram muito desconfiadas e sentem isso e perguntam.</i></p>		
<p><i>devíamos ultrapassar esta barreira entre os cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares e ter aqui cuidados integrados... devíamos era estar a caminhar para uma medicina de proximidade... e depois há o hospital que devia ter vocação para a parte de internamento propriamente dito e exames altamente diferenciados [...] há uma série de coisas que se poderia fazer muito mais perto das pessoas evitando este fluxo entre cuidados de saúde primários e hospital que por muito que se facilitem os canais de comunicação são uma barreira física, logo à partida e depois são as barreiras das marcações, dos tempos de espera, a falta de comunicação entre as várias especialidades...</i></p>	<p>apoio da comunidade, continuidade de cuidados</p>	

<p><i>É preciso haver uma solução para as doenças agudas e é preciso ter bons canais de doenças agudas, até para aliviar as urgências hospitalares que precisavam de ir e precisavam de resolução em proximidade [...] para as doenças crónicas, a diabetes é um bom exemplo, gostávamos de ter uma boa resposta integrada em proximidade porque se perde completamente e nós temos maus resultados e muitos dos maus resultados da diabetes têm a ver com complicações da doença por falta de articulação [...]até existem recursos, até existem às vezes duplicação de ofertas e depois é uma oferta não coordenada e desintegrada.</i></p>		
<p><i>A solução tecnológica onde se propõe corre o risco de gastar muito dinheiro para dar esta proximidade, mas não me parece que vá ser a solução da gestão da doença crónica</i></p>		
<p><i>gostávamos muito de ter cuidados [...] mais perto da residência da pessoa, ter equipas que dessem apoio às pessoas no domicílio [...] Porque aqui na verdade ou nós conhecemos as pessoas e conhecemos o seu meio, senão passados uns tempos voltam...</i></p>		
<p><i>temos que dar um salto aqui em Portugal sobre dar informação ao doente e fazer formação ao doente... damos toda a informação e isso não é formação, não muda comportamentos, não muda conhecimentos é desperdício de recursos [...] a aposta falando agora nas doenças crónicas é a gestão da doença porque nós estamos a caminho... a cura não existe... temos que começar a falar da prevenção e quem é que são as estruturas responsáveis pela prevenção [...] Devíamos estar a caminhar exatamente a autogestão e o tal conceito do doente e da capacitação do próprio. Aí é que temos que ter boas ferramentas para isso e não estamos a apostar nessa área.</i></p>	<p>aposta formação, profissionalismo</p>	<p>complexidade e conhecimento</p>
<p><i>Adição ou partilha</i></p>		
<p>DIMENSÃO</p>	<p>Dinamismo e mudança</p>	
<p><i>fez-se uma mudança... enfim de organização ou legislativa no sentido de aproximar os cuidados hospitalares aos cuidados de saúde primários e vice-versa e que na diabetes foi a criação das unidades coordenadoras funcionais da diabetes. Na prática é colocar as pessoas a falar umas com as outras. Os hospitais com os cuidados de saúde primários</i></p>	<p>partilha informação/ intervenção entre diferentes stakeholders saúde</p>	<p>partilha e redes sociais</p>
<p><i>Demarcação</i></p>		
<p>DIMENSÃO</p>	<p>Resistência e conflito</p>	
<p><i>o tratamento da diabetes é muito mais do que o tratamento da hiperglicemia, as pessoas têm hipertensão, têm dislipidemia e os níveis de participação destes medicamentos são diferentes... as pessoas façam opções no tratamento... depois não fazem a terapêutica com a estatina ou medicação genérica porque o nível de</i></p>	<p>Estado como burocracia administrativa, compromisso social</p>	<p>oposição e conflito</p>

<i>comparticipação é mais baixa [...] não há um padrão racional no esquema de participação da medicação em função das doenças a que se destinam</i>		
<i>Faltarão um bocadinho de campanha de informação e provavelmente uma melhor transparência do que é que os hospitais fazem em relação a cada doença para as pessoas perceberem que estão dentro do padrão de tratamento normal e o indicado para ela</i>	Estado como burocracia administrativa, falta transparência	
Associação Encontrar+se - Associação para a Promoção da Saúde Mental		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO		
Existe uma escassez de resposta, isto impede a prevenção, a procura precoce da ajuda, a intervenção integrada [...] O investimento nos recursos humanos é decisivo nestas questões, não podemos manter o tratamento apenas na parte farmacológica e no internamento hospitalar, sem psicólogos, sem terapeutas ocupacionais, sem os demais profissionais é impossível ultrapassarmos esta situação	controlo Estado na despesa, compromisso das equipas	controlo e normas
o enquadramento legal que regula o acesso dos doentes aos cuidados também nos merece alguns reparos e preocupação	controlo Estado normativo-legislativo	
Doente mental precisa acompanhamento, as vezes internamento, quase sempre medicação, e reabilitação. Os hospitais públicos, mais de metade não tem terapeuta ocupacional, a maioria das respostas são centradas na gestão do hospital. O hospital público tem como estratégia tudo, menos aumentar os recursos. O Ministro da Saúde sabe destas realidades, não é novidade para ele. Os governos têm negligenciado um parceiro importante, que é sector social da saúde. Onde tem recursos, estruturas, algumas delas fechadas à espera de... e tem “know how”, e não tem sido envolvido na prestação de cuidados aos doentes [...] Existe compromisso político, mas depois não é transposto para a prática...	controlo Estado na despesa, centralização, compromisso da equidade	
DIMENSÃO		
É um dos grupos mais vulneráveis da sociedade, pois o Sr. que veio aqui com a hepatite e que teve a coragem de vir aqui reclamar pelos seus direitos, uma pessoa com uma depressão, uma esquizofrenia não vem aqui fazer o mesmo, não tem capacidade de o fazer e os seus familiares no estado de exaustão em que se encontram, ou do estigma e da vergonha e de medo... também não virão...	compromisso pessoal, social	identificação colectiva
<i>Adição ou partilha</i>		

DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
um compromisso político e social de tornar possível melhorar as práticas neste domínio, promovendo uma reflexão alargada em torno destas questões e envolvendo os diferentes stakeholders [...] O peso que se paga por não fazer nada é sem dúvida muitíssimo superior ao retorno que se obtém [...]É fundamental repensarmos este circuito, para melhorar o acesso dos doentes aos cuidados de saúde mental.	partilha informação/ intervenção entre diferentes stakeholders saúde	partilha e redes sociais
<i>Demarcação</i>		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
o problema atual com base em legislação que foi implementada pela ACSS, designada de "Programa de gestão dos doentes mentais", que tem um ano e que obriga a que o doente tenha que percorrer um circuito centrado na contabilidade dos hospitais públicos e que não está centrado nas necessidades dos doentes. O doente não é o centro da preocupação deste circuito.	Estado como burocracia administrativa, compromisso social	oposição e conflito
Este circuito que foi criado veio colocar obstáculos, que não são por acaso. Porque o que está por detrás é a questão do financiamento. Um dos casos relatados em que foi elaborado um documento detalhado do risco da doente, a unidade local de saúde não passou a credencial e a doente ao final de um mês suicidou-se.		

Fontes: Entrevista 150825_001; Audiência Parlamentar Nº 147-CS-XII, 1-04-2015.

Quadro 4.7. Análise das dimensões, temas e mecanismos associados expressos no discurso de elementos da direção das associações profissionais da saúde

Ordem dos Médicos		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>não seria possível imaginar que a dimensão dos cortes impostos ao orçamento público da saúde não tivesse consequências na prestação dos cuidados de saúde</i>	controlo Estado na despesa, compromisso profissionalismo, compromisso equipas	controlo e normas
<i>desqualificação do trabalho médico e a emigração de médicos [...]E mesmo em especialidades carenciadas há especialistas a emigrar para vários países da Europa [...]</i>		

<i>problema da urgência [...] Além de não ter um espaço físico suficiente para a procura, tem também o problema do fluxo de doentes [...] doentes que têm critérios de internamento mas ficam na urgência internados [...] as consequências são inquestionáveis em termos da quantidade de serviços disponível, da qualidade dos serviços</i>		
<i>reduções anuais do orçamento de exploração dos hospitais... forma dos hospitais acomodarem orçamento que lhes é imposto é reduzir a atividade assistencial [...] há problemas de disponibilidade de material de consumo clínico corrente, quer a nível médico, quer a nível cirúrgico [...] espaço de formação também vai diminuir...</i>	controlo Estado na despesa, compromisso do serviço, material, formação	
<i>o ministério da saúde demagógicamente procura associar (os médicos) aos interesses da indústria farmacêutica [...] isto é manipulação demagógica da opinião pública e da comunicação social</i>	relações com a Indústria, compromisso do profissionalismo	
<i>(outsourcing) na área da radiologia vai trazer gravíssimos problemas de formação. Nós estamos em risco de deixar de ter formação em radiologia no país [...] vai trazer graves constrangimentos em termos da formação e em termos da qualidade do serviço</i>	gestão empresarial, compromisso profissionalismo, compromisso formação	desempenho e mercado
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>paradoxalmente as estatísticas (apresentam) uma melhoria sempre dos indicadores, número de consultas, número de cirurgias [...] esses números não são auditados por nenhuma entidade independente</i>	controlo Estado na despesa, problema da legitimidade externa	identificação colectiva
<i>há uma construção de uma imagem de desperdício e de insustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde [...] (para justificar) os cortes são necessários... inevitáveis no Serviço Nacional de Saúde até para melhorar a qualidade da prestação de serviço</i>	controlo Estado na despesa, pressão média/sociedade, problema legitimidade externa	
<i>ministério da saúde... que só avança quando há pressão da opinião pública, pressão da comunicação social [...] O que despoleta a resolução dos problemas é a comunicação social, veja-se no caso da hepatite C, das colonoscopias, da PAF com o tafamidis, das viaturas médicas do INEM</i>		
<i>dificuldade de acesso à inovação terapêutica está claramente a prejudicar os doentes. E está a levar muitos doentes a piorarem na sua condição clínica</i>		
<i>não temos indicadores de desperdício no Serviço Nacional de Saúde [...] custo per capita muito abaixo da média dos países da OCDE... resultados iguais ou superiores em termos de indicadores de saúde</i>	profissionalismo, garantia de qualidade	complexidade e conhecimento
Adição ou partilha		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>é um processo inovador de colaboração entre a tutela e os médicos, na elaboração de normas de orientação</i>	partilha decisões entre	partilha e redes sociais

<i>clínica [...] processo tem sido analisado com muito interesse noutros países, pela dimensão que tem, pela implicação que tem, e pela colaboração entre profissionais e a tutela [...] ao mesmo tempo introduzir a cultura das auditorias [...] pedagógicas e de aprendizagem mútua</i>	profissionais e governo	
<i>Demarcação</i>		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>Portaria 82/2014, da reforma hospital, que se for aplicada vai implicar um encerramento de dezenas de serviços hospitalares por todo o país [...] não houve um estudo, prévio, para avaliar a construção daquela classificação dos hospitais</i>	Estado como burocracia administrativa, falta transparência	oposição e conflito
<i>inovação terapêutica é cara, mas são doentes que regressam curados à sociedade e que deixam de causar despesa em termos de Serviço Nacional de Saúde [...] o Ministério da Saúde continua a adiar decisões. Há múltiplos acordos à espera da assinatura para adiar custos</i>	Estado como burocracia administrativa, compromisso social	
<i>Ambiguidade</i>		
<i>reforma precoce de milhares de médicos [...] falta de médicos em Portugal que não seria espetável [...] pela via das reformas precoces e pela via da emigração nós estamos a sentir a falta de médicos em Portugal [...] refletem muito sobre os profissionais e a disponibilidade de profissionais [...] nós corremos o risco de ter as carreiras médicas decapitadas [...] está castrada a perspectiva de desenvolvimento profissional dos médicos</i>	controlo Estado na despesa, compromisso qualidade, compromisso profissionalismo, desmotivação	ambiguidade e identidade
<i>não se justifica estarmos a importar médicos da América Latina, quando vamos ter no curtíssimo prazo, médicos desempregados em Portugal</i>	carreiras, falta perspectiva carreira	
Ordem dos Farmacêuticos		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>a restrição orçamental e a despesa nomeadamente com cuidados de saúde onde a parte dos medicamentos tem um grande peso [...] o Infarmed e o Ministério têm forçado muito à tal harmonização da terapêutica dos hospitais [...] numa tentativa de criação de formulário nacional</i>	controlo Estado na despesa, centralização	controlo e normas
<i>Depois a escolha dos doentes para estas tais terapêuticas mais onerosas, apesar de inovadoras, também têm sido mais apertadas, mais centralizadas [...] temos que enviar tudo para a comissão nacional e acaba por ser a</i>		

<i>comissão nacional que depois decide se os doentes podem ou não fazer a medicação</i>		
<i>há uma maior intervenção que no passado não existia tanto, apesar de isso estar já na legislação [...] Agora essa gestão está mais apertada [...]tem levado os hospitais à criação de comissões específicas[...]</i>	controlo Estado na despesa, apoio da comunidade, continuidade de cuidados	
<i>o Infarmed e o Ministério tentaram impor foi que essa importação paralela pelo menos pelos distribuidores podia ser feita desde que mantivessem o mercado português [...]exportação tem prevalecido, muitas vezes com falta de medicamentos nas farmácias e isso acaba por lesar os utentes</i>		
<i>na Ordem nós tivemos uma obrigatoriedade de rever todos os estatutos... foi uma regra emitida pela Troika no memorando [...]o grande objetivo é diminuir a intervenção das ordens na sociedade. Isso mostra que os elementos da Troika identificaram as organizações profissionais como um entrave</i>	controlo Estado normativo-legislativo	
<i>o futuro vai ser um pouco diferente, a gestão vai ter de ser o fator dinamizador [...]vai haver uma tendência para uma menor preponderância das profissões e das classes [...]vai haver uma tendência para criação de centros de custo... esse diretor de serviço será responsável pela sua equipa e pelos seus recursos e pela otimização desses recursos</i>	gestão empresarial, promoção eficiência, desempenho	desempenho e mercado
<i>as Ordens depois terão a sua função, referir aquilo que é a boa prática profissional, mas uma coisa é a boa prática outra coisa é a autonomia de gestão [...]quer queiramos quer não há um conflito e eu acho que quem vai ganhar vai ser a componente da gestão e portanto as Ordens vão ter de se adaptar</i>	gestão empresarial, compromisso profissionalismo	
<i>as próprias autoridades internacionais e reguladores do medicamento também com as componentes de segurança acabam por ter uma maior tendência para uma maior restrição na utilização [...]a indústria adaptou-se. As autoridades são mais restritivas, são mais impositivas e a indústria faz tudo o que as autoridades pedem mas depois dizem: o medicamento custava isto agora custa aquilo</i>	controlo Estado na despesa, problema internacional, mercado controlar os resultados	
<i>(medicamentos) todas as restrições os laboratórios simplesmente retiram, deixam de comercializar e nós temos que importar a um preço muito mais elevado</i>		
<i>houve uma proliferação das empresas de genéricos... muitas, são só representantes, têm só escritórios e não têm mais nada</i>	mercado desregulado	
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>(inovação) a tal questão da ausência de iniquidade em que alguns hospitais decidem dar a medicação, outros hospitais por razões mais economicistas decidem não dar essa medicação [...]área da hepatite C nós sabemos que há hospitais que não dão ponto final e os doentes se querem ser tratados têm que ir aos hospitais que os dão [...]há uma dificuldade na diminuição do acesso mas mesmo em áreas não tão mediáticas em que há opções</i>	controlo Estado na despesa, compromisso equidade, problema legitimidade externa	identificação colectiva

<i>alternativas, como na área da oncologia, há atuações diferentes de hospitais para hospitais</i>		
<i>(internalização das análises clínicas) a lista de espera é brutal, os laboratórios privados ficam com pouca possibilidade de subsistência [...]outra área de preocupação para a Ordem... a insolvência de farmácias tem sido bastante elevada</i>		
Adição ou partilha		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>Era uma coisa impensável há uns anos atrás, a indústria dava desconto mas estava sempre implícito uma utilização crescente [...]a indústria tem colaborado com a contrapartida de o hospital e as instituições pagarem a dívida que existe à indústria farmacêutica que é enorme [...]acaba por estar a financiar os hospitais, o Ministério da Saúde e o sistema de saúde</i>	controlo Estado na despesa, apoio da Indústria	partilha e redes sociais
<i>foi uma oportunidade para a gestão de topo de conseguir introduzir algumas regras e algumas estratégias de otimização dos recursos a nível hospitalar e com a colaboração dos profissionais de saúde [...]têm também noção de que há algum despesismo, pode-se otimizar a utilização dos recursos</i>	controlo Estado na despesa, apoio do serviço, disponibilidade profissionais	
<i>(A Ordem dos Farmacêuticos) colaborar na criação de mecanismos para a otimização da utilização dos medicamentos, a racionalização da despesa e a promoção da boa prática da utilização dos fármacos [...]</i>	partilha decisões entre profissionais e governo	
<i>É o que as instituições precisam, inovação organizacional, alguma coragem porque é preciso enfrentar algumas tradições</i>	gestão empresarial, ruptura como inovação	projeção no futuro
Demarcação		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>aquela regra cega dos 30 dias, leva a isso, leva a que muitas vezes os doentes não tomem a medicação e depois sejam internados com complicações [...] até há uns anos tínhamos uma política que no último mês não podíamos estar a dar medicação em dezembro para estar a ser usada no ano seguinte, da perspetiva da contabilidade</i>	Estado como burocracia administrativa, compromisso social, falta de continuidade de cuidados	oposição e conflito
<i>a questão do medicamento é de facto crucial. Nós perspetivamos que no futuro o medicamento vai ter cada vez mais ter peso nos orçamentos.</i>	controlo Estado na despesa, compromisso qualidade	
Ambiguidade		
<i>desempregados vindo até das farmácias comunitárias o que está a tornar-se complicado [...]A nível dos novos profissionais nas entradas há dificuldade e da progressão das carreiras estão estagnadas [...]</i>	controlo Estado na despesa, compromisso social, falta perspetiva carreira	ambiguidade e identidade

<p><i>do outro lado a perspectiva de topo as pessoas cada vez mais se podem ter as reformas antecipadas, tem-nas. Há uma saída de elementos quer na classe médica quer na classe farmacêutica é igual [...] sente-se a desmotivação nessa perspectiva da carreira, sente-se a dificuldade da entrada e aqueles que estão sentem a pressão do excesso de trabalho, a pressão de não progressão, a pressão da perspectiva financeira não haver horizontes... e de facto aí há alguma desmotivação.</i></p>	<p>controlo Estado na despesa, compromisso profissionalismo, desmotivação</p>	
<p><i>a Ordem dos Farmacêuticos tem lutado muito pela carreira farmacêutica a nível hospitalar... houve avanços e recuos [...] agora acordámos que [...] não havia ajuste de ordenado [...] Ordem tem tentado junto do ministério lutar por esta tal carreira autónoma</i></p>		
<p>Ordem dos Enfermeiros</p>		
<p>Discurso</p>	<p>Conceitos</p>	<p>Temas</p>
<p>Segmentação</p>		
<p>DIMENSÃO</p>	<p>Controlo e Desempenho</p>	
<p><i>balanços sociais do ministério da Saúde observa-se que houve uma diminuição do nº de efetivos no Serviço Nacional de Saúde [...] corresponde a menos profissionais, menor capacidade de produção e aumento de listas de espera e não cumprimento dos tempos máximos de resposta garantida [...] menos profissionais, também depois tem um efeito cascata, que é o nível de exaustão das pessoas aumenta, ocorrência de erros aumenta [...] uma das vias onde se pode obter ganhos de eficiência é na diminuição dos erros. Com pessoas que estão além daquilo que é o seu horário normal para dar resposta à inexistência de recursos humanos não conseguem dar essa resposta</i></p>	<p>Controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, compromisso das equipas</p>	<p>controlo e normas</p>
<p><i>tem que seguir uma série de tramites processuais, burocráticos, internos ao Ministério da Saúde e depois vai ao Ministério das Finanças... gestão de recursos humanos está complexa... limitação de contratação de novas pessoas</i></p>		
<p><i>há os dois níveis de autoridade, a autoridade profissional e a autoridade organizacional, não é?... temos as profissões auto-organizadas depois temos a lógica organizacional [...] isto é uma miscelânea que ninguém se entende onde é que começa a organização e onde é que começa a profissão. E uma das reformas que fez falta acontecer é esta reforma organizacional [...] nós temos correias de profissões a funcionarem em paralelo e de vez em quando lá se vão encontrando, e lá vão funcionando</i></p>	<p>gestão empresarial, Conflito com profissionais</p>	<p>desempenho e mercado</p>
<p><i>nos hospitais isto observa-se muito, aquilo funciona em sistema de fábrica, falta o gestor do processo, que é alguém que basicamente agrega todos os profissionais que trabalham à volta daquele utente [...] defendemos um</i></p>	<p>gestão empresarial, gestão serviços, material</p>	

<p><i>enfoque no ambulatório. Ambulatório hospitalar, mais Cuidados de Saúde Primários, maior cirurgia de ambulatório. Em Nova Iorque há um enfermeiro para uma determinada área geográfica</i></p>		
<p><i>(NOC) tem que ter autoridade para chegar junto dos profissionais e dizer – expliquem-me lá porque é que não estão a cumprir?</i></p>		
<p><i>esta lógica da horizontalização associados aos contratos individuais de trabalho... não estava bem claro que na Saúde iria funcionar e notoriamente não funciona [...]Porque aquela lógica- Ah, eu agora tenho muitos doentes ortopédicos, vou contratar aqui um ortopedista “xpto” mais um anestesista, mais enfermeiros para o bloco operatório, e vou fazer... assim não corre bem [...]Depois temos outro problema: a sobrecarga, as condições laborais, o contratar à peça, num sistema que funciona em equipas, e não consegue funcionar de outra forma [...]as equipas precisam de tempo para ganharem cultura. E para funcionarem... portanto isto do contratar à peça funciona mal</i></p>	<p>gestão empresarial, compromisso profissionalismo</p>	
<p>DIMENSÃO</p>	<p>Identificação e Tradição</p>	
<p><i>crise trouxe consigo uma série de outros condicionamentos de carácter social, nomeadamente maior precariedade laboral, e menor rendimento das pessoas [...]têm menos flexibilidade para se deslocarem às unidades de saúde para os tratamentos e para as consultas [...]o aumento do desemprego e a existência de menos rendimento disponível faz com que não possam deslocar-se com facilidade aos hospitais [...]a portaria do transporte em ambulância que de certa forma dificulta o acesso das pessoas</i></p>	<p>controlo Estado na despesa, compromisso equidade, problema legitimidade externa</p>	<p>identificação colectiva</p>
<p><i>a questão da medicação. É notório, hoje em dia, pessoas que se dirigem ao hospital, que são doentes crónicos, que têm agudizações porque optam por não fazer a medicação como deveria ser feita [...]Ou então que chegam à farmácia e dizem – Esse eu não consigo levar [...]tem impactos sociais nas relações entre as pessoas... que são significativos... famílias que ficam disfuncionais e é notório para quem trabalha em serviços de urgência [...]há uma diminuição da ida às urgências hospitalares...Só interpretamos isto da seguinte forma que é: as pessoas não têm dinheiro para pagar as taxas moderadoras</i></p>	<p>compromisso pessoal, social</p>	
<p><i>as pessoas não vão porque não têm dinheiro para ir, também não tem resposta em contexto comunitário, em ultima instância elas ficam doentes na comunidade [...]quando chegam ao hospital, já chegam numa situação de tal forma débil, que o hospital utiliza muitos mais recursos para tratar aquela situação [...]as pessoas não têm recursos financeiros em casa para acomodar e tratar dos seus familiares que entretanto ficaram doentes e estão a protelar as altas ao máximo nos hospitais e a tentar arranjar soluções baratas, que saem caras em contexto comunitário</i></p>	<p>compromisso social, ausência de resposta da comunidade</p>	
<p><i>O problema da autonomia. O ideal em Portugal era termos um sistema próximo de França, em que nas Ciências</i></p>	<p>aposta formação,</p>	<p>complexidade e</p>

<p><i>da Saúde há dois anos de ramo comum, e depois há as derivações para as várias profissões da saúde [...]era meio-caminho andado para cada um perceber qual é o seu papel dentro da organização. E era meio-caminho andado para os profissionais perceberem o que é que podem esperar uns dos outros.</i></p>	<p>profissionalismo, partilha funções</p>	<p>conhecimento</p>
<p><i>as carreiras profissionais de saúde, nomeadamente carreiras médicas e de enfermagem [...]prestação de provas publicas tinha dois benefícios, por um lado as pessoas tinham que se atualizar. E por outro lado dali derivava um reconhecimento, da Classe que aquela pessoa era idónea [...]acima de tudo tem que haver um reconhecimento da autoridade junto dos seus pares. É importante que as pessoas percebam que os profissionais não tem todos as mesmas competências, e os mais competentes tem de certa forma, monitorizar e supervisionar o trabalho dos outros.</i></p>	<p>satisfação profissional, profissionalismo, profissional como garantia da qualidade</p>	
<p><i>Adição ou partilha</i></p>		
<p>DIMENSÃO</p>	<p>Dinamismo e mudança</p>	
<p><i>nós estamos a falar de uma organização, de profissionais, de diversas profissões, mas que têm todos de trabalhar ali para produzir um resultado. É esta falta de enfoque num resultado final que existe [...]Eu costumo dizer que o médico especialista quer dedicar-se à especialidade. Foi para aí que ele se formou e é aí que ele que produzir ciência [...]não faz sentido que queira que ele esteja a gerir o processo global dos doentes, sendo especialista.</i></p>	<p>partilha decisões entre profissionais gestão e governo</p>	<p>partilha e redes sociais</p>
<p><i>mas dizer aos profissionais de saúde, façam assim, não corre bem... como eles são autorregulados, e têm Ordens Profissionais responsáveis pela determinação do que é a qualidade dos cuidados que prestam, isto tem que ser feito com alguma abrangência, e mesmo inteligência</i></p>		
<p><i>se quiserem ir para o modelo britânico [...] há as clínicas de diabetes e de asma geridas por enfermeiros e que apresentam resultados ótimos e têm as doenças crónicas controladas [...]E aqui fica demonstrado que efetivamente o que estes utentes precisam é de alguém que conseguia ter uma visão global das suas necessidades e que consiga identificar neste momento qual é a necessidade do utente [...] nos Estados Unidos temos enfermeiros que fizeram formação diferenciada nesta área, e são eles que gerem este tipo de processos dentro dos hospitais</i></p>	<p>partilha de doentes/ funções entre profissionais</p>	
<p><i>Demarcação</i></p>		
<p>DIMENSÃO</p>	<p>Resistência e conflito</p>	
<p><i>a austeridade causa mais doença, os serviços de saúde têm menos investimento, antes pelo contrário vêm reduzidas as suas verbas orçamentais. As informações que existem não nos permitem ter uma visão tão clara [...]A classificação da produção hospitalar que é, que tem que ser mais fina no sentido de ser mais sensível a</i></p>	<p>Estado como burocracia administrativa, falta transparência</p>	<p>oposição e conflito</p>

<i>todos estes eventos que ocorrem [...]os hospitais tornarem publico quantas pessoas desenvolveram úlceras de pressão enquanto estiveram internadas. Ou quedas. Ou infeções associadas aos cuidados de saúde [...]vamos aos serviços e os doentes não estão classificados segundo o seu nível de independência ou funcionalidade [...]</i>		
<i>nas unidades tipicamente públicas, em que as preocupações com a produção e com o financiamento são muito diluídas e os processos de contratualização são muito pouco participados</i>		
<i>e temos profissionais que querem resolver o problema, mas esbarram na burocracia das outras partes do sistema. Não há fluidez</i>	Estado como burocracia administrativa, compromisso profissionalismo	
Ambiguidade		
<i>E isto só se resolve com mudança de mentalidade de trabalho em equipa. Enquanto não houver essa mudança de mentalidade vão continuar a escamotear os eventos adversos e tudo o mais, que depois lá está, tornam as estatísticas pouco credíveis [...]Nós temos de... e depois há estas guerras profissionais, são guerras surdas não é?...</i>	compromisso profissionalismo, oposição entre grupos profissionais	ambiguidade e identidade
<i>cada vez haja mais sobrecarga junto daqueles que são a unidade de base das instituições e que aguentam aquilo no dia-a-dia, que efetivamente é notória hoje em dia a exaustão [...]a enfermagem é essencialmente uma profissão feminina, uma larga percentagem de mulheres, e portanto é espectável que estejam em idade fértil, e em determinada altura da sua vida que sejam mães [...]enfermeiras que entretanto engravidaram e portanto não estavam... olhe não estavam... não estavam disponíveis para estar a trabalhar</i>	controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, compromisso do profissionalismo	
<i>Sem progressões, com o aumento das 40 horas, agora, sem o equilíbrio, sem o respetivo reajustamento remuneratório. Trabalham mais 5 horas pelo mesmo que ganhavam, que ainda por cima se tornou menos por via dos congelamentos e eventualmente da carga fiscal [...]as pessoas têm que rebentar por algum lado. O problema é que estamos a falar de pessoas que cuidam de pessoas... há uma manifesta incapacidade de estar no seu óptimo</i>	carreiras, problemas progressões, falta perspectiva carreira	
Sindicato Nacional dos Técnicos Superiores de Saúde - STSS		
Discurso	Conceitos	Temas
Segmentação		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
A propósito das saídas profissionais defendem que a emigração verificada nos últimos anos foi resultado das políticas restritivas do governo	controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, compromisso	controlo e normas

	das equipas	
<i>Entre as inúmeras violências que o Governo vem praticando contra os trabalhadores da Administração Pública, vem, agora, a semana de trabalho aumentar para 40 horas, sem qualquer retribuição. Tal facto, constituindo-se mais uma ilegalidade do Governo, será combatida nos tribunais, nomeadamente no Tribunal Constitucional</i>	controlo Estado normativo-legislativo	
o STSS defende ainda a “desterritorização” dos serviços de saúde	gestão empresarial, gestão serviços, material	desempenho e mercado
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
É importante combater o corporativismo dos profissionais de saúde, e apostar noutra cultura política que não fique concentrada apenas nos médicos e nos enfermeiros	aposta formação, profissionalismo, partilha funções	complexidade e conhecimento
<i>a mudança do paradigma da complementaridade para a intercomplementaridade profissional [...] as profissões de saúde, assentes em regulações e auto-regulações, com bases científicas e técnicas próprias, mesmo que com competências, aqui e ali, sobreponíveis, determinam a assunção plena da autonomia profissional, em face da responsabilidade civil e criminal não delegável, mesmo quando em presença de desempenhos em equipa</i>		
<i>as instituições de ensino e os serviços de saúde pouco mais façam que protocolar a prática clínica dos profissionais de saúde em formação, quantas vezes sem ter em conta a efectiva qualidade desses campos de estágio</i>		
Adição ou partilha		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
Em relação à gestão da organização é preciso mudar de paradigma, continuamos na saúde a contemplar um componente administrativo/financeiro e um componente técnico/profissional, mas em que os Técnicos de Saúde não estão representados. Falta representatividade dos Técnicos de Saúde nos Conselhos de Administração	partilha decisões entre profissionais gestão e governo	partilha e redes sociais
<i>modernização dos conceitos de equipa, competências profissionais, especialização profissional (médica ou outras), mobilidade dentro do SNS, alocação de recursos excedentes, implementação de políticas de requalificação</i>	gestão empresarial, ruptura como inovação	projeção no futuro
Demarcação		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>identificada a profunda hospitalocentria do SNS, bem como as reafirmadas intenções de sucessivos governos apostarem nos cuidados de saúde primários, a realidade vem desmentir tais, politicamente convenientes, intenções [...] Estamos perante uma lógica de empregabilidade, visando proteger o poder de determinados grupos</i>	Estado como burocracia administrativa, compromisso gestão	oposição e conflito

<i>profissionais ou, ao contrário de qualquer teoria de controlo do sistema pelas classes dominantes, perante medidas avulsas, geradoras de um caos que, no limite, visa empobrecer a capacidade produtiva dos serviços públicos</i>		
Ambiguidade		
As ciências da saúde evoluíram ao longo dos anos dando origem a profissionais de saúde com carreiras muito distintas, sem ter em conta os perfis (profissionais) de trabalho [...] Os Técnicos Superiores têm carreiras desatualizadas, com perfis profissionais mal enquadrados e remunerados e sem expectativa de evolução na carreira. É importante a reforma das licenciaturas dos profissionais de saúde	carreiras, falta perspectiva carreira, desmotivação	ambiguidade e identidade
<i>a saúde em Portugal é, também, um exercício que carece de um grande distanciamento em relação aos imensos interesses instalados, sem descurar o profundo corporativismo reinante, enquanto factor cultural que a grande evolução científica e tecnológica questiona, seja ao nível da emergência de novas competências e especializações profissionais, seja de novos modelos de organização dos serviços [...] continuamos com uma gestão de recursos humanos que, capturada pelas corporações profissionais predominantes e com assento nas administrações, acentuam as assimetrias já existentes na relação entre o perfil dos postos de trabalho e a natureza dos profissionais contratados</i>	compromisso profissionalismo, oposição entre grupos profissionais	
<i>na gestão de recursos humanos e correspondente custo para o erário público se afirma a actual carreira dos técnicos superiores de saúde que, ao nível da política de contratação, faz conviver profissionais de saúde altamente qualificados (Ex: farmacêuticos e psicólogos clínicos) com indivíduos oriundos de licenciaturas estranhas às ciências da saúde (Ex: químicos, bioquímicos, biólogos, etc.) cuja qualidade é altamente duvidosa nos desempenhos esperados</i>		

Fontes: Entrevistas 140414_001; 140918_001; 140929_001; Notas da audição do Sindicato dos técnicos superiores de saúde das áreas de diagnóstico e terapêutica (STSS), no 14 de Abril de 2015, no grupo de estudos do PS, Intervenção Almerindo Rego, Presidente da Direção Nacional do STSS, 14 de Novembro de 2013, respeitante ao estudo promovido pela Gulbenkian: “Um Futuro para a Saúde”.

Quadro 4.8. Análise das dimensões, temas e mecanismos associados expressos no discurso de elementos do CA dos hospitais do grupo D e grupo E

Membro do CA do hospital		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		

DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>as consequências imediatas, desde logo a questão dos recursos humanos [...] procuramos todo o tipo de medidas que permitissem contenção de despesa, contenção de efetivos, aumento de produtividade [...]</i>	Controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, compromisso das equipas	controlo e normas
<i>não alcançamos ainda uma cultura de equilíbrio, sistemático, quer por força obviamente da grande pressão financeira, e portanto num curto espaço de tempo... estamos... confortáveis, a instituição de fato conseguiu, conseguiu fazer esse caminho [...]temos vindo nestes três anos a pagar essa fatura, por gestão do governo, saldar uma grande parte dos passivos acumulados e portanto o esforço tem sido duplo [...] instituição conseguiu equilibrar a execução do orçamento...</i>	Controlo Estado na despesa, Controlo gestão	
<i>do acesso aos meios complementares e da limitação... enfim de recursos ao exterior, no fundo procurámos consoante as áreas, diversas estratégias, não uma, mas várias estratégias</i>	Controlo Estado na despesa, Compromisso do serviço, material	
<i>Eu acho que os conselhos de administração até 2010, enfim... por força, provavelmente também do contexto político nestas duas a três décadas que temos... digamos era muito a cultura de que o dinheiro iria, mais cedo ou mais tarde, aparecer [...]a questão dos orçamentos era um... enfim instrumentos minorizados, no plano da gestão e portanto não constituíam limites efetivos e reais à atividade e aos projetos</i>	Gestão empresarial, Gestão sem controlo	desempenho e mercado
<i>hoje temos uma percepção diferente deste instrumento... os gestores de uma maneira geral responsabilizam-se bastante mais e incorporam este instrumento na sua estratégia, nas suas medidas e projetos procurando o mais possível uma convergência entre os orçamentos, os planos de ação, e os planos de atividades</i>	Gestão empresarial, Gestão serviços, material	
<i>tentamos agilizar o modelo de gestão, que permitisse no fundo melhorar a eficiência e aumentar a produtividade, para encaixar no fundo o aumento de atividade. No caso da Imagem, caso onde isso aconteceu, esta medida não foi suficiente, tivemos que complementar isso com algum recurso ao exterior, mas muito pontual, muito pontual</i>	Gestão empresarial, contratualização serviços	
<i>outras estratégias passaram, designadamente por alguma negociação interna, perceber, digamos, que tipo de contrapartidas poderiam os serviços beneficiar, para pedir aos serviços que esse esforço, fosse um esforço assumido pelos serviços...</i>	Promoção, estímulo para serviço, equipa	
<i>do ponto de vista da ambulatorização, na verdade foi, foi a maior aposta estratégica que fizemos. Aproveitando as condições que tínhamos, e os recursos que tínhamos, o que fizemos foi com a estrutura convencional de internamento transformamos isso em estruturas de ambulatório. No fundo reverter, uma boa parte, de atividade convencional em atividade ambulatoria</i>	Gestão empresarial, promoção eficiência, desempenho	

<i>a maior expressão desta ameaça nos recursos humanos, está, no fundo, na mobilidade para o sector privado. Temos tido um conjunto numeroso de profissionais, sobretudo médicos que têm-se mobilizado para o sector privado. Quer sector privado puro, quer parcerias publico-privadas.</i>	Pressão/ Concorrência Mercado	
<i>havia alguma concorrência equilibrada entre Público-Privado, nesta altura não há. Portanto é facilimo com o condicionamento administrativo que foi criado [...]É um fato... particularmente este ano vivemos uma situação dramática. Saíram-nos... este ano, entre aposentações e mobilidade para o sector privado... 40% dos anestesistas... esse aspeto é mais condicionante que a crise...</i>	Concorrência mercado, Controlo Estado na contratação, compromisso equipas	
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>do ponto de vista até dos... dos utentes, também houve alguma adaptação, eu acho que no fundo os utentes são bastante tolerantes. Não sei se tornaram mais tolerantes sobretudo se está em causa níveis de acesso complicados, níveis de acesso difíceis...</i>	Apoio da comunidade, Compromisso equidade	identificação colectiva
<i>uma linha montada para que quando algum utente é identificado pode eventualmente ter uma ajuda da Liga de Amigos... com uma expressão pequena, é verdade [...]com as autarquias procurando que as dificuldades de transporte dos utentes em áreas críticas [...]uma campanha interna de angariação de fundos de apoio a colaboradores em situações críticas</i>	Compromisso social, Partilha responsabilidades	
<i>enquanto tivermos a convicção de que os serviços prestados, os cuidados prestados, se mantêm de qualidade [...]estamos legitimados em relação àquilo que fazemos</i>	Apoio da comunidade, Disponibilidade serviço, material	
<i>No plano das Carreiras [...] Acho que a Saúde apesar de tudo... digamos... aproveitou a crise, para eventualmente através de negociação política, enfim ter no Ministério da Saúde um apoio para eventualmente retomar a dinâmica das Carreiras e o referencial das Carreiras...</i>	Satisfação profissional, Profissionalismo	complexidade e conhecimento
<i>Adição ou partilha</i>		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>não assumimos do ponto de vista dos materiais ou serviços... limitações... que não fossem inerentes ao próprio processo de gestão [...]nem temos feito condicionamentos ao nível de medicamentos, ao nível de “devices” ou ao nível de serviços que são essenciais</i>	Controlo Estado na despesa, Disponibilidade serviço, material	partilha e redes sociais
<i>(limitação nas equipas, na formação) Na medida em que isso poderá influenciar negativamente o nível motivacional dos grupos, numa altura em que deveria funcionar como reforço e não como... como, enfim como... redução... e portanto não pode sequer acontecer.</i>	Controlo Estado na contratação, Renovação profissionais, Disponibilidade serviço,	

	equipa	
<i>Ambiguidade</i>		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>Não que... o órgão de gestão condicione alguma opção... admitimos que por força de dotações, apertadas, de recursos humanos... dentro de limites razoáveis... por exemplo de enfermagem, admito ter dotações próximas do mínimo... provoca tanto nas equipas como nas chefias operacionais dificuldades quando alguém... tem um projeto formativo.</i>	Controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, compromisso da formação	ambiguidade e identidade
<i>o processo de empresarialização dos hospitais esse sim, está na origem de fato da perda desse referencial [...]as Carreiras Técnicas da Saúde estiveram dez anos sem qualquer regra do ponto de vista de contratualização individual de carreira... esses dez anos de ausência de regras e de normas... na falta de um acordo coletivo ou na falta legal... perdeu-se esse referencial</i>	Gestão empresarial, compromisso profissionalismo, Falta perspectiva Carreira	
Membro do CA do hospital		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>o grande impacto: a autonomia das instituições, desde logo, perdemos autonomia, obviamente que eu consigo entender que era necessário que um conjunto de medidas, maior rigor, maior restrição, maior monitorização [...]tínhamos chegado a valores insustentáveis do ponto de vista de dívida do SNS, externa mas também interna, dentro do próprio Estado... Eu costumava dizer, não sou só eu, nós não devemos só 300 milhões ponto final paragrafo, também nos devem a nós quase 100 milhões.</i>	Controlo Estado na despesa, centralização, perda de autonomia	controlo e normas
<i>para quem fez parte daquilo que foi a criação os hospitais SA e a definição das PPPs, do desenvolvimento de um conjunto de unidades e do desenvolvimento enquanto estruturas de gestão empresarial e procurar incutir eficiência... o trazer gestores do sector privado para dentro do SNS e procurar com isso acelerar essa cultura [...]é um pouco choque de repente perceber que não há competência sequer para contratar um assistente operacional com o devido respeito... E para contratar determinados recursos tínhamos que passar por oito patamares decisórios</i>	Controlo Estado na despesa, compromisso da gestão empresarial	
<i>Aconteceu várias vezes... quando chegava a autorização o profissional já estava a trabalhar numa PPP ou tinha decidido, e bem, procurar novos horizontes, valorizar-se fora do país e ter a sua vida resolvida [...]Portanto</i>	Controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, compromisso	

<i>tivemos três anos sem contratar um profissional de enfermagem. Tivemos [...] dois anos sem praticamente contratar médicos... os recursos foram saindo [...]aquela questão de que a crise veio diminuir a capacidade de resposta, veio quanto muito criar aqui distorções porque saíram recursos humanos precisamos de reforçar horas extraordinárias e de encontrar formas gestonárias com alguma criatividade dentro da lei, como é evidente, e do bom senso e da segurança.</i>	do serviço	
<i>não foram períodos fáceis... dei por mim muitas vezes a gracejar com um conjunto de constrangimentos e frustrações, a dizer: ... estou a sentir-me cada vez mais um administrador delegado na versão quase antes do 25 de abril, com o devido respeito pelos administradores delegados que eu conheci...</i>	Controlo Estado na despesa, Estado como bloqueio à Gestão empresarial	
<i>não é porque eu queira, nem o conselho, nem o Governo, ninguém gosta de não poder dar uma resposta imediata [...]temos uma lei de compromissos e eu não sei se agora... a três meses de fechar se eu não desequilibro a tesouraria e depois fico sem a lei de compromissos.</i>	Controlo Estado na despesa, Compromisso do serviço, material	
<i>dos maiores trinta hospitais da península ibérica universitários, segundo o benchmarking de uma multinacional [...] é o hospital que trata doentes com maior complexidade... seja pelos indicadores da área assistencial, seja pelos indicadores gestonários, financeiros... porquê? Porque passamos a produzir com maior complexidade</i>	Gestão empresarial, promoção eficiência, desempenho	desempenho e mercado
<i>um hospital universitário, como é o caso, temos que assumir também sem complexos, assumir fundamentadamente como é evidente, mas assumir que há uma elite hospitalar neste país, responsável em grande parte por aquilo que é o SNS [...]Nós aqui temos a missão dar apoio ao ensino que não tem sido devidamente valorizado... A questão da formação, ter 700 internos é diferente de ter 0 internos ou ter internos protocolados... da investigação e da inovação é aqui que há investigação a sério, é aqui que a inovação acontece... [...]temos por último, que pode ser em primeiro lugar, uma prestação de cuidados de elevada diferenciação e de excelência, obviamente eu não posso ter um raciocínio de financiamento igual, não podem virar-se para mim e dizer: “olha este ano vamos lhe cortar 4%”</i>	Gestão empresarial, Aposta na diferenciação	
<i>depois temos que assumir outra coisa de uma vez por todas: o país não irá viver só com o SNS. Temos que assumir que o que começou a ser construído há 10/15 anos... o sector privado e o sector social que já têm uma dimensão em termos das valências, das tecnologias, etc. que ombreiam quase com um hospital universitário. E tem equipamentos que nem os públicos têm [...]que chegou a altura do sector social e do sector privado darem um contributo à formação de médicos de Portugal [...]começarem a definir melhor os seus termos de referência em termos de aquilo que é a sua responsabilidade constitucional... qual é o seu interface com os outros pilares do SNS e também se calhar começarmos a definir melhor o modelo de financiamento dessas mesmas unidades</i>	Pressão/ Concorrência Mercado	
<i>mesmo as PPPs, aí está, que são do SNS, mas qualquer PPP vem aqui contratar-me os melhores da fornada de</i>	Concorrência mercado,	

<i>recém-especialistas e prometem-lhes à cabeça 5 mil euros. Eu não consigo fazer isso [...] Como é que eu combato isto. Prometem um contrato. É pá venha ali que a gente assina já. Eu aqui, é pá espera lá é o concurso, é o pedido, está à espera. Isto é, temos que encontrar aqui soluções mais equilibradas</i>	Controlo Estado na contratação, compromisso equipas	
<i>Temos cerca de 700 internos na nossa instituição. Ou seja, aumentamos [...]Nos últimos 12 meses até ao final deste ano... terão entrado na instituição por contrato e por concurso cerca de 400 jovens, médicos, enfermeiros e assistentes operacionais, todos eles direcionados para a atividade assistencial [...] conseguimos começar gradualmente a recuperar... qualidade de recursos humanos, a repormos centenas e centenas que saíram nos últimos anos. Ou seja, eu acho que o maior impacto foi de facto entre 2011 e 2013</i>	Gestão empresarial, renovação profissionais	
<i>Se deslocalizarmos recursos humanos de especialização hospitalar para trabalho de proximidade, quantas transferências é que evitamos, quantas consultas, quantas duplicação de exames, quantos reinternamentos, quantas horas de produção de dias de trabalho não realizado porque tem que se ir para o hospital, etc?</i>	Gestão empresarial, Novos modelos	
<i>Costumo dizer que liberdade de escolha é algo para irmos discutindo e tentando consolidar. Mas antes disso ainda temos que fazer que o dinheiro acompanhe o doente [...] Temos que criar efetivas condições para que as pessoas possam optar pelo público e optar pelo privado e para mim essa opção passa pela tal assunção de que há um sistema nacional de saúde</i>		
<i>deixar de discutir o acessório e começar a discutir o essencial. Que modelo queremos de organização hospitalar? [...]que modelação, que cronograma é que queremos ter para a separação do público e do privado, no maior nº possível dos casos.</i>		
<i>Mas quem está em baixo com a ponta da caneta, é quem de facto tem muita despesa, também tem de ter à sua frente não é uma visão contabilística do ato médico... uma visão muito clara daquilo que foi a sua atividade em termos de contributo do crescimento da instituição [...]devemos criar incentivos tendo em vista a eficiência, a qualidade, etc, [...]tem de se mudar a cultura... há aqui digamos uma nova cultura que tem que começar a ser inculcada nas faculdades</i>	Gestão empresarial, Controlo dos profissionais, Aposta na formação	
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>não deixa as marcas em termos da capacidade de resposta assistencial porque também a população um pouco mais fragilizada economicamente deixou de vir tanto [...] havia algum uso, eu diria por vezes não justificado das instituições hospitalares, seja por desaparecimento dos famosos SAP seja por menor capacidade de resposta...</i>	Compromisso social, Ausência de resposta da comunidade	identificação colectiva
<i>temos um SNS e o futuro de tudo isto passará por assumirmos que há um sistema, há um património inquestionável, intocável, SNS [...] Ouvimos durante décadas e vamos continuar que é a promoção da saúde e a prevenção da doença... Não é uma responsabilidade do médico de família, não é uma responsabilidade da saúde</i>	Apoio da comunidade, Continuidade de cuidados	

<i>pública no sentido mais estreito da palavra. Não, é uma responsabilidade de todos nós.</i>		
<i>se conseguirmos encontrar esta harmonização salarial de incentivos de dignidade e de dignificação da profissão... esta questão dos cuidados primários e secundários um pouco à imagem do início do século passado, o sector primário, secundário, terciário na Economia... eu acho que temos que valorizar muito o profissional médico, mas seja ele de medicina familiar e explicar que é tão importante quanto o neurocirurgião</i>	Esforço para motivação equipa, Profissionalismo	complexidade e conhecimento
<i>Adição ou partilha</i>		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>mais do que a pressão das normas nós fizemos aqui... explicamos sempre muito bem ao que vínhamos e o que é que tínhamos que fazer para chegarmos a este patamar... estamos em 2015 que é um patamar de mudança mas já com alguns sinais positivos [...] política de envolvimento através de informação com muita regularidade aos dirigentes, às chefias, aos próprios profissionais. Procuramos voltar a estimular a cultura de equipa, o trabalho de equipa, o resultado em equipa</i>	Partilha decisões, Disponibilidade serviço, material, profissionais	partilha e redes sociais
<i>Como foi possível ao Governo fazer recapitalizações e portanto nos ajudar a resolver alguma parte da dívida, mas isso só em 2014.</i>		
<i>(os médicos) perceberam que há um apoio muito próximo nosso lá e por outro lado perceberam que o ir para o Oeste... não lhes cortou as pernas em termos de poderem cá fazer urgência, aquela diferenciação que não é só uma questão salarial, é a diferenciação... participar em projetos de investigação de um hospital universitário ou terem acesso ao programa doutoral</i>	Promoção serviço, profissionalismo	
<i>era preferível eu pagar entre 5 a 12 mil e quinhentos euros a determinados profissionais, digamos em termos globais pagar bem, mas tê-los aqui 24 horas, saber que para aquela minha capacidade de resposta, e não ter aqui profissionais que para terem um determinado nível de vida têm que fazer acumulações sucessivas</i>		
<i>Na área da inovação nós duplicamos o investimento de tratamento com fármacos inovadores nos nossos doentes no período de 2013 a 2014 [...] falando de hepatite C [...] enquanto hospitais de semelhante dimensão no Porto ou em Coimbra tratavam 2 a 4 doentes de hepatite nós tínhamos 84 doentes em tratamento...50/ 55 em tratamento por ensaios clínicos [...]por ensaios clínicos que nós negociamos, porque nós apostamos nessa para tratar mais doentes...</i>	Gestão empresarial, promoção inovação, investigação como forma de tratar doentes com inovadores	projeção no futuro
<i>há aqui uma questão de contas que lamentavelmente ainda não se começou a fazer a sério [...] por exemplo a hepatite... se eu pagasse os 84 doentes, do ponto de vista gestor e de ganhos de saúde [...]fazendo as contas às horas de assistência a esses doentes, ou seja consultas, consultas, consultas, aos diagnósticos repetidos e tri-</i>	Gestão empresarial, promoção inovação	

<i>repetidos, à terapêutica, a alguma intervenção cirúrgica, alguma transplantação, às complicações... se fizer as contas a tudo isso eu garanto-lhe que foi mais barato ou seria mais barato</i>		
<i>Há quem fale em reorganização, redefinição, reestruturação, reforma... eu gosto muito de um outro “r” que é ruptura. Há que assumir um conjunto de rupturas [...]é tempo de virar a página e assumir um novo modelo de organização hospitalar com um novo modelo de financiamento, com novos estatutos hospitalares, os hospitais universitários têm de ter um estatuto diferente [...]teremos que encontrar aqui soluções de maior sustentabilidade, evidentes ganhos de saúde e isso não se faz já só com reformas, reestruturções e reorganizações fazem-se com rupturas processuais, legislativas, de modelos organizacionais</i>	Gestão empresarial, ruptura como inovação	
Ambiguidade		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>Ordem é sempre uma coisa mais complicada... depois esta situação de crise e de menor capacidade de resposta e de perdas de autonomia, tudo isto conduziu também a alguma confusão [...]dou por mim a ver posições de Ordens... mas isto é uma questão laboral... e vejo os sindicatos a falarem sobre questões que no meu ponto de vista é uma questão de Ordem [...]acho é que se baralhou aqui um pouco quando eu vejo uma comissão tripartida... Ordem, SIM, FNAM...mas o que é que a Ordem, SIM, FNAM têm a ver para negociar, para traçar estratégias conjuntas? Estamos a falar de greves de uma negociação salarial, não estamos a falar de uma política de formação ou de...</i>	Compromisso profissionalismo, Regulação deficiente Ordem	ambiguidade e identidade
Diretor Clínico do hospital		
Discurso	Conceitos	Temas
Segmentação		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>temo-nos visto a braços com a capacidade de contratar pessoas de forma mais ou menos imediata de acordo com as necessidades que temos [...]as pessoas realmente têm saído por aposentação que era o que estava mais ou menos previsto nalguns casos, a própria crise tem também uma influência que é cada vez mais assistirmos a rescisões de contratos que não estavam efetivamente previstos, quer na área médica quer sobretudo na área da enfermagem, que é muito significativa, e depois a nossa impossibilidade que temos na contratação[...] Temos um tempo de mediação que é excessivamente longo... (impossibilitando) garantir escalas de urgência, funcionamento do bloco operatório... acaba por ter um impacto muito grande, maior nas áreas cirúrgicas até do que médicas,</i>	Controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, compromisso do serviço	controlo e normas

<p><i>por exemplo no aumento das listas de espera</i></p> <p><i>serviços desfalcados, por exemplo o caso da anestesia que foi gritante, de uma vez perdemos seis pessoas para Cascais, e da outra vez perdemos quatro ou cinco para o Beatriz Ângelo, e agora tivemos seis reformados, tudo assim, tic-tic-tic... é um serviço que está a tentar reorganizar-se obviamente, vivendo muito com tarefeiro [...]</i></p> <p><i>Cada vez que sentamos aqui a discutir uma escala de banco... pedir a este que faça a noite daqui, que faça mais umas horas acolí, que faça o fim-de-semana, que se poder adiar a folga para a semana a seguir...</i></p>		
<p><i>as aquisições quer a nível de medicação quer a nível de bens de consumo clínico, acho que aí, isto nos obrigou a refletir mais sobre aquilo que são os gastos das instituições [...] Quer dizer tudo isto apesar de as pessoas não gostarem porque sentem que são um bocadinho mais controladas, não é. Mas também percebem que nós também somos mais controlados.</i></p>	<p>Controlo Estado na despesa, centralização</p>	
<p><i>portanto toda esta gestão é um bocadinho mais difícil porque dantes era quase carregar no botão e as pessoas apareciam. Por outro lado obriga-nos como disse a rever e não só, a melhorar esta gestão do que nós temos, de tudo, a gestão dos recursos e a gestão daquilo que são os bens de consumo</i></p>	<p>Controlo Estado na despesa, compromisso serviço, compromisso equipas</p>	
<p><i>(limitação dos exames ao exterior) Sim, sim, neste momento acabamos por ter que comprar serviços fora. Mandar os doentes fora quando temos uma lista de espera que é insustentável</i></p>	<p>Controlo Estado na despesa, Compromisso do serviço, material</p>	
<p><i>E hoje em dia esta linguagem começa a ser um bocadinho incorporada... temos uma comissão de farmácia e terapêutica bastante rigorosa [...] Chamamos as pessoas, tentamos que as pessoas deem uma justificação bem justificada. Isto ao princípio foi muito difícil, não é, mas depois as pessoas começaram a perceber que os nossos recursos não são ilimitados [...] ninguém quer cercear a atividade médica... as pessoas começaram a aderir progressivamente a isso. Uns serviços mais que outros. Isto obrigou-nos, efetivamente, a pensar um bocadinho para além daquilo que é a nossa atividade clínica estrita... as pessoas começaram a perceber que os recursos não são ilimitados, que são finitos</i></p>	<p>Gestão empresarial, Controlo dos profissionais, compromisso profissionalismo</p>	<p>desempenho e mercado</p>
<p><i>obriga-nos também, se calhar, a gerir melhor. Aquilo que se calhar dantes comprava sem hesitar, hoje pensa-se duas vezes e portanto são coisas que têm que ser faseadas, quando há um plano de investimento... a gente vai tentando, nalguns casos temos que fazer um curto-circuito porque houve um aparelho que se avariou, houve uma máquina que se estragou...</i></p>	<p>Gestão empresarial, Compromisso serviço, material</p>	
<p><i>esta questão dos tarefeiros não é ainda hoje uma questão pacífica. Há quem diga que a partir de um determinado escalão fica mais barato pagar a um tarefeiro, acho que a partir do assistente do 2º escalão... Qual é o preço que isso tem?... Qual é o impacto?... qual é a sua produtividade, qual é a sua qualidade de prestação de serviço...</i></p>	<p>Contratualização serviços, compromisso qualidade</p>	

<i>nem tudo são números, nem tudo é tão linear, portanto as contas não podem ser feitas assim [...] Mas mesmo feitas as contas se fosse só pelo seu valor, eu estou convencida que nós estaremos a gastar em todo o SNS muito mais do que se estivéssemos a investir nas pessoas que são formadas nos hospitais</i>		
<i>Os nossos internos muitas vezes são os primeiros classificados por aí fora, são muito assediados entre aspas para outros sítios e perdemos imensos, nós temos aqui depois que é a competitividade com o sistema privado e com as PPP que pagam bastante mais e contratam para o dia seguinte [...] não quer dizer que as pessoas que sejam formadas na instituição tenham que ficar obrigatoriamente nelas... Agora o que é mau é os hospitais estarem a formar gente boa, de grande qualidade que sai para fora do SNS</i>	Concorrência mercado, Controlo Estado na contratação, compromisso equipas	
<i>enfermeiros, esses quase que nem poisam – saem das escolas e vão... ou então estão algum tempo nos hospitais e depois... aqui connosco acontece-nos muito os que tem saído, nomeadamente para Inglaterra, têm sido pessoas já com especialização em determinadas áreas.</i>		
<i>Médicos começam a sair em quantidade e em qualidade e depois nós vivemos com tarefeiros [...] eu costumo dizer que é a fatia do meio que nos falta que são aquelas pessoas dos trinta e tais, quarenta anos com grande capacidade de trabalho intelectual, são uns indivíduos que estão muito ativos, que já têm um know-how acima do básico, que são os indivíduos que iriam dar continuidade aos serviços e que saem.</i>		
<i>não podemos cortar com a inovação. Ela tem de continuar. Eu acho que isto deveria ser uma coisa difícil mas era uma discussão a nível nacional: até onde é que nós podemos ir [...]Para lhe dar o exemplo de um medicamento recente para a esclerose múltipla, por acaso saiu esta semana e está um bocadinho em cima das nossas mãos (Comissão Nacional de Farmácia)... A avaliação económica final do Infarmed era uma coisa deste estilo, a conclusão: se o SNS suportar os custos com o fármaco então... Lá está!... o NICE... achou que não era custo/efetivo e em Inglaterra não entrou [...] Todos queremos ter o último grito que eu percebo, até porque ele está lá na guideline. Por exemplo isto acontece muito em duas áreas, que são a oncologia e o VIH/Sida e depois também as áreas que trabalham com biológicos... mas será que podemos ter tudo? Essa é a questão.</i>	Inovadores como risco para sistema	
<i>Ainda ontem dizia isto à colega de Cirurgia Vasculuar, para as prótese endovasculares. A minha assinatura de um segundo às vezes vale 20 mil euros. É uma coisa impressionante. Como é que um rabisco vale tanto dinheiro...</i>	Gestão empresarial, controlo dos profissionais	
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>mobilização dos serviços que acabam por conseguir alguns apoios externos que a gente também acaba por fomentar até e agradecer... nunca é como nós gostaríamos, como todos os serviços gostariam e nós temos que gerir aqui um bocadinho as prioridades</i>	Apoio da comunidade, Disponibilidade serviço, material	identificação colectiva
<i>Um dos problemas daqui... também é a parte social da saída dos doentes. Da rede e dos lares. Também é um</i>	Compromisso social,	

<i>problema. Transformar algumas dessas camas onde estão alguns doentes a aguardar a saída e que são neste momento e quase sempre 24</i>	Ausência de resposta da comunidade	
<i>ACERs que acham que nós ficamos demasiado tempo com os doentes. Portanto, se nós os queremos devolver à comunidade e se eles os querem receber, ótimo. Aqui é só afinar as coisas. E temos tido muito trabalho nessa área [...] se calhar os benefícios da crise porque dantes não pensávamos nisso. Nós tínhamos uns recursos ilimitados, eles também tinham. A gente pedia, eles também pediam.</i>	Apoio da comunidade, Continuidade de cuidados	
<i>e penso que os próprios diretores de serviço e de enfermagem sentirão isso que é: motivar as pessoas. No fundo é pedir-lhes que façam mais, até porque há menos recursos, ganhando menos [...] Todos os dias quase que temos que arranjar novas estratégias para conseguir que as pessoas, felizmente que ainda há muita gente com amor à camisola</i>	Esforço para motivação equipa, profissionalismo	complexidade e conhecimento
<i>cada vez mais as pessoas começaram a perceber que aquela questão do clínico, eu não tenho nada a ver com isso, quer dizer, eu tenho é que tratar o doente com aquilo que tenho disponível, com aquilo que dizem as guidelines e portanto se não há tem de haver porque o problema é das administrações.</i>	Responsabilidade profissional perante doente	
<i>já temos planeado algumas áreas que nós até achamos que até vão melhorar e vão dar mais resposta mas que muitas vezes embatem no problema dos recursos [...] área dos exames especiais para ter uma maior resposta, endoscopias em geral e sobretudo colonoscopias... vamos ter que ter um reforço de enfermagem... Vamos ter um problema, vamos ter uma norma que há-de sair em breve sobre a anestesia. Vai passar a ser necessária fazer a colonoscopia sob anestesia, ou com alguém que tenha suporte avançado de vida. Temos um problema: onde é que está o recurso da anestesia? [...] preciso de uma anestesista lá... vou precisar de ter um diariamente. Não tenho.</i>	Protocolos e guidelines, controlo profissionais	
<i>acho que nós continuamos apesar de todas as dificuldades a ter boa formação, penso que na maioria dos hospitais a nível nacional...</i>	Aposta formação, profissionalismo	
<i>E as pessoas aderem muito à realização dos próprios protocolos... protocolos ou normas internas que temos que seguir. Muitos deles baseados nas guidelines, mas de alguma maneira ajustados aquilo que é a nossa prática [...] Uma das coisas que temos conseguido é poupar muito dinheiro. Este ano até julho [...] o serviço de infecto conseguiu poupar cerca de 800 mil euros, só pela modificação de alguns esquemas posológicos.</i>	Protocolos e Guidelines, Garantia de Qualidade	
<i>nós tentámos fazer um outro trabalho... numa outra área onde tínhamos uma lista de espera grande... na neurorradiologia e aí a gente conseguiu que a neurologia e a neurocirurgia, que são os principais prescritores, fizessem uma revisão das suas listas de espera [...] O trabalho é muito neste sentido que é: se as pessoas todas seguirem os protocolos, que a própria instituição fez, portanto as pessoas estão comprometidas com eles, se</i>		

<i>decidirem que não vou pedir a TAC porque sim, mas vou ver o que diz o protocolo, de acordo com a norma, a pessoa vai deixar espaço para aquilo que é prioritário.</i>		
<i>Adição ou partilha</i>		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>fazem reuniões periódicas, nomeadamente com os administradores, não só os diretores mas os serviços... as pessoas não tinham ideia nenhuma de quanto é que gastavam [...] As pessoas começaram a perceber que não é só carregar na tecla, prescrever independentemente de ser caro ou barato, genérico ou não genérico, isto ou aquilo. As pessoas começaram a perceber isto.</i>	Partilha decisões, Disponibilidade profissionais	partilha e redes sociais
<i>andamos aí a ver formas de conseguirmos instituir alguns prémios, dinheiro por exemplo que venha dos ensaios clínicos... criar uns prémios e outras formas entre aspas de pagamento para pagar aos profissionais que se distinguem mais na área tal e tal. Um curso, uma ida [...]nas condições atuais o que as pessoas precisam mais é dinheiro porque sabemos que há pessoas aqui dentro com dificuldade em pagar as suas contas. E em todas as classes profissionais, mas de facto dinheiro não podemos dar</i>	Promoção serviço, profissionalismo	
<i>O que é que nós tentamos apostar... sabemos que não podemos pagar mais... (tentamos) arranjar projetos que sejam interessantes e que atraiam as pessoas [...]As pessoas têm conseguido criar algum dinamismo. Eu acho que nem tudo é mau. Às vezes há esta movimentação... poderem fazer aqui técnicas mais diferenciadas... e é isso que atrai as pessoas</i>		
<i>se a gente tem 100% de cura ou 99% de cura ou 95% de cura... quer dizer... temos que ponderar, são situações diferentes. A hepatite C é diferente por exemplo de algumas situações oncológicas em que vamos garantir 1 mês, 3 ou 4 meses.</i>	Gestão empresarial, promoção inovação	projeção no futuro
<i>Demarcação</i>		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>SIADAP dos médicos... nós tivemos aqui a formação, tivemos que basicamente um terço dos médicos do hospital está envolvido ou equipas de avaliação, ou equipas que avaliam avaliadores ou na CCA ou na comissão paritária não sei quê, que tem um impacto brutal até em termos de atividade programada [...]mas isto depois qual é o incentivo? A avaliação de desempenho pressupõe... até 2015 está tudo bloqueado e depois se verá. Portanto, realmente tivemos que avançar com isso e com os objetivos e com as competências e essas coisas todas mas de facto pensamos assim: isto é uma farsa</i>	Estado como burocracia administrativa, Compromisso serviço	oposição e conflito
<i>Ambiguidade</i>		

<i>insatisfação por parte dos profissionais que é na redução obviamente que todos sofremos no nosso vencimento que tem vindo a ser cada vez mais drástica [...]Isto tem impacto não só na vida das pessoas, fora e dentro da instituição, como também até na sua própria desmotivação</i>	Controlo Estado na despesa, Compromisso social, desmotivação	ambiguidade e identidade
<i>ainda o preço da hora extraordinária. Nós temos cada vez mais dificuldade em motivar as pessoas para, uma vez que vamos cada vez mais precisando delas, para as ditas cujas escalas de urgência... aquilo que ganham não é suficiente para o peso em termos de idade que têm recusam-se [...]depois há um limite como sabe das 100/200 horas extraordinárias e as pessoas hoje levam isso muito a sério, muito a peito e não estão disponíveis [...]Isto tem reflexos não só, por exemplo, nas urgências como tem reflexos por exemplo até na própria atividade cirúrgica</i>	Controlo Estado na despesa, menor disponibilidade serviço	
<i>As pessoas têm sempre aquela perspetiva que no fundo deixaram de a ter porque ela deixou de existir. Ainda que na verdade pudessem não auferir muito mais mas era de facto o impacto na carreira que psicologicamente isto tem um.... No fundo é um incentivo</i>	Carreiras, Falta perspectiva Carreira, Desmotivação	
<i>os tarefeiros [...] (os médicos) mais velhos vêm com muito maus olhos esta questão da diferença do preço/hora. Há uns anos atrás a diferença do preço /hora não era tão gritante passou a sê-lo quando passamos a ter um tarefeiro que muitas vezes vem ou não vem, geralmente é menos diferenciado e menos capaz do que as pessoas dos hospitais em geral... ganha efetivamente muitas vezes o dobro do que ganha um individuo da casa</i>	Controlo Estado na despesa, Contratualização serviços, Desmotivação	
<i>as pessoas pensam: qualquer dia não vale a pena vir trabalhar. É o que as pessoas dizem, os enfermeiros, os auxiliares, todos dizem, que um dia vale mais ficar em casa com a família ao sábado ou a domingo do que estar aqui.</i>	Controlo Estado na despesa, Compromisso profissionalismo, desmotivação	
<i>Portanto ficámos com os muito novos, os mais velhos em topo de carreira. Os próprios internos acabam por se queixar disso, eles próprios sentem isso, muitas vezes a dificuldade... há ali um hiato. E isto também tem repercussões até na própria formação.</i>	Controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, compromisso da formação	
Diretor Enfermagem do hospital		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>um impacto no ato gestacionário dos conselhos... que foi a perda de autonomia nalgumas áreas, nomeadamente</i>	Controlo Estado na despesa, centralização	controlo e normas

<i>nesta área da contratação de serviços, na contratação de recursos, nomeadamente e isso limitou em muito aquela... eu penso que até a autorresponsabilização dos conselhos [...] Efetivamente acho que aqui passou-se, de certa forma do 8 ao 80, no sentido em que, se desresponsabilizou, porque isto foi uma forma de desresponsabilizar ou de... achar que efetivamente não tinham outra forma de controle que dizer: não autoriza-se, e... não está dentro do ato de gestão dos conselhos esse... o autorizar, o contratar</i>		
<i>Por essa dificuldade e por essa ausência de autonomia, no que diz respeito a gerir esta área de contratação de recursos humanos [...]tem tido algum impacto até no resultado da organização, da produção [...]de algumas especialidades como a anestesia, a cirurgia, ginecologia e que obviamente isto no resultado global são áreas transversais... a anestesia que tem implicações não só nos serviços cirúrgicos, não é, mas também tem implicações noutras áreas de diagnóstico e tratamento do hospital</i>	Controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, compromisso das equipas	
<i>utilização de bolsas de horas, para a prestação de serviços... a contratação e prestação de serviços de alguns enfermeiros, de auxiliares, o nº já ultrapassa os 100</i>		
<i>um dos grandes impactos que isto levou as organizações a repensar toda a sua organização, principalmente dos processos, da atividade e da forma como ela está organizada, nos resultados da mesma [...]. obrigou ainda mais a apostar nas áreas em que o hospital poderia ser uma referência, portanto e a organizarmo-nos nesse sentido</i>	Gestão empresarial, Compromisso serviço, material, Aposta qualidade	desempenho e mercado
<i>maior responsabilização de todo este processo, da organização e do resultado dos mesmos em termos de cuidados caberão aos conselhos de administração [...]</i>	Controlo Estado na despesa, centralização	
<i>é impressionante porque aquilo cumprisse ou não os orçamentos... antigamente, quer dizer as coisas ia sempre ultrapassando, o dinheiro havia de chegar, o dinheiro havia de chegar... era um pouco este o discurso e o pensamento de certa forma de quase todos [...]</i>	Gestão empresarial, Gestão sem controlo	
<i>área de recursos de enfermagem, não tanto por aposentações mas principalmente rescisões de contratos, portanto as pessoas vão embora, vão para outros locais, para privadas ou ultimamente para o estrangeiro... não temos contratado ninguém</i>	Concorrência mercado, Controlo Estado na contratação, compromisso equipas	
<i>Como aconteceu com anestesistas e não só, tem sido complicado gerir porque não temos, relativamente à privada, recursos que nos tornem competitivos em termos até remuneratórios. É uma concorrência à partida no mínimo desleal, não é...</i>	Pressão/ Concorrência Mercado	
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>algumas melhorias ao nível das estruturas físicas de alguns serviços e áreas de atendimento de doentes. Tem-se conseguido fazer com recurso [...] a outros mecanismos nomeadamente através de mecenatos e outras soluções</i>	Apoio da comunidade, Disponibilidade serviço,	identificação colectiva

	material	
<i>Adição ou partilha</i>		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>a diferenciação e a referenciação nalgumas áreas [...]se conseguirmos manter isso, é um reforço para os profissionais, não só para os utentes... ter aqui referencias, áreas de referencia... motivos e motivações para os próprios profissionais se sentirem mais dentro desta organização</i>	Promoção serviço, profissionalismo	partilha e redes sociais
<i>todos os profissionais isto está muito consciente... responsabilização mais criteriosa na utilização dos materiais</i>	Controlo Estado na despesa, Apoio do serviço, Disponibilidade profissionais	
<i>Demarcação</i>		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>poderia não haver autonomia para os conselhos decidirem da contratação... mas alguém a quem era atribuído essa autonomia, essa responsabilidade, tivesse ele também decisão [...] mas isto há vários níveis... não acontece, porque não há, não querem que essa decisão aconteça independentemente seja ao nível do conselho, ao nível da ACSS, da ARS e até da Secretaria de Estado</i>	Estado como burocracia administrativa, Falta transparência	oposição e conflito
<i>Ambiguidade</i>		
<i>as pessoas sentem que vão-lhes tirando cada vez mais alguns dos seus direitos, eu não sei se poderemos falar de direitos... daquilo que realmente era o seu ordenado. Tentam encontrar fora da instituição, dentro do país ou fora do país, alternativas que lhe compensem de certa forma</i>	Controlo Estado na despesa, Compromisso profissionalismo, desmotivação	ambiguidade e identidade
<i>há um vazio em termos de carreira, independentemente de sair... a... nova carreira em 2009, 2010, mas que ela não está implementada, e não está implementada por questões meramente do impacto remuneratório</i>	Falta perspectiva Carreira, Controlo Estado na despesa	
<i>aquilo que no “Público” sentiam ainda era ter ainda alguma carreira[...]é mais um grande motivo de alguma insatisfação, porque não existem carreiras, elas existindo estão no papel, não se implementam, não se desenvolveram, não há progressão, não há estímulos</i>	Carreiras, Falta perspectiva Carreira, Desmotivação	
Diretor Intermédio do hospital		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		

DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>nível macro, uma maior limitação na contratação de profissionais, que passou a ser mais racional [...]e mesmo nas contratações excessivas e massivas que eram feitas, a torto e a direito, e que foram de algum modo limitadas</i>	Controlo Estado na contratação, não renovação profissionais	controlo e normas
<i>na aquisição de bens e serviços, a criação de estruturas supra, que tem tentado fazer as compras de grupo... julgo que carecem de muita avaliação, e que não sei se tem trazido economias, de fato, às entidades adquirentes, tenho muitas dúvidas, e eu acho que realmente isso tem sido menos benéfico</i>	Controlo Estado na despesa, centralização	
<i>o financiamento dos hospitais alterou-se, não é?... Enquanto nós até cerca de 2010 éramos, nos EPEs, financiados pela produção, a partir de 2010 temos uma espécie de um plafond e agora governem-se</i>		
<i>sente-se alguma falta de produtos... ao nível das próprias farmacêuticas que deixaram de ter stocks e que sentimos falta de medicamentos...</i>	Controlo Estado na despesa, menor disponibilidade serviço, material	
<i>porque antes havia uma grávida, havia uma grávida e nós substituímos a grávida. Hoje há uma grávida e nós não substituímos a grávida e o trabalho faz-se à mesma. Não é. Eu acho que havia aqui muito desperdício</i>	Gestão empresarial, promoção eficiência, desempenho	desempenho e mercado
<i>Até essa altura... digamos que havia alguns esquemas para mostrar produção... havia esquemas e era considerado... a primeira consulta se ao fim de quinze meses não tivessem (voltado à consulta) [...]mas andava pelo menos tudo muito entretido a ver quem é que produzia mais</i>	Gestão empresarial, Mercado desregulado, Compromisso qualidade	
<i>na euforia, e no desenfreamento de arranjar produção, não se olhava a meios para se atingir os fins [...]nessa altura em que nós éramos um país rico, o crescimento da produção adicional, pelo menos nesta casa, teve assim um crescimento exponencial, sem precedentes e parece-me sem... não é que eu não tenha alertado, e não é que eu não tenha dito, mas aquilo que me diziam era – não, não, não, deixa crescer, deixa crescer, interessa é que eles produzam, não é?</i>	Gestão empresarial, Compromisso profissionalismo	
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>Quer medicamentos, quer materiais, mas acho que poderia haver, e aí acho que os médicos, por exemplo, poderiam ter essa sensibilidade, e não acho que tenham... digo-lhe muito francamente, não acho que tenham, que ao longo de todo este processo, sejam uma classe profissional sensível a isso.</i>	Profissionalismo, autonomia dos médicos	complexidade e conhecimento
<i>Adição ou partilha</i>		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>houve aqui uma consciência que é importante e que as pessoas hoje já têm um discurso novo... percebeu-se que</i>	Controlo Estado na despesa,	partilha e redes sociais

<i>aquela entidade muito abstrata que era o Estado, que pagava tudo e cobria tudo... que afinal saia-nos a todos do bolso</i>	Apoio do serviço	
<i>Agora houve coisas importantes, não é? Como uma maior permanência dos médicos dentro dos hospitais, se calhar uma tentativa de maior rentabilização dos recursos... acho que se poderia ter feito mais, mas tem-se feito o que é possível... Mas há muito medo de impor medidas políticas e de desagradar... eu acho...</i>	Gestão empresarial, Disponibilidade profissionais	
Demarcação		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>O que nós temos é realmente pessoal que [...] tem muitos vícios e que é muito difícil de impormos formas de trabalharem racionalmente e de produzirem [...]tem alguma salvaguarda em termos das próprias regras da Administração Pública, e estão muito escudadas as pessoas e não é muito fácil trabalhar isso.</i>	Estado como burocracia administrativa, compromisso profissionalismo	oposição e conflito
<i>eu acho que a Troika era realmente uma oportunidade para nós termos mudado muito mais. Agora, continuo a achar, de fato, as questões políticas se sobrepõem às questões técnicas</i>	Estado como burocracia administrativa, Compromisso serviço	
Ambiguidade		
<i>...houve uma mudança grande nas organizações depois da entrada da Troika ao nível dos profissionais, o fato de terem sido cortados os vencimentos... um maior desconforto, uma alteração do seu próprio nível de vida, uma frustração inicial, uma desmotivação</i>	Controlo Estado na despesa, Compromisso profissionalismo, desmotivação	ambiguidade e identidade
<i>continuo a achar que há imensos interesses instalados, realmente há... e que não foram debelados [...]por isso é que eu lhe digo que tenho muitas dúvidas se essa questão das compras em grupo [...] são efetivamente economicamente muito vantajosas</i>	Compromisso serviço, Compromisso qualidade, legitimidade externa	
<i>Realmente quando vim, senti uma casa muito pouco motivada para a produção. Com a produção em queda durante anos e não sei quê, agora por acaso está a recuperar [...] também se a gente não produzir, a gente a partir de Outubro já não tem financiamento, e pronto, percebe, e... e entrou-se num certo laxismo... houve eventualmente alguma regulação da utilização da cirurgia adicional, por exemplo, que me parecia abusiva... sempre tentei impor regras mais restritivas relativamente a produção adicional... também tivesse associado ao mérito do serviço</i>	Controlo Estado na despesa, Compromisso serviço, Desmotivação profissionais	
<i>houve uma estagnação das Carreiras... acho que realmente é muito... é muito desmotivador, não é?</i>	Carreiras, Falta perspectiva Carreira, Desmotivação	

Fontes: Entrevistas 140716_002; 150922_001; 140904_001; 140716_001; 150602_007; 150602_008.

Quadro 4.9. Análise das dimensões, temas e mecanismos associados expressos no discurso dos profissionais médicos dos hospitais do grupo D e do grupo E

Profissionais médicos dos hospitais do grupo D e do grupo E		
Entrevista 140407-001		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>a não-autorização da realização de exames complementares de diagnóstico fora do hospital, os doentes muitas vezes andam durante meses a aguardar o exame complementar de diagnóstico [...]o hospital onde eu trabalho é um hospital central em que é suposto atender indivíduos ao longo das 24 horas. Neste momento exames complementares de diagnóstico (como) a imagiologia... (a partir das) 20 horas não existe</i>	controlo Estado na despesa, responsabilidade do médico como advogado doente	controlo e normas
<i>há uma redução franca dos vencimentos de cada um... É comparar aquilo que nós recebemos agora, com aquilo que se recebia há 3 anos atrás</i>	controlo Estado na despesa	
<i>há serviços que têm vindo a ser quase que expurgados de elementos que vão para fora. Porque se reformam, porque têm alternativas mais atrativas em termos de projeto (ou de) “income” económico, financeiro</i>	controlo Estado na contratação	
<i>(saída elementos do serviço)... existe muita dificuldade em encontrar elementos que possam assegurar o serviço de urgência, que acaba por ser assegurado por empresas. Aquilo que sucede é que quando se chega ao dia, esse elemento pura e simplesmente não aparece</i>	gestão empresarial, contratualização serviços	desempenho e mercado
<i>(outsourcing radiologia) Se nós temos alguma dúvida, se queremos ver as imagens com o colega, discutir as imagens em algumas situações, pura e simplesmente não existe...”</i>		
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>se (o doente) tem o azar de chegar às 20 menos 15, é avaliado, pede-se uma ecografia para corroborar o diagnóstico... e o doente vai ter de ficar no serviço de urgência durante mais de 12 horas até poder fazer o exame complementar de diagnóstico no outro dia de manhã</i>	responsabilidade do médico como advogado doente	complexidade e conhecimento
<i>a sangria que tem sido, de elementos a sair do serviço, e o trabalho continua a ser feito, e continua mesmo a ser feito [...]acaba por ser desgastante. E, em qualquer serviço, deve haver elementos, elementos de referencia [...]na ausência duma hierarquia, cada um entende que pode mandar per si</i>	profissionalismo, controlo Estado na contratação	
<i>o meu trabalho não tenho perdido entusiasmo com aquilo que tem vindo a suceder. Agora, todos os dias quando</i>	esforço para motivação	

<i>me levanto, tenho de tomar uma pequena pastilha, para vir motivado. É um facto</i>	pessoal	
<i>Adição ou partilha</i>		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>A solicitação de material mais elaborado e mais caro... nunca houve uma solicitação que tivesse sido negada pelo Conselho de Administração</i>	apoio do serviço, disponibilidade material	partilha e redes sociais
Entrevista 140407-002		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>Nota-se nos recursos, na facilidade de acesso que era os recursos que nós tínhamos anteriormente e que agora não temos... exames de estadiamento que precisamos, exames de avaliações de seguimento de determinadas patologias... os "timings" não se cumprem, a qualidade da prestação dos cuidados de saúde que diminuem</i>	controlo Estado na despesa, responsabilidade do médico como advogado doente	controlo e normas
<i>penso que é uma desvantagem óbvia e penso que os critérios economicistas não podem ser critério para definir o que é que são as estratégias de saúde</i>	oposição gestão empresarial na saúde	desempenho e mercado
<i>para que haja alguma qualidade nos cuidados de saúde... horas avulso não é trabalho em equipa e medicina não é trabalho que se faça vendida às horas. Se não há equipas não há formas de trabalhar com continuidade, se não há formas de trabalhar com continuidade, não há qualidade naquilo que se faz</i>	gestão empresarial, contratualização serviços, compromisso qualidade	
<i>Ambiguidade</i>		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>restrições salariais, se têm refletido nas opções das pessoas em termos de disponibilidade até para o hospital. As pessoas deixam de estar disponíveis para determinados serviços nomeadamente no contexto do serviço de urgência... vai ter repercussões a médio prazo, muito, muito graves</i>	controlo Estado na despesa, menor disponibilidade serviço	ambiguidade e identidade
<i>as equipas precisam de um determinado número de elementos e precisam de ser renovadas e com perspetivas novas, portanto é assim que se evolui. Deixar a massa crítica jovem, acabada de formar de fora destas equipas não é bom... e daqui a 10 ou 15 anos isto vai-se notar.</i>	controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, falta perspetiva carreira	
Entrevista 140512-003		
Discurso	Conceitos	Temas

<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>uma grande dificuldade em dar resposta aos exames solicitados nas diferentes áreas [...]Depois o culminar e o que toda a gente está à espera. Fármacos que tenham a ver com a inovação. Mas curiosamente também temos dificuldade em fármacos que não são inovação</i>	controlo Estado na despesa	controlo e normas
<i>fármacos que são inovação, não é novidade, é inovação que têm provas dadas e que não têm uma resolução ao nível da tutela e dos organismos que têm de ter essa decisão, nomeadamente Infarmed</i>	Estado como bloqueio à inovação	
<i>nós não queremos fazer AUEs. Eu não quero fazer AUEs, eu quero que decidam sobre os fármacos, decidam e assumam a sua responsabilidade, ou se pode fazer ou não se pode fazer. Ou há uma verba e um orçamento para uma determinada droga, ou não há, e digam abertamente [...]E quem decidir isso decide e assume essas responsabilidades, agora não podem é transportar para os médicos a responsabilidade de fazer ou não fazer uma droga...</i>		
<i>Mas as guidelines também já não são boas... como não tiveram resposta que era esperada já se organizou uma Comissão de Farmácia Nacional para ver que medicamentos é que iam pôr no formulário [...]há assim uma tentativa de controlo. Eu não acho mal que haja guidelines e normas de prescrição, acho até bem que haja..</i>	controlo Estado na despesa, centralização, protocolos e guidelines	
<i>Até à data não deixei de utilizar um fármaco porque não houvesse disponibilidade para isso. Agora temos uma discussão criteriosa do uso no serviço e depois a nível da comissão de farmácia. Só a partir de aí é que eventualmente se pedem as autorizações que são necessárias. Mas é um processo... digamos, laborioso</i>	controlo Estado na despesa, médicos como decisores essenciais	
<i>As urgências hoje em dia estão praticamente entregues aos internos. Isso tem repercussão nítida nos cuidados. Não tenham dúvida nenhuma sobre isso. Tem uma repercussão nítida dos cuidados [...] o colega de hematologia tem uma autorização da ARS e do Ministério para ser feito um contrato normal de trabalho no hospital, mas que ficou preso nas Finanças</i>	controlo Estado na despesa, compromisso das equipas, compromisso da formação	
<i>hoje em dia os hospitais públicos querem é poucos clientes porque o que lhes fazem, o orçamento não é de acordo com aquilo que tratam. É o orçamento menos 5 por cento para todos, para tratar o mesmo número de doentes ou mais [...]Portanto não chamem a isto hospitais empresa porque isto de empresa não tem nada, rigorosamente nada.</i>	controlo Estado na despesa, centralização, compromisso da equidade	
<i>A formação acaba por ser prejudicada porque os internos não são dispensados de fazer 12 horas de urgência central o que é em termos de formação completamente aberrante [...]Eu tenho internos aqui que se quisessem não vinham trabalhar um dia por semana, só que os miúdos vêm... se forem ver o SISQUAL o sistema que</i>	controlo Estado na despesa, compromisso das equipas, compromisso da formação	desempenho e mercado

<i>controla o tempo, têm 500 horas ou 600 horas.</i>		
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>temos problemas nomeadamente de resposta [...] a jusante [...] precisamos da colaboração dos cuidados primários para fazerem “follow-up’s” de doentes [...] uma das situações que nos leva a internamentos mais prolongados é efetivamente a falta de cuidados paliativos</i>	falta continuidade de cuidados	identificação colectiva
<i>os doentes são escalonados para várias unidades ao longo do país... é uma coisa impensável, um doente em cuidados paliativos não pode ficar longe da sua família. Não é não deve, é não pode ficar longe da sua família</i>	falta continuidade de cuidados, apoio da comunidade	
<i>é uma questão de responsabilidades: primeiro em termos de sociedade temos que discutir quanto é que estamos dispostos a pagar para determinado nível de cuidados e depois dessa discussão feita tem de se assumir as responsabilidades</i>	Estado como bloqueio à inovação, Discussão dos inovadores na comunidade	
<i>temos dificuldades porque há “timings” para cumprir, nomeadamente em termos de reavaliações para programar cirurgias ou preparar terapêuticas e às vezes são terapêuticas bem caras. E esse atraso leva a que se calhar o doente faça a terapêutica mais duas ou três semanas desnecessariamente até nós termos os relatórios</i>	Controlo Estado na despesa, Responsabilidade do médico como advogado doente	complexidade e conhecimento
<i>(atraso na realização desses) TACs custam bastante dinheiro porque têm impacto numa decisão que não foi tomada e que deveria ter sido</i>		
Demarcação		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>doentes que eventualmente tenham a indicação para ir para os cuidados paliativos raramente conseguimos colocar um na unidade. Há uma rede nacional funciona mais ou menos de uma maneira opaca, ninguém sabe como é que aquilo é gerido, aquelas prioridades [...]</i>	falta transparência, falta continuidade de cuidados	oposição e conflito
Ambiguidade		
<i>o preço da urgência foi esmagado de tal maneira que é completamente desinteressante as pessoas estarem a fazer um trabalho penoso e que não é praticamente reconhecido nem pago como deve de ser</i>	controlo Estado na despesa, menor disponibilidade serviço	ambiguidade e identidade
<i>Vou-lhe dar um exemplo [...]... os papéis para a graduação em oncologia foram colocados em 2005. Estive de 2005 a 2013 à espera de concluir a graduação. Está tudo dito sobre isso.</i>	Falta perspectiva Carreira, não progressão	
<i>Mas é que a pirâmide é assim (invertida), quer dizer não tem chefes. Aqui na área de Lisboa na área de oncologia que eu conheça, há dois chefes de serviço...</i>		

Entrevista 140512-004		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>há é por via da redução de efetivos, há uma maior dificuldade em exames não de urgência serem marcados... a Oncologia e a Hematologia têm algum crédito. E têm alguns privilégios...</i>	controlo Estado contratação, compromisso das equipas	controlo e normas
<i>desde há um ano sinto francamente, nomeadamente pelo fato de ter sido despedido de um hospital público porque estava a contrato, recibo-verde. Era dos médicos mais bem pagos do hospital, a primeira pessoa que mandaram para a rua fui eu. Que era o único hematologista no hospital [...]estive seis meses desempregado, até que há três meses fui contratado de novo para vir para este hospital trabalhar, ganhando cerca de um terço daquilo que ganhava no Barreiro</i>	controlo Estado na despesa, centralização, compromisso da equidade	desempenho e mercado
<i>Adição ou partilha</i>		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>não noto, na prática, e em termos no campo da Oncologia e da Hematologia pesada... não houve para já nenhuma restrição formal à utilização de nenhum medicamento</i>	apoio do serviço, disponibilidade material	partilha e redes sociais
<i>já fui Diretor Clínico, há uma dúzia de anos, e a partir dessa altura percebi que isto da Saúde custava dinheiro. Mas só nessa altura, eu percebi isso... andei 20 anos a prescrever sem nenhum respeito pelo custo das coisas[...]os médicos agora têm a noção do custo da medicação que prescrevem, aliás ela aparece e acho isso muito bem, nas receitas</i>	médicos como decisores essenciais, controlo prescrição	
<i>temos muito a noção, e quando não temos, eu como responsável da Hematologia daqui faço questão que passem a ter, que nós aqui não tratamos 100% das patologias. Algumas patologias, ou porque são muitas caras, ou muito complicadas ou de enésima linha terapêutica, nós reservamos para instituições de referência</i>	partilha decisões, centros de referência	
<i>Ambiguidade</i>		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>as remunerações que são hoje em dia efetuadas no SNS fazem com que um gajo formado há 20 ou 30 anos, com qualidade de chefe de serviço [...]que está enfim no topo da sua carreira científica e tecnológica, que é um responsável considerado entre os pares, mas a quem querem pagar ordenado de interno</i>	controlo Estado na despesa, desmotivação	ambiguidade e identidade
Entrevista 140512-005		

Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>a verdade é que cada vez mais nós os clínicos temos que apresentar boas propostas, quase choramingar, digamos assim, para que os nossos doentes tenham aquilo que nós achamos que é o mais indicado</i>	controlo Estado na despesa, responsabilidade do médico como advogado doente	controlo e normas
<i>urgência, todos os dias nos deparamos com coisas simples que não há no serviço, seja um cateter de uma determinada forma, compressas, um dia não há agulhas de gasometria [...] mais de 2 meses e meios se calhar para ver o que essa TAC nos vai dizer[...] muitas vezes o doente já fez há um mês e tal e ainda não temos o relatório. São duas lutas: primeiro uma luta para a marcação e depois a luta para termos o relatório e muitas vezes duplicamos as consultas</i>	controlo Estado na despesa, compromisso qualidade	
<i>Até já nos propuseram aumentarmos o nosso horário mas a verdade é que eu faço urgência... já fazemos às vezes 80 horas semanais e não dá para aumentarmos mais o nosso horário. Tentamos multiplicar uma manhã que se calhar veríamos oito doentes e tentamos ver para aí quinze para conseguir vê-los todos e conseguir dar-lhes a quimioterapia que eles precisam nos “timings” que é necessário.</i>	controlo Estado na despesa, compromisso qualidade, compromisso das equipas	desempenho e mercado
<i>há milhares de consultas por ano neste espaço [...] Desde janeiro até agora aumentar um gabinete com umas obras que basicamente foi pegar num gabinete que era maior e dividi-lo a meio [...] Nós temos um hospital de dia muito pequeno... é preciso uma ginástica de agenda quer nossa [...] quer dos enfermeiros, para conseguir que os doentes façam “químio” nos “timings” que é preciso porque não é uma coisa que podemos adiar</i>	gestão empresarial, compromisso serviço, material, compromisso qualidade	
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>Sim, muito, diário, isso é uma luta constante. A maior parte das vezes, os doentes chegam aqui... ainda hoje tenho um caso: nós pedimos uma TAC de reestadiamento a um doente, marcada no dia 31 de março e o doente vai fazer essa TAC depois de ser insistido por nós a 16 de maio</i>	controlo Estado na despesa, compromisso qualidade, médico como advogado doente	identificação colectiva
<i>ainda há pouco tempo tivemos um caso de um doente que claramente tinha indicação para fazer um tipo de terapêutica mas que a farmácia recusou porque era um medicamento mais caro... Depois de uma certa batalha e de uma contraproposta, à segunda conseguimos [...] a oncologia tem imensas “guidelines” e está tudo preconizado, não é nada feito da nossa cabeça, tentamos trabalhar sempre com aquilo que é feito internacionalmente</i>	controlo Estado na despesa, protocolos e guidelines, médicos como decisores essenciais	complexidade e conhecimento
<i>o meu objetivo neste momento é acabar a especialidade com o melhor curriculum que conseguir. De todas as</i>	controlo Estado na	

<i>formas se isto continuar assim também não ponho de parte a hipótese, como muitos colegas põem, de ir para fora, na verdade até gostava</i>	contratação, não renovação profissionais, profissionalismo	
<i>[...] Acho que a formação em oncologia é bastante boa aqui... A nossa especialidade é quase feita em 2 anos úteis [...]</i>	garantia de Formação	
Adição ou partilha		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>Recomendaria o Sistema Nacional Público, no geral... eu se tivesse o meu pai, ou a minha mãe com cancro não se me ocorria nunca, em nenhuma circunstância levar para um hospital privado</i>	recomenda hospital e os profissionais	partilha e redes sociais
<i>[...] alguns doentes que perguntam: Ah, se eu fosse para a Fundação Champalimaud acha que tinha mais hipóteses? Não é? Acho que isso é uma ilusão, acho que o SNS tem profissionais espetaculares e se calhar algumas pessoas acham que o dinheiro oferece mais e melhores tratamentos. Acho que não é assim.</i>		
Ambiguidade		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>A nossa interna mais velha ainda está no 4º ano também não sabemos o que é que vai acontecer, provavelmente vai ficar cá... eu por exemplo sinceramente não tenho esperança nenhuma de cá ficar [...]mesmo especialista já assim seniores só a hematologia é que conseguiu. o Dr. [...] que é uma contratação recente...(em) prestação de serviços</i>	controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, falta de perspetiva carreira	ambiguidade e identidade
<i>não tenho perspetiva assim no futuro de ter uma casa própria, o que eu recebo não é suficiente... a verdade é que trabalho 80 horas semanais, basta fazer duas urgências que é muito desgastante</i>		
<i>infelizmente neste hospital somos obrigados a fazer urgência os cinco anos da especialidade e não sei, se depois se cá ficar se depois não teríamos essa pressão de continuar na urgência.</i>		
Entrevista 140514-001		
Discurso	Conceitos	Temas
Segmentação		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>há dois anos para cá o conselho de administração saiu com uma norma que proibiu terminantemente o envio de exames ao exterior e como não aumentou aqui o número de radiologistas, nem o número de salas, isso criou uma situação de estrangulamento [...] tem duas formas de resolver: reter os exames a montante... os exames aqui</i>	controlo Estado na despesa, compromisso profissionalismo,	controlo e normas

<i>serem efetivamente pedidos a quem precisa</i>	compromisso qualidade	
<i>antigamente o diretor clínico era nomeado pelos pares, era uma pessoa que estava ali para defender os serviços e os doentes. Agora o diretor clínico é nomeado pelo Estado [...]quando era por iniciativa interpares, o diretor clínico ficava de alguma forma ligado aos pares e assim não fica. Assim fica ligado à administração e a situação atual é de receber ordens</i>	controle dos profissionais, compromisso profissionalismo	
<i>O conselho de administração recebe ordens da ARS e passa-as para o diretor clínico que as executa e que manda as normas para a gente fazer e que agora é assim</i>	Estado como burocracia administrativa, compromisso do profissionalismo	
<i>reduzir [...] o número de exames a mais que se pede e deve andar à roda de uns 50%, depois é tentar fazer os clínicos que prescrevem os exames perceberem que têm que ver os doentes... não podem basear o tratamento dos doentes nas imagens radiológicas como tem sido até aqui [...] o nosso objetivo será tentar reduzir efetivamente o número de exames ao estritamente necessários para apuramento diagnóstico e terapêutico do doente</i>	controle Estado na despesa, protocolos e guidelines	desempenho e mercado
<i>compete ao conselho de administração resolver. Das listas de espera para TACs, das listas de espera que tem para ecos e de como é que vai limpar essas listas de espera. Chega ao fim do ano, fazem um concurso externo e vão os exames todos para fora</i>	gestão empresarial, contratualização serviços, compromisso qualidade	
<i>tudo o que é prestação de serviços externo diminui efetivamente a qualidade porque como sabe os concursos externos são concursos ao mais baixo preço [...]as tabelas de preço têm preços que estão em muitos casos abaixo do preço de custo... ou fazem metade dos cortes, ou não injetam contrastes ou o contraste é diluído ou o médico não tem experiência nenhuma.</i>		
<i>acho que este mercado, o da imagem é um mercado selvagem neste país... fui a um congresso em que um dos gestores dizia que o nosso mercado está algures entre os “Lehman Brothers” e a carne de cavalo. É de facto um mercado completamente desregulado e selvagem [...]temos gestores a vender serviços nas costas dos médicos e dos valores dos médicos e de um valor mínimo e de idoneidade de um exame... estamos a trabalhar abaixo do valor da idoneidade das coisas...</i>	gestão empresarial, mercado desregulado, compromisso qualidade	
<i>nas empresas privadas... pedir exames gera lucro dentro da rede e as pessoas são incentivadas a pedir exames, os que são precisos e os que não são precisos, e o doente é incentivado a acreditar que isso é ser bem tratado, quando não é, isso é gastar dinheiro</i>	gestão empresarial, compromisso do profissionalismo, compromisso qualidade	
<i>eles(privados) têm 90 que estão bem e os 10 que não têm, os 10% mesmo que o médico não saiba nada, são os chamados danos colaterais [...]aqui (público) a gente tem 90 que estão mal... e os danos colaterais aqui quando não se sabe são muito altos e a gente tem [...]mas é assim também que a gente tem uma noção que os riscos das</i>		

<i>coisas... estamos a falar do mercado da saúde e do mercado da doença.</i>		
<i>quando estão doentes não têm plafond, vêm para o mercado da doença que é este paralelo que é onde está aqui este inferno, um inferno diário.</i>	mercado maximizar resultados	
<i>deram todo o serviço de radiologia a uma exploração externa... vai lá um médico cada dia, isso é destruir um serviço, é destruir o hospital porque os próprios médicos depois não têm um interlocutor válido</i>	contratualização serviços, compromisso serviço, equipas	
<i>eles medem o serviço não em termos de trabalho publicado, formação de equipa, de formação de internos mas reduzem isto a um número de exames que eles querem cada vez mais... somos confrontados diariamente com a taxa de ocupação do tempo médico dentro das salas a produzir exames [...] efetivamente me preocupa a quantidade de administradores intermédios que são de áreas de gestão e que não têm formação médica [...] o que me irrita aqui e o que eu acho que é mau é a desqualificação da classe médica e dos diretores de serviço em termos de gestão do hospital</i>	gestão empresarial, controlo dos profissionais, compromisso profissionalismo	
<i>gestão das listas de espera de cirurgia [...] os doentes são operados e não sabem por quem. Eles vêm a uma consulta, ficam numa lista de espera até serem chamados e o doente é operado não sabe por quem e depois é visto por outro. Chega-se a um pouco de descaracterização das pessoas serem tratadas quase como num talho</i>	falta profissionalismo, compromisso qualidade	
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>(qualidade exames) ... coisa técnica, se eu pedir a um engenheiro civil que me faça, ou a um arquiteto, uma obra eu não sei se aquilo está bem feito ou mal feito. Na nossa área é a mesma coisa. A pessoa não sabe se o exame está bem feito, sabe que tem ali um exame</i>	falta profissionalismo, compromisso qualidade	identificação colectiva
<i>um especialista que tem uma especialidade, ao fim de 30 anos mesmo que não saiba fazer nada ainda tem cédula profissional e pode exercer. Isso na radiologia é perigosíssimo [...] E na cirurgia é a mesma coisa, não é. Em todas as áreas [...] uma falha muito grande em termos de defesa do doente. Eles caem na mão do médico</i>	falta profissionalismo, falta de formação	
<i>E depois sai uma coisa que parece uma TAC, diz TAC, tem um relatório, tem um nome no fim, mas... é como quando se vai a um restaurante pedir um mini prato e come-se ao balcão, não se está à espera de comer o mesmo quando se come na mesa.</i>	contratualização serviços, compromisso qualidade, responsabilidade profissional perante doente	complexidade e conhecimento
<i>estou a mandar alguns exames para a telemedicina, por exemplo de tórax que não precisam de contraste. Os médicos de dentro pedem-nos a nós que revejamos o exame que é para comparar com um micro nódulo que tinha anteriormente e que ninguém compara. É essa qualidade de serviço que também tem de se ter em linha de conta</i>		
<i>Em relação à formação... efetivamente os serviços de radiologia têm que ter um capital próprio de médicos que</i>	Profissionalismo, Garantia de	

<i>são o garante de que internamente o hospital funciona</i>	Formação, Renovação equipas	
<i>as pessoas deviam ter que de 5 em 5 anos, como fazem nos EUA, defenderem que ainda são pessoas válidas para poderem continuar a exercer a atividade</i>	Controlo dos profissionais, Garantia de Qualidade	
<i>Adição ou partilha</i>		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>nesse sentido estamos a trabalhar com protocolos oncológicos...</i>	protocolos e <i>guidelines</i>	partilha e redes sociais
<i>Demarcação</i>		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>é um problema que eu acho que é transversal a todos os hospitais, e os doentes são operados aqui nunca mais tem alta e geram aqui consultas em cima de consultas e às tantas nunca mais se vão embora e nunca são devolvidos à comunidade, isso gera aqui um peso interno que não tem razão de ser</i>	Falta de continuidade de cuidados	oposição e conflito
<i>O SIADAP eu penso que é um método perfeitamente burocrático e carreirista de avaliar o trabalho médico. O trabalho médico não se avalia assim [...] o Dr. [...] dizia então o doutorado que acabou agora a especialidade de cirurgia vale mais do que eu que tenho... então vai ele operar os tumores malignos complicados</i>	Estado como burocracia administrativa	
<i>esta do SIADAP... é uma coisa carreirista e depois não existe... e vai mobilizar muito trabalho médico que podia ser dedicado aos doentes em hospitais que são deficitários de médicos para coisas burocráticas</i>		
<i>Ambiguidade</i>		
<i>são especialistas de radiologia... e são presas fáceis de empresas destas de número, claro que não se pode ter qualidade... temos uma Ordem dos Médicos e um colégio da Especialidade que nessa situação é um bocadinho omisso</i>	Compromisso profissionalismo, Regulação deficiente da OM	ambiguidade e identidade
<i>ainda por cima estamos a cair noutra situação que é maioria dos clínicos já não sabem ver a imagem. Antigamente pediam o exame ao doente ainda olhavam para o RX. Já não pedem RX, pedem uma TAC mas já não olham para a TAC, olham para o relatório [...] Está aqui a ter um duplo erro... às tantas é como dizia o Dr. Fragata, é aqueles queijos suíços quando se juntam os buracos todos surge sempre asneira, não é? E é um risco</i>	Compromisso do profissionalismo, Compromisso qualidade	
Entrevista 140514-004		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		

DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>nos últimos anos tínhamos uma urgência com radiologista presente 24 horas. Neste momento terminamos o apoio metade da semana às 8 da noite, às 20h, e na outra metade até à meia-noite</i>	controlo Estado na contratação, não renovação profissionais,	controlo e normas
<i>as TACs [...] alguns vão para a telemedicina, por vezes o médico solicita é necessário injetar contraste e tem de haver um médico presente, por vezes o médico, o clínico vem ou não vem [...]Jesse exame que foi considerado urgente muitas vezes é transferido para as 8 da manhã, as ecografias no dia em que só há apoio até às 20h são todas transferidas para as 8 da manhã...</i>	gestão empresarial, contratualização serviços, compromisso qualidade	desempenho e mercado
<i>A formação é muito complicada porque a administração não quer que a gente baixe números. Há anos que ando a tentar ter uma reunião à quarta-feira uma vez por mês. Mas para fazer essa reunião eu ontem já chamei alguns doentes de hoje para poder ao meio-dia poder ter um bocadinho de espaço para conseguir fazer a reunião [...] mas também gosta que a gente faça reuniões multidisciplinares. Eu penso que as administrações acham que os médicos são elásticos... E está muito difícil, muito difícil. Hoje para mim ter reuniões ou preparar um congresso sai tudo à custa de trabalho extra</i>	gestão empresarial, controlo dos profissionais, compromisso formação	
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>Por exemplo, as TACs que são feitos durante a noite muitas vezes... até repetimos o exame com contraste porque não foi efetuado e muitas vezes temos o cirurgião ou o clínico à nossa espera para discutirmos o exame [...]primeiro vai levar com os exames, grande parte deles da noite, ainda vai tirar dúvidas dos exames que foram efetuados fora</i>	contratualização serviço, profissionalismo	complexidade e conhecimento
<i>Ambiguidade</i>		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>Eu nunca vi os doentes tão descontentes, os profissionais tão desmotivados e não conseguimos dar resposta aos exames que são solicitados [...]</i>	legitimidade externa, desmotivação profissionais	ambiguidade e identidade
<i>os exames que são solicitados no próprio hospital nós não conseguimos escoar porque não temos médicos em número suficiente. Neste momento o nosso número é reduzido em número de elementos... uns tantos médicos têm um horário reduzido [...]Portanto não temos capacidade de dar resposta... imagine o descontentamento dos serviços a que damos apoio, a pressão a que nós estamos sujeitos [...]é muito complicado. Eu acho que, eu acabei... eu ando nisto há vinte e tal anos e nunca vi, nunca trabalhei em circunstâncias tão difíceis como agora. Nós queremos dar resposta e também não conseguimos [...]Todos os dias temos que seleccionar doentes. Muita gente diz: os mais complicados... para nós neste momento em termos de motivação pessoal e profissional é muito</i>	não renovação profissionais, compromisso profissionalismo, desmotivação profissionais	

<i>complicado</i>		
<i>Eu deveria ter mais tempo para poder estar com o clínico e vermos em conjunto as imagens e discutirmos as imagens. E muitas vezes digo: ai desculpe, mas agora não posso tenho um doente dentro da sala. Portanto tudo isto se refletiu de uma forma extremamente negativa no trabalho. Acho que com muito pouco benefício para o doente</i>		
<i>o pior que pode acontecer na medicina, é a desmotivação dos elementos, não é só dos médicos. Dos administrativos, dos enfermeiros... de uma maneira geral. Mas pronto tenho uma visão um bocadinho triste da medicina</i>	desmotivação, compromisso profissionalismo	
Entrevista 140514-005		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>Está-se a sentir muito. Eu sou interno do 4º ano e notei uma diferença logo ao início do internato antes e após [...] No sentido de apoio à formação eu acho que está pior. Eu só fiz um estágio fora daqui, num hospital português. Acho que as pessoas têm mais tempo no outro hospital porque são milhões de radiologistas para um serviço. Era no IPO de Lisboa. E lá eles são muitos mais especialistas por interno.</i>	controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, compromisso formação	controlo e normas
<i>há mais doentes a recorrerem ao serviço e cada vez menos especialistas com tempo para fornecer para o hospital, o que é mau [...]se não houver cá ninguém para nos ensinar não vai haver formação como deve de ser...</i>		
<i>Em relação à ecografia eu acho que houve alturas em que isso foi um bocadinho posto em causa porque houve muitas marcações, muita pressão [...]Já em relação aos tempos de relatório... sinto que sou muito pressionado para despachar muito rapidamente relatórios em doentes muito complexos que às vezes precisava de mais tempo. Mesmo para ler o processo do doente</i>	falta de continuidade de cuidados, compromisso qualidade	desempenho e mercado
<i>termos de fazer o maior número possível de exames, mas tem é de ser desde que não se prejudique a qualidade e para mim é escandaloso não haver um critério de qualidade dos exames no hospital [...]fiz esta pergunta à diretora deste serviço: então mas como é que é feito o critério de qualidade dos nossos exames. Respondeu que não existe. Eu acho isso um bocado escandaloso, mas também ninguém anda atrás de nós por causa disso</i>	gestão empresarial, compromisso qualidade, compromisso profissionalismo	
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>não há capacidade instalada no serviço, de todo, quer do ponto de vista técnico quer do ponto de vista médico, para realizar todos os exames. E de facto isso acho que atrasa e prejudica a avaliação dos doentes... acredito que</i>	controlo Estado na despesa, falta continuidade de	identificação colectiva

<i>pode ter consequências relativamente graves na saúde para os doentes</i>	cuidados, médico como advogado doente	
<i>é bom porque ganhamos mais experiência e podemos escolher basicamente entre tudo o que há para fazer, podemos escolher o que temos mesmo que fazer em cada estágio e isso por um lado é bom</i>	compromisso qualidade, oportunidade formação	complexidade e conhecimento
<i>acho que há um trabalho muito grande a fazer na radiologia que é critérios de qualidade. O clínico nos exames de radiologia, é uma coisa que vai ser difícil [...]um sistema de certificação das entidades privadas... porque tenho a certeza que os doentes hoje em dia querem qualidade nos exames [...]Tem de haver um critério não só técnico mas como clínico para avaliação dos relatórios feitos</i>	profissionalismo, garantia de qualidade, compromisso privado	
<i>há duas realidades: fora de aqui e aqui. Aqui eu acho que não está posta em causa, especialmente os exames que realmente interessam. Já houve alturas que eu acho que estava posta em causa porque são doentes muito difíceis neste hospital, um doente muito doente</i>		
<i>Adição ou partilha</i>		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>Não, não tenho sentido isso (falta de material)... acho de alguma forma até houve uma gestão mais inteligente dos recursos do que havia antes em relação ao fluxo de doentes é uma coisa enorme e tenho a certeza que há repercussões nos doentes.</i>	controlo Estado na despesa, disponibilidade serviço, material	partilha e redes sociais
<i>Em relação à ressonância magnética... Nunca houve pressão, continuamos a injetar contraste, e temos um contraste cá que é caro e nunca foi negado. Se o radiologista achava que havia indicação clínica para fazer nunca foi negado a sua utilização</i>	Partilha decisões, Disponibilidade serviço, material	
<i>Ambiguidade</i>		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>as condições de trabalho são cada vez piores... cada vez há menos pessoas disponíveis para ensinar e além disso estão muitas pessoas desmotivadas para ensinar [...]E tenho a certeza que os especialistas neste serviço têm disponibilidade pessoal para o fazer, tenho a certeza que não têm tempo. Não têm. É o caos trabalhar aqui com a quantidade de pessoas que nos estão constantemente a interromper</i>	compromisso profissionalismo, desmotivação, compromisso formação	ambiguidade e identidade
<i>Há muito pouca gente, nós os internos estamos sempre cá, os especialistas vêm cá 17 horas e vão-se embora. Cirurgiões vêm perguntar coisas e dizer: olha faz isto ou faz aquilo. Isso é uma pressão relativamente grande e que nos perturba [...]Tenho a certeza que o serviço sem os internos ia trabalhar muitíssimo menos. Estou em formação é verdade mas também trabalho muito para o serviço. Sim, eu não sou remunerado para aquilo que eu</i>	controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, compromisso formação, desmotivação	

<i>trabalho</i>		
<i>A atitude é: tenho maior probabilidade de não ficar neste serviço do que ficar. E isso tem repercussões para o próprio serviço. Se não for o interno a introduzir coisas novas neste serviço eu tenho a certeza que não há mais ninguém a fazer [...]a perspetiva é: vou para outro sítio qualquer que eu não sei qual... é pouco estimulante para mim introduzir protocolos de ressonância, introduzir avanços técnicos interessantes no serviço [...]Eu nem sei se vou estar cá em Portugal</i>	falta perspetiva carreira, desmotivação	
Entrevista 140716-003		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>a base desta crise e da falta de qualidade que nós estamos a ter é o financiamento... Não há dinheiro</i>	controlo Estado na despesa, compromisso qualidade	controlo e normas
<i>estas administrações hospitalares hoje em dia também não têm poder, estão completamente dependentes de tudo e mais alguma coisa [...]E não podem, depois têm a história do cabimento, não é?... orçamental. Tudo gira à volta do financiamento hospitalar.</i>	controlo Estado na despesa, centralização	
<i>(prestação de cuidados) Não temos hipótese de dar porque não há renovação e este serviço tem um problema que é o envelhecimento do quadro</i>	controlo Estado na contratação, compromisso profissionalismo	
<i>depois continuam-nos a exigir a mesma coisa, as exigências da administração são iguais como se estivéssemos a trabalhar há quatro anos com as mesmas pessoas, com tudo [...] bloco operativo tem tido uma quebra enorme das salas, as listas de espera a crescer porque não há renovação das pessoas. Saíram sete ou oito anestesistas para a reforma e não há capacidade das administrações para contratar</i>	gestão empresarial, controlo Estado na contratação, compromisso qualidade	desempenho e mercado
<i>É imensa. É uma situação péssima porque as pessoas não estão ligadas ao serviço, não há continuidade de trabalho e depois causa um ambiente na urgência de diferenciação salarial brutal [...]um elemento do serviço, do Estado, na urgência a ganhar a sua hora extraordinária paga a 9/10 euros e vem um jovem especialista de fora que quase não sabe desenrascar as coisas e ganha 27 euros à hora. Muitas vezes nem sequer sabe mexer nas coisas e nem sequer é da especialidade. Dá um mau ambiente de trabalho péssimo [...]E depois vêm quando vêm, quando não lhes apetece não vêm, não têm qualquer relação com o serviço... muitas vezes nem se dão ao trabalho de avisar. Não aparecem. E estas empresas... não há nenhuma penalização quando as pessoas não aparecem</i>	contratualização serviços, compromisso qualidade, compromisso equipas	

<i>A nossa dependência em informática que é um cancro. Os computadores não funcionam, cada vez se mete mais programas em computadores que já não suportam... atrasa-nos imenso, também ao nível de consultas</i>	controlo profissionais, compromisso qualidade	
<i>Outra faceta que está em défice na cirurgia [...] por muito que esta administração diga que apoia muito, é a investigação. Porque o nosso nível assistencial é tão grande, os internos estão de tal maneira a fazer duas urgências de 24 horas por semana, que não têm qualquer capacidade para pararem e fazerem investigação</i>	gestão empresarial, compromisso investigação	
<i>Um modelo que depois não se coaduna com os custos humanos. Não posso ter internos a fazer duas urgências de 24 horas por semana a ver 70 doentes no balcão [...] nós estamos aqui a suprir uma deficiência do serviço de urgência, que não é nossa. Não faz qualquer sentido, isso é uma guerra que eu tenho com CA</i>	compromisso profissionalismo, compromisso formação	
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>O problema é a falta de dinheiro... que levou a uma reorganização dos serviços e a uma falta de resposta de todos os serviços ao doente [...] o nível da resposta dos exames complementares... há um excesso de exames pedidos aqui e que não há resposta. Os doentes esperam um ano por uma TAC, um ano por uma colonoscopia, mesmo os doentes internados esperam muito mais tempo para fazer exames do que esperavam antes</i>	Controlo Estado na despesa, compromisso equidade, problema legitimidade externa	identificação colectiva
<i>Isso é consequência também da falta de recursos humanos e de financiamento do hospital. Tenho aqui um doente, um politraumatizado que fez um pedido de TAC às 4 e 50 da manhã e a resposta veio às 8. Ou seja esteve 3 horas à espera do relatório da TAC de um politraumatizado</i>		
<i>Na prática somos 15 e desses 15, 9 têm mais de 55 anos.... há 6 especialistas que são obrigados a fazer urgência. Todos os outros podem pedir dispensa. Se amanhã pedissem dispensa, fechava a urgência</i>	controlo Estado na contratação, profissionalismo	complexidade e conhecimento
<i>sempre foi um serviço muito virado para a formação e ainda há esse entusiasmo na formação e as pessoas ainda estão muito dedicadas [...] a maior parte de nós vieram dos Hospitais Cívicos e havia esse estímulo a dedicação para a formação. Eu acho que é a alma deste serviço são os internos e que puxam pelos mais velhos</i>	profissionalismo, garantia de formação	
<i>(cursos organizados pelo serviço) mas isso é feito por caridade das pessoas e por aposta da indústria porque nos dá esse apoio porque não passa pela administração, há zero [...] temos aqui uma sala de cirurgia colo-rectal laparoscópica há mais de dez anos. Há muita experiência e somos muito requisitados. Temos todo o gosto em dar esse apoio.</i>	apoio formação pela indústria, gestão empresarial, compromisso da formação	
<i>é uma coisa que cada vez mais a Ordem e o Colégio da Especialidade exige que os internos se dediquem à investigação, mas dedicam-se quando?</i>	exigências organizações profissionais	
<i>Adição ou partilha</i>		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	

<i>até nem me posso queixar muito, mantemos a liberdade de usar dentro do bom senso e das escolhas. Têm feito alguns concursos para material, para suturas... mas as escolhas ainda passam pelo médico</i>	controlo Estado na despesa, médicos decisores essenciais	partilha e redes sociais
Ambiguidade		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>a nível de vencimentos das pessoas, com a quebra enorme de ordenados, quebra nas horas extraordinárias leva a uma desmotivação enorme das pessoas para trabalhar e para fazer horas extraordinárias, a baixa do número de recursos humanos, cada vez há menos e as pessoas não são contratadas</i>	controlo Estado na despesa, controlo Estado na contratação, desmotivação, menor disponibilidade serviço	ambiguidade e identidade
<i>A carreira acabou, fechou. Agora fizeram-se uma data de concursos para chefes de serviço, eu acho que se fizeram porque qualquer diz não havia elementos para os júris. Devem ter percebido que ou faziam agora os concursos porque deixava de haver júris</i>	Carreiras, Falta perspectiva Carreira	
<i>Eu acho que a carreira foi completamente destruída para prejuízo dos médicos e dos doentes. Acho que tem de haver uma hierarquia...</i>		
Entrevista 150519-001		
Discurso	Conceitos	Temas
Segmentação		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>há uma lista de medicamentos (inovadores) que está a aguardar a avaliação dos diferentes tipos... ou de eficácia/efetividade ou de valor/ efetividade, do ponto de vista económico, por parte do Infarmed... mas isso não diz respeito ao Centro Hospitalar [...], afeta todos [...].nós temos que andar a fazer AUEs para medicamentos para os quais já devia ter sido tomada uma decisão se o medicamento devia ou não devia ser participado</i>	controlo Estado na despesa, Estado como bloqueio à inovação	controlo e normas
<i>há medicamentos que são aprovados pelo Infarmed mas é preciso o Secretário de Estado dê o acordo, cabimento financeiro... há administrações hospitalares que fazem visões políticas do medicamento</i>		
<i>muito bem para quem puder pagar pode entrar para quem não pode pagar, logo veremos se o Estado pode ou não pode pagar. Não concordo com isso [...]quer se queira quer não tem de haver essa negociação, estar aberto à negociação, nem significa estar a empatar os processos nas gavetas, primeiro que se aprovem...</i>	inovadores como risco para sistema, controlo Estado da despesa	
<i>consequências claramente da crise... primeiro, houve em termos de recursos humanos. Houve um bloqueio, por assim dizer, para a possibilidade de contratação de pessoas aqui para o serviço... não dá para ter capacidade de</i>	controlo Estado na contratação, compromisso equipas	desempenho e mercado

<i>resposta</i>		
<i>isto é um problema mais sério do que simplesmente o problema de um país. Ou a comunidade europeia, ou o mercado global assume uma posição sobre esta questão [...]há duas visões muito diferentes: a visão dos EUA, não tem mal que um medicamento venha caro porque isso gera poder económico para as companhias e portanto gera mais dinheiro, mais investimento [...]há a visão dos outros países de como é que nós vamos conseguir pagar estes valores... aqui na Europa... são preços às vezes inoportáveis</i>	Inovadores como risco para sistema	
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>Neste momento há doentes que não configuram de acordo com a lei necessidade de apoio económico para transporte mas não têm capacidade económica para se deslocar para tratamentos ou para consultas [...]tive de falar à Liga Portuguesa Contra o Cancro e consegui um valor de 5 mil euros para complementar o transporte dos doentes. Está aqui uma situação em que os doentes se sentiram penalizados</i>	controlo Estado na despesa, compromisso equidade	identificação colectiva
<i>[...] recebemos donativos de pessoas privadas, às vezes até familiares de doentes. A sociedade está-se a abrir mais. Deram donativos ao serviço através da Liga dos Amigos [...] eu pude renovar os computadores daqui do secretariado, arranjar computadores lá para dentro para as enfermeiras por causa da prescrição electrónica, os computadores para os monitores dos estudos clínicos que era tão importante</i>	apoio da comunidade, disponibilidade serviço, material	
Adição ou partilha		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>o conselho de administração teve sempre uma atitude muito correta. Sabia que era um critério científico, equilibrado e justo na escolha dos medicamentos [...] tentámos fazer um grande esforço no sentido de ter mais estudos clínicos aqui no serviço. Conseguimos no espaço de três anos reduzir o consumo de medicamentos de 11 milhões para 9 milhões e qualquer coisa.... grande esforço no sentido da contenção das despesas</i>	partilha decisões, disponibilidade serviço, material	partilha e redes sociais
<i>nunca houve uma situação de dizer assim: precisamos este medicamento para este doente e o conselho de administração nega a aprovação da aquisição deste medicamento</i>		
<i>Não houve impacto na escolha dos medicamentos porque o conselho de administração e o serviço estavam muito unidos e a comissão da farmácia terapêutica em termos das opções que faziam.</i>		
<i>uma das coisas mais graves que aconteceu com esta crise é que há 'unbalance' no tratamento dos doentes de uma instituição para a outra... Aqui, os doentes no Centro Hospitalar recebem alguns medicamentos que noutras instituições ditas de fim de linha, não recebem [...] Podem dizer assim: ok, isto é possível nesta instituição porque há mais estudos clínicos que não é possível noutra [...] esta foi uma solução que nós encontramos também para</i>	controlo Estado na despesa, Estado como bloqueio à inovação, compromisso equidade	

<i>colaborar, por assim dizer, em facultar a inovação sem onerar tanto o Estado</i>		
<i>isto é um aspeto muito importante na qualidade do trabalho... é importante que as pessoas saibam que quando estão numa linha da frente destas, numa linha de batalha muito dura têm as condições técnicas mínimas para poderem estar a trabalhar</i>	disponibilidade serviço, material	
<i>as pessoas têm que contar ao tostão aquilo que trazem para comer... quando houve aqui obras no serviço... tinha que haver uma copa aqui dentro porque permitia às pessoas trazerem a sua refeição de casa</i>	controlo Estado na despesa, compromisso social	
<i>por lei, nos projetos dos estudos clínicos há uma fração que fica para a equipa de investigação e nessa fração decidi que obrigatoriamente há uma parte que fica para as enfermeiras que colaboram na investigação, há uma parte que vai para a equipa médica e também para a parte administrativa [...]isso ajudou as pessoas sentirem que havia uma certa união</i>	Controlo Estado na despesa, Apoio do serviço	projeção no futuro
Ambiguidade		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>também é verdade que há doentes, e isso foi o que mais me custou na crise, houve doentes que pensaram que nós estávamos a fazer certas opções pelo menor preço, influenciados por aquilo que era dito nos media e que alastrava a ideia de que as pessoas não iam receber os medicamentos que necessitavam. Alguns deles perguntaram-nos amavelmente e punham a questão se nós estávamos a fazer a melhor opção para eles ou não, e se não podiam receber as melhores opções noutros locais.</i>	controlo Estado na despesa, legitimidade externa, profissionalismo	ambiguidade e identidade
<i>eu diria que houve impacto nos recursos humanos, houve impacto no transporte dos doentes, houve impacto na percepção dos doentes que tinham do tipo de serviço que lhes estava a ser prestado [...]é muito duro ver que há certos funcionários deste serviço cujo ordenado para o agregado familiar não é suficiente para fazer face às despesas</i>	compromisso equipas, compromisso qualidade, legitimidade externa	
Entrevista 150519-002		
Discurso	Conceitos	Temas
Segmentação		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>condições de trabalho acaba por estar um bocadinho prejudicado é a parte do serviço de urgência... à medida que o número de internos vai aumentando... somos muitos e está-se a criar um hiato muito grande entre os mais velhos e os mais novos</i>	controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, compromisso das equipas	controlo e normas

<i>a saída de uma grande faixa de especialistas para o serviço privado, há falta de especialistas e que estão a ser colmatadas com internos diferenciados e portanto as equipas são constituídas na sua grande parte por internos</i>	não renovação profissionais, compromisso das equipas	desempenho e mercado
<i>Houve uma remodelação do hospital de dia... um sistema de prescrição electrónica, as próprias enfermeiras também têm um sistema de prescrição electrónica e de registo [...]permitted standardizar as coisas, simplificar o sistema e planear melhor os esquemas de quimioterapia. A segurança dos doentes até acabou por melhorar</i>	maior disponibilidade serviço/material, maior qualidade tratamentos	
Ambiguidade		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>o facto de as carreiras estarem congeladas não só para os seniores e o facto de não existir grande abertura para a contratação de internos, do pessoal mais jovem, acaba por derrotar as expectativas de cada um [...]É assim o futuro é uma grande incógnita. Os colegas da especialidade que têm saído têm tido propostas de vários sítios...</i>	não renovação profissionais, falta perspectiva carreira compromisso das equipas	ambiguidade e identidade
Entrevista 150602-001		
Discurso	Conceitos	Temas
Segmentação		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>acho que o nosso único problema é que temos uma parte do staff que não trabalha. Por exemplo podíamos ter elementos que não trabalham, que não vão ao bloco e que não operam mas que no fundo colaboram de outra forma [...]a função pública tem esse problema que é um problema real que não havendo despedimento nem havendo rotação das pessoas através das várias unidades hospitalares é muito complicado... é muito difícil trabalhar assim quando há uma percentagem grande de uma equipa que não o faz</i>	compromisso equipas, compromisso profissionalismo	controlo e normas
<i>houve uma saída importante de um número de anatomopatologistas no hospital. Eles têm pressão assistencial muito grande, eu estou neste momento lá a estagiar, eles fartam-se de trabalhar mas não são suficientes</i>	não renovação profissionais, compromisso qualidade	desempenho e mercado
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>os doentes pedem-me para racionar a medicação que prescrevemos[...] -Ó doutora veja lá se eu preciso desses medicamentos todos, tente escolher os mais baratos, não se importa que eu compre genéricos? [...] os doentes têm mais dificuldade, mesmo em termos de transporte, noto que muitas vezes eles têm dificuldade em se deslocar ao hospital [...]mas acho que de facto os doentes, há doentes com pior qualidade de vida e as pessoas de idade muitas vezes têm problemas mesmo complicados</i>	compromisso social, compromisso equidade, médico como advogado doente,	identificação colectiva
<i>resultados anatomopatológicos, que às vezes podem levar até às 6 semanas a chegar [...] muitas vezes isso atrasa o início de tratamento de alguns doentes [...] quando temos a percepção que é um tumor mais avançado ou</i>	falta continuidade de cuidados, compromisso	complexidade e conhecimento

<i>quando é uma urgência em termos de diagnóstico. E eles tentam sempre aceder e priorizar nesse sentido</i>	qualidade, profissionalismo	
<i>Acho que nomeadamente por parte da Ordem uma relação mais apertada e do Colégio mais apertada da formação seria muito importante</i>	Compromisso formação, Regulação deficiente da Ordem	
<i>Adição ou partilha</i>		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>Eu acho que as condições de trabalho são boas, nós estamos a passar por um período complicado de três serviços a juntarem-se num só e não é fácil porque as formas de trabalhar são muito diferentes... Eu sinto-me feliz a trabalhar aqui</i>	satisfação profissional, disponibilidade serviço, material	partilha e redes sociais
<i>começámos a pensar mais em eficiência. Isso sem dúvida e mesmo em termos de internamento [...] tentamos que as altas sejam mais precoces e ser mais ativos no sentido de tentar reduzir o tempo de internamento [...] não lhe sei dizer se isso trouxe ou não mais reinternamentos, a minha sensação subjetiva é que sim, mas não lhe posso garantir que isso seja verdade...</i>	gestão empresarial, orientação dos doentes, compromisso qualidade	
<i>quando há um interno que vai fazer uma formação especializada fora do país habitualmente o hospital mantém a remuneração desse interno apesar de estar fora [...]E depois o Hospital [...] ainda nos dá três coisas extras que de facto são valiosas: dá-nos o suporte básico de vida, o suporte avançado de vida e o ATLS... Paga, oferece a todos os internos</i>	apoio serviço, apoio formação	
<i>Demarcação</i>		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>encerraram blocos operatórios, acho que se nota francamente na nossa formação enquanto internos, nota-se nas listas de espera, talvez não se note de uma forma direta [...] não consigo quantificar quanto é que a redução de dois blocos fez em termos de lista de espera mas o que lhe posso dizer é que nós operamos sem dúvida menos, isso não há questão</i>	controlo Estado na despesa, compromisso formação, compromisso equidade	oposição e conflito
<i>Houve um período que foi proibido pedir exames para fora do hospital e que o hospital não conseguia dar conta de todos os exames que pedíamos. E aí eu acho que houve doentes que foram de facto prejudicados, não tenho a mínima dúvida</i>	compromisso equidade, compromisso qualidade	
<i>Ambiguidade</i>		
<i>Do ponto de vista da remuneração baixou francamente, grande parte do que nós acabamos por receber vem de horas extras, não só pela junção dos serviços todos e pela reestruturação da urgência fazemos menos horas e</i>	controlo Estado na despesa, compromisso social	ambiguidade e identidade

<i>essas horas são pior pagas [...]tenho muitos colegas a quem essa diferença de ordenado, fez bastante diferença</i>		
<i>há falta de enfermagem... muitas das tarefas que deviam ser cumpridas por enfermeiros, neste serviço, são cumpridas por médicos [...] há uma dificuldade importante na contratação de enfermeiros. Acabamos por fazer tarefas menos diferenciadas e que acabam por nos ocupar parte do tempo em que poderíamos gastar a fazer outras coisas, nomeadamente investigação</i>	controlo Estado na contratação, compromisso profissionalismo, compromisso formação	
<i>acho que um jovem especialista quando sai não sai preparado para ser um cirurgião. É impossível. Pode estar mais preparado ou menos preparado numa área ou outra, mas de todo como um cirurgião completo [...]tenho noção que muito provavelmente a curto e médio prazo com as unidades a encolherem [...] acho que vai haver desemprego na cirurgia. Não tenho dúvidas em relação a isso[...] vão ter que pensar em emigrar ou então em fazer coisas alternativas</i>	compromisso formação, falta perspetiva carreira	
<i>está muito complicado para os jovens internos [...] Acho que a formação é cada vez mais desadequada, acho que os números com que nos saímos e a forma como o internato é pensado, ou não é pensado, torna o internato muito irregular</i>		
Entrevista 150602-003-004		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>Ora como em Portugal o seu emprego, gastarem muito ou gastarem pouco é igual, ninguém é avaliado por aquilo que faz, isto não tem saída. As pessoas gastam, pedem, fazem e acontecem e por muito que os diretores tentem impor limites isto não se consegue. Não há uma cultura de eficiência junto dos médicos, porque para eles é irrelevante. Ganham muito mal, ganham o mesmo, não saem do sítio onde estão, portanto...é igual</i>	controlo Estado na despesa, Estado como burocracia administrativa, controlo profissionais	controlo e normas
<i>em questão do compromisso dos serviços e do futuro, eu volto a dizer que tudo aquilo que se passa nos serviços e nos hospitais é um reflexo, a nível micro, daquilo que se passa em termos de política global a nível macro na área da saúde. Há uma notória falta – e isto a culpa é dos políticos</i>	controlo Estado na despesa, disponibilidade serviço, material, compromisso das equipas	
<i>“(exames complementares) é um problema multifactorial. O primeiro problema que há a montante, os doutores pedem exames a mais. Então a Imagem é uma brutalidade. Pedem exames a mais, coisas que não são necessárias</i>	compromisso profissionalismo, compromisso qualidade	
<i>há guidelines internacionais a dizerem que devem fazer TACs de tanto em tanto tempo, mas não há uma prova</i>	protocolos e guidelines,	

<i>científica de existir alguma validade. E as pessoas pedem. É óbvio que não deviam pedir</i>	compromisso qualidade	
<i>há desde sempre um subdimensionamento das áreas, nomeadamente imagiologia, em relação às necessidades dos hospitais, em termos de equipamento e de recursos humanos [...] A este subdimensionamento juntou-se um outro fator grave... que é a não renovação dos equipamentos</i>	compromisso serviço, compromisso das equipas	
<i>impactos futuros da situação atual e que se prende nomeadamente com a necessidade de renovação dos quadros humanos [...]distribuição etária do departamento e eu tenho, 47 ou 48% de médicos no departamento, no quadro, que têm 60 ou mais anos... acima dos 50, quase 90%... praticamente não tenho gente jovem [...]não temos conseguido contratar gente nova para assegurar o futuro</i>	Controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, compromisso das equipas	
<i>esse problema é particularmente crítico em especialidades muito técnicas porque são as especialidades em que a formação se prolonga para além do final do internato... a não contratação neste momento compromete não o presente mas compromete daqui a 10 anos</i>		
<i>este sistema monopolista, quase de inspiração comunista... não temos capacidade concorrencial com hospitais que sejam PPP ou sejam hospitais privados</i>		
<i>do fim do verão do ano passado até hoje, deveríamos ter admitido dois novos especialistas aqui nesta unidade e nenhum dos dois quis vir para cá. Uma porque foi para o Hospital de Vila Franca ganhar o dobro. Outra porque também ganhava mais no sítio onde estava e não quis vir para cá [...]neste momento é quase impossível recrutar serviços: urologia, cirurgia plástica, ortopedia é uma dificuldade, porquê? Porque a oferta exterior é de tal modo mais compensadora que as pessoas não querem.</i>	concorrência mercado, controlo Estado na contratação, compromisso equipas	desempenho e mercado
<i>nunca foi regulamentada as indicações corretas para fazer determinado tipo de exames e estou a falar dos “follow-up’s” e de muitas coisas parecidas e nunca foram feitas orientações internas nos hospitais</i>	protocolos e guidelines	
<i>Dizia uma pessoa com quem trabalhei nos EU que a despesa de um hospital está essencialmente na caneta do médico. Naquilo que ele prescreve e enquanto as pessoas não perceberem que a dependência do seu emprego está dependente daquilo que gastam não restringem</i>	gestão empresarial, controlo despesa, controlo profissionais	
<i>a pressão da indústria farmacêutica [...]os organismos que deviam, ou que deveriam, existir para regulamentar isto ou são inexistentes [...] o que é novo não é necessariamente melhor. Ou bom. Isso não é verdade [...]há um efeito que eu chamo, o “new kid on the block”... Ou seja, aparece uma droga nova para a mesma coisa e antes que se saibam os resultados desta nova droga, já apareceu uma segunda. E isto é saco sem fundo. Obviamente a segunda droga é sempre mais cara do que a primeira</i>	pressão/ concorrência mercado	
<i>o compromisso da inovação, e que não é da crise é uma coisa de muito detrás, prende-se à priori pela indefinição</i>		

<i>das missões dos diferentes hospitais. E depois a partir daí vem tudo em cascata</i>		
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>há efetivamente um problema ético, grave por detrás disto tudo, mas nós ao gastarmos muitos milhões num determinado medicamento inovador, mesmo que seja muito eficaz, para tratar 100 ou 200 doentes... nós podemos estar a comprometer o tratamento de outros mil ou dois mil doentes [...] Ninguém tem a coragem de dizer... que aquilo que se gastou ou está a gastar com a hepatite C, se o mesmo volume de dinheiro fosse utilizado noutras áreas, nas listas de espera cirúrgicas, por exemplo, quantos doentes é que seriam beneficiados [...]é uma escolha difícil e complicada</i>	pressão/ concorrência mercado, compromisso equidade	identificação colectiva
<i>se entendermos como serviço de saúde, um serviço social, não estamos a defender os melhores interesses da sociedade no seu conjunto como muitas das coisas que têm sido feitas. Médicos, políticos e jornalistas.</i>	controlo Estado na despesa, Estado como burocracia administrativa	
<i>centros de referência na área oncológica para a área de Lisboa que até hoje não teve resposta [...]não há coragem para aplicar aquilo que ali está. Que é claramente em benefício dos doentes, que necessitavam, era seguramente mais barato, pouparia muitos recursos, e por aí fora, mas não há coragem política de o fazer</i>	Estado como burocracia administrativa, compromisso da equidade	
Adição ou partilha		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>há pouco tempo o nosso presidente do Conselho de Administração numa sessão dizia que o hospital tinha gasto não sei quantos milhões em inovação. Aquilo a que ele se referia de inovação é de medicamentos novos que podem, sim ou não, ser inovação [...]os medicamentos que efetivamente trazem uma modificação importante no tratamento dos doentes são raríssimos. São muito poucos.</i>	apoio na inovação pela gestão	projeção no futuro
Demarcação		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>Porque ao introduzir pressão, stresse no sistema levou a que as pessoas tivessem que otimizar um conjunto de coisas... na realidade há áreas de desperdício, de excesso de horas extraordinárias, de menor eficiência na gestão de alguns recursos que tiveram que ser melhoradas. E portanto do ponto de vista da gestão dos serviços eu acho que os efeitos até foram benéficos</i>	Gestão empresarial, controlo despesa, Controlo profissionais	oposição e conflito
<i>o princípio errado de que todas as pessoas ganham igual dentro do sistema público de saúde leva a que há especialidades que são extremamente mal pagas: radioterapia, anatomia patológica [...]este sistema não pondo nunca em causa os seus princípios fundadores do Serviço Nacional de Saúde, o seu “modus operandi”, a forma</i>	Estado como burocracia administrativa, controlo Estado na despesa, compromisso das equipas	

<p><i>de funcionamento que foi instituída à época que se mantém até hoje, está profundíssima errada [...]no momento em que deixou de haver vacas gordas o sistema que estava profundamente errado trouxe todos os erros ao de cima</i></p>		
<p><i>hospitais como é este tenham funções de fim de linha e que tenha que ter características próprias e funções próprias porque a fúria massificadora, uniformizadora eu diria quase proletarizante que foi aplicado a todo o sistema, são todos iguais independente de serem bons ou maus [...]esta fúria massificadora, compromete por não definição do [...] que são as missões dos hospitais. Este hospital em concreto ninguém sabe bem qual é a sua missão</i></p>	<p>Estado como burocracia administrativa, compromisso da qualidade</p>	
<p><i>quando nós pretendemos desenvolver determinado tipo de programas dentro do hospital no sentido de lhe atribuir um carácter diferenciador dos outros, isso depois nunca é. É bloqueado e é bloqueado não só internamente porque são instruções que vêm de fora [...]Foi criado um bloco gigante para fazer cirurgia do ambulatório que custou 10 milhões de euros e que nunca foi aberto. Nunca funcionou. Está lá [...] capacidade física instalada para provavelmente fazer toda a cirurgia do ambulatório, ou quase, da área metropolitana de Lisboa</i></p>		
<p><i>É óbvio e eu já falei disto até com quem é responsável que se esta capacidade fosse posta a funcionar havia hospitais que não tinham doentes. Contrariamente àquilo que vem nas notícias e nos jornais, a nossa capacidade hospitalar em várias áreas é largamente excedentária</i></p>		
<p><i>E portanto o próprio poder não quer que aquilo que está instalado e pode ser posto a funcionar seja efetivado porque isso vai ter repercussões noutras estruturas ao lado e depois não sabem o que é que lhes hão-de fazer, ficam desempregados, não sei quê, depois fecha o hospital, depois vem a política, depois vem o jornalista... e não querem que se faça.</i></p>	<p>Estado como burocracia administrativa, compromisso das equipas, compromisso da qualidade</p>	
<p><i>Ao não definirem quais são as missões dos hospitais [...] não se consegue andar para a frente e depois começa a esbarrar porque não há uma definição de uma política de saúde [...]Exemplo típico, nós criámos aqui a consulta do pé-diabético. Não havia. Consulta multidisciplinar, etc. Quer-se dar o passo seguinte e fazer uma articulação com os centros de saúde até da nossa área... não se consegue. É uma dificuldade terrível [...] Quer-se criar um centro de trauma, não se consegue.</i></p>		
<p><i>Ambiguidade</i></p>		
<p>DIMENSÃO</p>	<p>Resistência e conflito</p>	
<p><i>Eu sou profundamente crítico do sistema de carreiras médicas que nós temos em Portugal... Sei que estarei muito</i></p>	<p>Estado como burocracia administrativa, Compromisso</p>	<p>ambiguidade e</p>

<i>isolado, não haverá muitas pessoas a pensar como eu, mas sou profundíssimo crítico nomeadamente não tanto na titulação... mas sim no preenchimento de lugares efetivos de trabalho [...]aí sou extraordinariamente crítico porque eu entendo que não é possível em organizações eficientes em que as pessoas têm lugares definitivos. As pessoas devem ter lugares durante um período x de anos, no fim dos quais são avaliadas e são substituídas ou não.</i>	do Profissionalismo	identidade
<i>sempre achei que o Serviço Nacional de Saúde em Portugal foi construído sobre a base de vencimentos miseráveis... a todos os profissionais do sistema de saúde [...]E foi à custa dessa miserabilidade dos vencimentos que se puderam fazer hospitais, comprar equipamentos, tudo isso era muito mais importante do que os recursos humanos.</i>	compromisso serviço, compromisso profissionalismo	
<i>e portanto não recrutamos os melhores... a partir de um determinado patamar económico, em que se sentem confortáveis, a partir daí já não mudam só por dinheiro, mudam essencialmente em torno de projetos. O problema neste momento é que nós estamos abaixo do patamar do conforto económico</i>	concorrência mercado, controlo Estado contratação, compromisso equipas	
<i>as pessoas com a crise, baixaram o nível das suas expectativas... Elas têm é menos. Têm menos qualidade profissional, têm menos qualidade de desempenho [...]tornaram-se mais tolerantes em relação aquilo que estava [...]Mas isto tem um limite também. Há um limite abaixo do qual as pessoas então começam mesmo a sentir-se desconfortáveis, sempre! E depois aí é quando há as grandes revoltas.</i>	falta perspetiva carreira, compromisso profissionalismo, compromisso qualidade	
Entrevista 150604-001		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO		Controlo e Desempenho
<i>em Agosto de 2011 que saiu uma norma do Ministro Paulo Macedo em que os hospitais eram responsáveis pela realização dos métodos de imagem... sobretudo de ecos e TACs [...] A partir dessa data foi o caos. Instalou-se o caos completamente. Porque ao serviço... chegam a chegar mais de 1000 pedidos das consultas externas de ecografias e tomografias computadorizadas, que não temos qualquer capacidade para realizar</i>	controlo Estado na despesa, compromisso profissionalismo, compromisso qualidade	controlo e normas
<i>Segunda situação, não há médicos. Gravíssimo. Porque é assim, nos últimos 4 anos, não entra ninguém. Nos últimos 4 anos não entra absolutamente ninguém [...]os internos que formamos vão-se todos embora, porque depois não podem ficar aqui e portanto estamos numa situação perfeitamente caótica</i>	controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, compromisso das equipas	
<i>mas temos só sete especialistas com idades para fazer bancos, de dia e de noite. O resto são especialistas, ou que já não fazem bancos de todo, ou que só fazem dias [...] somos os únicos que temos 24 horas de presença física</i>		

<p>[...] a partir já do fim de Setembro, tenho mais um especialista que deixa de fazer noites, a partir daqui a dois meses tenho outro que deixa de fazer dia ou noite. Ouça isto está, é uma situação muito, muito complicada.</p>		
<p>as listas de espera passaram para 3 e 4 e 5 e 6 meses e depois começou a haver então contratação ao exterior de Centros que faziam esses exames. [...]pessoal médico do serviço, nunca tivemos qualquer intervenção na adjudicação desses concursos, era tudo, foi tudo feito pelo Serviço de Compras, por um grupo de administradores hospitalares, e portanto como é óbvio o critério era o preço. O baixo preço [...]a recuperação das listas de espera. Que era feita fora do horário de trabalho, ao sábado, eram exclusivamente exames de doentes oncológicos [...]chegou um vogal novo, para esta administração, que achou que aquilo estava mal feito, que as regras não estavam corretas e não sei o quê, e ao fim de um ano, interrompeu-se tudo</p>	<p>Estado como burocracia administrativa, falta de continuidade de cuidados, contratualização serviços</p>	<p>desempenho e mercado</p>
<p>estamos outra vez completamente afogados em doentes... há bocado acabei de ver uma reclamação, que vem do gabinete do utente, do doente a dizer que se recusa a ir fazer uma ecografia para o sitio onde foi enviado porque já lá fez uma e as condições de higiene e atendimento, de odor e não sei quê... que não são admissíveis</p>	<p>contratualização serviços, compromisso qualidade</p>	
<p>Os exames vão para o exterior, e na Oncologia é fundamental que sejam feitas comparações, estudos comparativos... é nessas comparações que se baseiam as decisões terapêuticas dos oncologistas... Não fazem. Não fazem, dá muito trabalho, porque isso é que dá trabalho nos doentes oncológicos</p>		
<p>E noutros hospitais, quando há o problema da telemedicina, os doentes em vez de fazerem ecografias, por exemplo uma apendicite [...] uma colecistite, fazem TAC. O que também não faz sentido nenhum [...] (E depois às 8 da manhã estão lá) para discutir as imagens, porque não concordam e não sei quê</p>	<p>contratualização serviços, compromisso qualidade, compromisso serviço</p>	
<p>Temos duas angiografias, em fim de linha a ser utilizada pela neurorradiologia, a cirurgia vascular, a nefrologia, também fazemos angiografia, diagnóstica de membros, e terapêutica de fígados,</p>	<p>controlo Estado na despesa, compromisso serviço, material</p>	
<p>DIMENSÃO</p>	<p>Identificação e Tradição</p>	
<p>O que nos tem valido são os internos. Porque se não tivéssemos internos isto já tinha... já tinha rebentado completamente [...]</p>	<p>controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, profissionalismo</p>	<p>complexidade e conhecimento</p>
<p>A formação neste momento, nós já estamos a ser questionados pela Ordem porque há especialistas a menos para o número de internos. E portanto não sei, o que é que se vai passar no próximo ano, se eles vão dar internos ou não.</p>	<p>compromisso da formação, controlo OM</p>	
<p>os estágios são todos programados, eles têm aqui um acompanhamento para fazer estágios, eles têm os tutores,</p>	<p>apoio serviço, apoio formação</p>	

<i>mas a partir deste momento, não sei como é que vai ser.</i>		
Ambiguidade		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>Portanto, é um inferno. E sobretudo, passa-se na ecografia e na tomografia computadorizada, que são aos milhares, que chegam aqui por semana</i>	controlo Estado na despesa, Estado como burocracia administrativa, compromisso do serviço	ambiguidade e identidade
<i>além de que o equipamento todo de radiologia convencional, as mesas de... está tudo, está tudo em fim de tempo, percebe? E não temos qualquer hipótese de renovação... Portanto eu acho que isto está tudo muito mau!</i>	Controlo Estado na despesa, compromisso serviço, material	
Entrevista 150604-001		
Discurso	Conceitos	Temas
Segmentação		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>os ecógrafos que não estão atualizados... e depois os outros (os computadores)... são os que nos impedem mais o aumento da produtividade. Às vezes uma pessoa para fazer um relatório, tem que mudar de andar</i>	compromisso serviço, material, compromisso qualidade	controlo e normas
<i>cada vez existe mais pressão sobre os profissionais para fazer mais trabalho... com grande esforço por parte dos profissionais... e que não sabem fazer outra coisa senão tratar os doentes [...]alguns equipamentos precisam por vezes de reparações/manutenções que é adiada e portanto o trabalho é feito com o dobro do esforço</i>	controlo Estado na despesa, compromisso serviço, compromisso profissionalismo	desempenho e mercado
<i>talvez a única parte positiva que eu vejo até agora na crise é que as pessoas começaram a ficar muito mais disponíveis para procurar outras alternativas... e alguns procuraram-nas [...] Ou seja, saíram dos sítios onde trabalhavam mas não foram substituídos por ninguém. O trabalho que existe continua a ser feito pelos que ficam e cada vez ficam menos, mas as exigências são as mesmas</i>	concorrência mercado, compromisso equipas	
<i>Acontece que, como não há capacidade para fazer os exames, eles são feitos fora. Talvez não tenham é a informação relativamente aos casos clínicos que são avaliados e portanto... entra um exame para ser feito esse exame é feito e sai do outro lado com um relatório. Está feito o exame [...]Partimos do princípio... que as imagens possam ser iguais o que nem sempre acontece, a interpretação delas é igual. Mas não é. Isso depende da experiência</i>	contratualização serviços, compromisso qualidade	
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	

<i>a formação continua com mais esforço dos médicos que ficam. É sua responsabilidade formar as gerações futuras, nem que seja por um ponto de vista egoísta que amanhã vamos precisar [...]A produção se mantém, mas eu insisto que é com grande esforço dos profissionais...</i>	compromisso serviço, compromisso das equipas, compromisso formação	complexidade e conhecimento
<i>é fundamental haver uma hierarquia e essa hierarquia tem que ser compensada à medida que os profissionais vão evoluindo na sua diferenciação, deve ser compensada...</i>	carreiras, progressão	
Adição ou partilha		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>os equipamentos mais pesados eles foram renovados há relativamente pouco tempo, não sei se já há mais de 5 anos... estou a falar de ressonâncias e tomografias computadorizadas</i>	disponibilidade serviço, material	partilha e redes sociais
Ambiguidade		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>é com grande esforço da parte dos profissionais que também penso que estão a atingir o limite... cada vez estão mais desmotivados [...] os profissionais dos vários grupos tentam sempre que as coisas corram. Agora, não é possível . Aquela coisa de fazer mais com menos acho que não existe</i>	compromisso serviço, material, desmotivação	ambiguidade e identidade
<i>Com telefonemas a receber ao mesmo tempo, com doentes deitados para fazer exames, e depois vai-se embora um exame (relatório) que nós já fizemos. Quer dizer, isso é impossível a pessoa manter a sua concentração.</i>		
<i>do ponto de vista do estatuto... As carreiras são fundamentais... eu acho que estão paradas no mínimo há 10 anos, no mínimo [...]Jacaba por não haver pirâmide nenhuma, porque todos fazem tudo, existe um diretor ou um chefe e depois os outros são mais ou menos todos iguais. Não sendo, porque os profissionais entre si...conseguem fazer a distinção do posicionamento</i>	carreiras, problemas progressões, falta perspectiva carreira	

Fontes: Entrevistas 140407-001, 140407-002, 140512-003, 140512-004, 140512-005, 140514-001, 140514-004, 140514-005, 140716-003, 150519-001, 150519-002, 150602-001, 150602-003-004, 150604-001, 150604-003.

Quadro 4.10. Análise das dimensões, temas e mecanismos associados expressos no discurso dos profissionais de enfermagem dos hospitais do grupo D e do grupo E.

Profissionais de enfermagem dos hospitais do grupo D e do grupo E

Entrevista140407-003		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>tinha a noção que os hospitais às vezes não tinham esse controlo, não havia indicadores. Nomeadamente trabalho extraordinário, quando entendíamos que era necessário recorrer a recursos extra... esta falta de planeamento também imperou</i>	controlo Estado na despesa, controlo profissionais	controlo e normas
<i>O problema é depois ver sair [...] enfermeiros da unidade, que depois não são repostos. Não são repostos à luz de rentabilização dos recursos, porque os enfermeiros estão fazendo 40 horas... cada conjunto de 7 pessoas fazem um horário de... não é para despedir ninguém, como é evidente mas é para termos menos pessoas a trabalhar</i>	compromisso profissionalismo, compromisso equipas	
<i>as ausências, o nº de folgas são mais reduzidas, não é? E... e isso está mais que estudado, não é? Que os profissionais a trabalhar mais horas, os riscos, os riscos de erros são maiores.</i>	compromisso qualidade, compromisso equipas	
<i>acho que neste momento o que eu sinto como positivo... começam a surgir mais indicadores. Hoje eu sei quanto é que esta unidade gastou, e percebo que perfil de doentes é que nós tivemos e se isso está relacionado com alguns cuidados que foram prestados. E isso leva a que nós possamos perceber alguns desvios que possam estar a ocorrer</i>	gestão empresarial, gestão material, serviço	desempenho e mercado
<i>Adição ou partilha</i>		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>esta situação de crise... penso que pode ajudar a reestruturar algumas coisas. A noção de que o dinheiro chegava para tudo... havia algum esbanjar... não havia necessidade de controlo e eu acho que o controlo é fundamental em qualquer organização</i>	gestão empresarial, controlo despesa	partilha e redes sociais
<i>Ambiguidade</i>		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>essa é a crise que me preocupa mais neste momento a nível dos serviços de saúde. Porque isso tem reflexos na pratica dos cuidados aos doentes</i>	compromisso serviço, material, desmotivação	ambiguidade e identidade
<i>a nível dos enfermeiros oiço todos os dias, reclamações, descontentamentos por tudo... as pessoas sentem-se desmotivadas porque lhe foi aumentado a carga de trabalho semanal, sem qualquer tipo de remuneração. E além</i>	controlo Estado na despesa, desmotivação profissionais	

<i>disso, cortaram-lhe ainda no vencimento. Portanto as pessoas foram duplamente penalizadas</i>		
<i>e esta dualidade nos hospitais e nas EPEs em que lidamos com vários tipos de contratos, os funcionários públicos, os contratados... tratados de maneira diferente, é muito desmotivador</i>	contratualização serviços, desmotivação	
<i>relatório que saiu sobre os centros de referência... não sei o que é que vai acontecer aos hospitais... parece que vai haver uns hospitais de ponta... e depois os outros que fazem aquelas pequenas coisas, menos gratificantes...</i>	compromisso serviço, falta perspectiva carreira	
<i>nós temos profissionais e enfermeiros altamente motivados a fazer cursos, mestrados, doutoramentos, em várias áreas, e depois na prática, para os cuidados isso tem valorização quase zero [...]Porque não damos oportunidade às pessoas e as próprias instituições não valorizam isso aos profissionais, é difícil, é complexo... Mas não há concursos, a enfermagem está tudo parado, não é.</i>	carreiras, problemas progressões, falta perspectiva carreira	
<i>as pessoas que aqui estão, gostam de estar cá... Porque há um grupo de enfermeiros muito antigo nestes serviços. É um grupo...eles já se estão questionando... mas tu queres ir para onde?... Tu achas que é melhor do que aqui, onde?... mas tu estás descontente? Mas tu pensas que vais encontrar isso aonde? Melhor do que aqui?...</i>	compromisso profissionalismo, desmotivação	
Entrevista 140409-001		
Discurso	Conceitos	Temas
Segmentação		
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>no contexto profissional tenho feito algum percurso aqui, investi numa especialidade, investi num projeto para o serviço que felizmente também nos foi dada essa oportunidade</i>	aposta formação, profissionalismo	complexidade e conhecimento
<i>estes contextos de crise são bons, são bons porque obriga as pessoas a abanarem, obriga as pessoas a saírem da sua zona de conforto, obriga a nós irmos procurar realmente o que é que são as nossas motivações [...]Jou vou ficar à espera que alguém de fora reconheça as competências ou eu vou demonstrar na minha prática profissional quais é que são as minhas competências de forma a que os meus pares reconheçam e em conjunto possamos crescer</i>		
<i>as pessoas neste momento andam muito dispersas... mas acho que quando é apresentado algo que seja consistente e que seja bem justificado... acho que há uma adesão, as pessoas vêm isso também na prática... nós conseguimos mostrar através do desempenho das nossas competências o que é que podíamos ser de mais-valia para o serviço e para os colegas</i>		
Adição ou partilha		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	

<p><i>acho que se eu trabalho as 40 horas eu tenho que justificar as 40 horas e mesmo que eu trabalhe mais eu tenho que justificar porque é que trabalho mais... porque só assim é que eu posso dizer que podemos mudar alguma coisa, ou que podemos melhorar [...]relação entre o chefe e os enfermeiros mais direta, e isso posso dizer que foi uma vantagem... é uma pessoa aberta e é uma pessoa que também percebe realmente o desenvolvimento do próprio serviço e dos próprios profissionais</i></p>	<p>promoção serviço, profissionalismo, apoio do serviço</p>	<p>partilha e redes sociais</p>
<p><i>Ambiguidade</i></p>		
<p>DIMENSÃO</p>	<p>Resistência e conflito</p>	
<p><i>este projeto na área da reabilitação implicava nós ganharmos menos, implica não sermos reconhecidos em termos remuneratórios como especialistas [...]há pouco tempo, por acaso, devido ao volume de horas e às pessoas que estão de baixa não há esta possibilidade, e isso é que me desmotiva [...]apostarmos um pouco naquilo que gostamos de fazer e depois a certa altura percebemos que pelo contexto que não é possível</i></p>	<p>compromisso profissionalismo, falta perspectiva carreira</p>	<p>ambiguidade e identidade</p>
<p><i>Eu já faço 40 horas desde que comecei a trabalhar. Em termos de serviço noto que isso foi uma grande diferença, uma grande diferença para as pessoas que se sentem desmotivadas... porque têm de trabalhar mais e não são remuneradas por isso [...]vou-me deixar andar ou vou fazer o mínimo indispensável porque me estão a obrigar a trabalhar mais, isto nós não conseguimos sequer transmitir para a parte da administração... o que é que isso reflete na nossa vida</i></p>	<p>controlo Estado na despesa, compromisso profissionalismo, desmotivação</p>	
<p><i>há uma grande percentagem que estava a 35 e que passou para 40 horas. E falamos de elementos com alguns anos de serviço... e percebo que isso influenciou muito a relação, influenciou muito os cuidados pela desmotivação pessoal e pela desresponsabilização sobre o nosso profissionalismo [...]as pessoas acabam por já não querer fazer tantas noites... as pessoas começam a dar valor a outras coisas. As pessoas se calhar dão mais valor ao facto de poderem estar com a família... ou a dar outro suporte lá fora e já não há tanto este empenho profissional... há um decréscimo do empenho profissional.</i></p>		
<p><i>na área de enfermagem... mais desmotivante é o facto de as pessoas não se fazerem valer das suas mais-valias. Essa situação de congelamento e progressão da carreira, as pessoas acabam por estar sempre à espera de uma resposta, à espera de algo</i></p>	<p>carreiras, falta perspectiva carreira, desmotivação</p>	
<p><i>hoje em dia há muita situação da emigração, os enfermeiros estão todos a emigrar</i></p>		
<p>Entrevista 140409-002</p>		
<p>Discurso</p>	<p>Conceitos</p>	<p>Temas</p>
<p><i>Segmentação</i></p>		

DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>trabalho aqui há 10 anos e noto alguma diferença. Material... há uns anos atrás havia sempre em stock e agora o hospital não paga, o fornecedor não dá e não chega cá ao serviço</i>	compromisso serviço, material	controlo e normas
<i>alguns projetos que queríamos desenvolver no serviço não é possível porque os elementos que saíram não foram substituídos... não permite é o desenvolvimento de alguns projetos [...] nós deveríamos incidir mais era nos ensinamentos, estar mais com o doente, às vezes não é possível pela quantidade de trabalho que tenho</i>	controlo Estado na despesa, compromisso equipas, compromisso profissionalismo	
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>eu noto é que... o doente está diferente, o doente internado está mais complexo... (com a cirurgia de ambulatório) o grosso do doente ficou bastante mais complexo, requer também da nossa parte mais horas [...]há sempre coisas que não se consegue fazer.</i>	compromisso social, responsabilidade do profissional perante o doente	identificação colectiva
<i>a nossa chefe atualmente tem tentado incutir em nós o bichinho de desenvolver... pessoalmente e profissionalmente [...]Competências profissionais. Eu falo por mim, já quis muito, já procurei, sempre que posso tenho um, dois alunos em estágio comigo, participo com a ESEL, com a Egas Moniz, com as escolas que fazem cá estágio conosco</i>	Estímulo das chefias, aposta formação, profissionalismo	complexidade e conhecimento
<i>Adição ou partilha</i>		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>mais preocupação com a duração do internamento... dietas dos doentes não havia controlo, agora o programa das dietas faz com que se controle um bocadinho... para evitar sobras e lixo</i>	gestão empresarial, controlo despesa	partilha e redes sociais
<i>Tenho colegas que acho que não vou encontrar noutra instituição. O que falta... é a falta de organização em termos administrativos. Às vezes há coisas podiam correr melhor se tivessem em retaguarda mais organizadas.</i>	controlo Estado na despesa, apoio do serviço, disponibilidade profissionais	
<i>Ambiguidade</i>		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>o descontentamento é acima de tudo a ver com a remuneração... as minhas colegas da função pública terem passado das 35 para as 40 horas não remuneradas, a falta de motivação... isto é tudo um bolo que aliado à crise não ajuda no desenvolvimento de qualquer projeto...</i>	controlo Estado na despesa, desmotivação	ambiguidade e identidade
<i>Como especialidade não tenho motivação. É caro, despende em termos de tempo pessoal, profissional... tenho uma filha – esta parte familiar também conta muito [...]em termos de estágio também é complicado, não nos dão horas do serviço, tem de ser sempre extra [...]</i>	carreiras, falta perspectiva carreira, desmotivação	

<i>Mesmo da própria profissão. Eu acho que o mal, não é do sindicato é a nossa Ordem, é mesmo assim. Sim não é só a crise, claro que se o ordenado não tivesse reduzido tanto seria mais fácil</i>	controlo Estado na despesa, regulação deficiente Ordem	
Entrevista 140512-001		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>senti a diminuição dos recursos, senti a pressão relativamente a todo o material clínico e não clínico... também vejo benefícios nesta crise [...]esta crise nós ainda não conseguimos saber quais são as repercussões que vai ter mais além, mas de uma coisa eu neste momento parece-me ter noção: acho que se precipitou uma prescrição electrónica... no sentido de dizer que parece que andou mais depressa, houve aqui algo que teve de impulsionar</i>	controlo Estado na despesa, compromisso das equipas, compromisso serviço, material	controlo e normas
<i>tive, especialmente em ambulatório (doentes à espera de medicamentos)... antes nós dávamos para dois meses, agora damos para 15 dias. Bem sei que é exigente para quem tem que vir buscar a medicação</i>	controlo Estado na despesa, compromisso da equidade	
<i>Para quem estava no hospital há tanto tempo foi muito doloroso ver sair profissionais que eram a nossa referência [...]Estamos a falar de profissionais, alguns deles até com quem tivemos o privilégio de abrir a organização... há uma saída de referência, de conhecimento, uma ausência de apoio de quem fica e precisa dessa referência e desse conhecimento e ele deixa de existir</i>	controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, compromisso do serviço	
<i>há muito tempo percebíamos que tínhamos ineficiências [...] A prescrição electrónica era urgentíssima, o pedido de exames eletronicamente era fundamental, o sistema de apoio à prática de enfermagem era algo que tinha que acontecer... era óbvio que nos tínhamos que ter NOCs</i>	gestão empresarial, protocolos e <i>guidelines</i>	desempenho e mercado
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>Sinto em várias perspectivas: sinto a perspectiva do doente que nos chega e que vive uma crise lá fora financeira, social, psicológica com o seu âmbito familiar que a doença veio a agravar e isso é algo que sentimos muito [...]traz-nos famílias abatidas psicologicamente e só à posteriori entendemos as suas dificuldades financeiras [...]é uma comunidade curta de recursos, ou pelo menos não tem disponíveis todos aqueles que nós precisamos</i>	compromisso social, responsabilidade do profissional perante o doente, ausência resposta da comunidade	identificação colectiva
<i>Adição ou partilha</i>		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>tivemos que ser criativos aqui, tentar adequar cumprindo sempre a legislação [...] tenho ainda muita gente a prestar serviços noutras organizações, que ainda consegue apesar da crise... estamos a falar de profissionais</i>	controlo Estado na despesa, apoio do serviço, profissionalismo	partilha e redes sociais

<i>muito experientes, de pessoas que têm uma experiência longa e que são realmente empenhados. Eu tenho uma excelente equipa e depois isto reflete-se também o seu desempenho fora da organização</i>		
Ambiguidade		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>sentimos como profissionais... esta fase e estas dificuldades lhes traz acréscimos de dificuldades na sua vida pessoal e profissional... profissionais que vivemos com a sua procura de trabalho noutras instituições... têm necessidade de dar as suas competências e o seu trabalho noutras organizações</i>	controlo Estado na despesa, compromisso pessoal, social	ambiguidade e identidade
<i>(imposição das 40 horas) Há uma pequenina revolta no meio de tudo isto, claro que sim... pessoas trabalhar mais ao mesmo preço, não é fácil. As pessoas tiveram aqui descontentamento... vem de cima porque o hospital desculpa-se com a tutela</i>	Controlo Estado na despesa, compromisso equipas, compromisso profissionalismo	
Entrevista 140512-002		
Discurso	Conceitos	Temas
Segmentação		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>Não tanto na crise económica que nos diminuiu o material, nós acabamos por substituir, há coisas que não temos disto, temos outra e substituí, no do pessoal não. Nesse não substituí e é aí que se sente mais [...] porque as pessoas estão mais cansadas fisicamente também o que leva a uma menor segurança [...] Não contratam. Atualmente não se está a contratar... daí a grande diminuição de pessoal... ficámos a trabalhar no limite mínimo</i>	controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, compromisso do serviço	controlo e normas
<i>muita gente se queixa da instituição às vezes queixam-se sem razão. Outras vezes má sorte. Sei que há coisas que não funcionam bem, digo sinceramente, há coisas que eu não gosto de ver, há coisas que me chocam, quer no serviço, quer fora do serviço.</i>	controlo Estado na despesa, compromisso equipas, compromisso qualidade	
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>aqui sempre tivemos incentivo para a formação, mas sempre foi feita [...] do nosso tempo pessoal. Claro que agora temos mais dificuldade para a fazer, mas sempre foi feita do nosso tempo pessoal</i>	esforço para motivação pessoal, profissionalismo	complexidade e conhecimento
Demarcação		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>O pessoal agora diz: mas vamos ser avaliados como e para quê?... fizemos uma primeira formação, alguns elementos [...] esse vai ser outro stress para a equipa</i>	Estado como burocracia administrativa, compromisso	oposição e conflito

	profissionalismo	
<i>Ambiguidade</i>		
<i>a crise está a ser sentida a vários níveis. Não só a nível económico, a nível material, a nível dos profissionais depois disso vai-se repercutir a nível dos sentimentos, das relações [...]se alguém falta porque está doente, essa pessoa não é substituída por outra, é substituída por horas que os outros elementos têm que fazer a mais e isso vai dar o tal cansaço físico e mental e leva a um desgaste psicológico... a própria relação entre elas, acaba por se deteriorar. É desgastante. Muito desgastante</i>	controlo Estado na despesa, compromisso profissionalismo, desmotivação	ambiguidade e identidade
<i>As pessoas acabam por estar insatisfeitas porque estão cansadas... porque fartam-se de trabalhar e não sentem o reconhecimento ou porque há falta de material e não têm para trabalhar, mas não é propriamente na falta do material é mesmo na falta do pessoal [...] o pessoal é retirado, não há ninguém para substituir, as pessoas cansam-se. O trabalho é o mesmo, trabalham mais horas sentem-se mais cansadas</i>	compromisso equipas, compromisso profissionalismo, desmotivação	
<i>(carreiras) todo o mundo está insatisfeito porque não tem progressão, farta-se de trabalhar, trabalhar, trabalhar e não passa ...</i>	falta perspectiva carreira, desmotivação	
<i>No entanto, continuo a dizer, há muita coisa que corre mal. Eu acho que às vezes tem a ver com o próprio brio das pessoas, elas próprias não têm brio profissional. Não quer dizer que eu não erre como toda a gente</i>	Desmotivação, Compromisso qualidade	
Entrevista 150602-005		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>crise diminuiu as quantidades a todos os níveis, o que fez com que as pessoas racionalizassem e pensassem melhor onde é que eu vou gastar isto, onde é que eu vou gastar aquilo [...] Há uma série de material, seringas, sistemas... e que não é eficaz no doente... já compromete aqui a segurança e os cuidados de saúde desde a crise</i>	controlo Estado na despesa, compromisso serviço, compromisso qualidade	controlo e normas
<i>o rácio de enfermagem aos fins-de-semana nunca esteve correto... Mas também não o diminuíram, ainda mais</i>	controlo profissionais	
<i>a exigirem avaliações de desempenho que pertence a uma Função Pública, que não pertence a contratos individuais de trabalho, e que tanto faz, fazer como não fazer, não sai de igual ganha-se os mil euros</i>	controlo Estado na despesa, compromisso do profissionalismo	
<i>as pessoas têm que gerir melhor os recursos que têm [...]Sou uma pessoa que tanto trabalhou no público como no privado, e no privado funciona muito bem, ou seja, é uma gestão exemplar. É contabilizado o material à perfeição... no público não é assim</i>	gestão empresarial, pressão/ concorrência mercado	desempenho e mercado

<i>fins-de-semana e feriados parece que há menos doentes, e aí diminuem os rácios todos. Ao fim-de-semana é uma exploração, sinceramente chego ao sábado e ao domingo, chego aos feriados e reduzem os elementos, quer auxiliares, quer enfermeiros [...]Mas noto perfeitamente que não se pode ficar doente... noto muito que os enfermeiros têm medo de faltar, que são logo reprimidos por faltar por doença, e vêm para aqui a maior parte dos meus colegas, a arrastar-se doentes e vêm trabalhar.</i>	gestão empresarial, compromisso profissionalismo, compromisso qualidade	
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>tenho vontade de continuar a estudar, e tenho vontade de não parar no tempo... E tem que ser sempre através dos meus meios, eu pagar os cursos todos, e isto leva à questão do emigrar</i>	falta perspectiva carreira, profissionalismo	complexidade e conhecimento
<i>Adição ou partilha</i>		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>Agora falta de material, propriamente dito, aqui no meu serviço, não noto que haja falta de material...</i>	disponibilidade serviço, material	partilha e redes sociais
<i>Demarcação</i>		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>E isso é comunicado às chefias, as chefias veem que não é seguro, mas é mais barato, e gastamos muito mais... trocamos uma vez e trocamos duas, trocamos três e é um gasto infundável</i>	Estado como burocracia administrativa, compromisso profissionalismo	oposição e conflito
<i>Ambiguidade</i>		
<i>(cuidados aos fins-de-semana) como é que podem pedir os mesmos cuidados, de excelência ou de qualidade, com este tipo... e os próprios doentes são os primeiros a aperceberem. Nós dizemos não conseguimos levantar, não conseguimos chegar aí, não conseguimos, temos de priorizar, isto é mesmo assim, conforme os recursos temos de priorizar... mas isto é uma coisa que não é da crise... isto tem sido assim.</i>	compromisso serviço, compromisso qualidade, legitimidade externa	ambiguidade e identidade
<i>(Carreira) Uma grande frustração, desilusão... quer tenha um mestrado ou especialidade, como não tenha nada, como sendo bom profissional, como seja mau profissional [...]Jeu tenho uma especialidade, e tenho um mestrado, e não sou reconhecida como tal, nem como licenciada sou reconhecida [...] Não temos funções, para além de enfermeiro generalista... exigem mais de nós, e não somos reconhecidos como tal. Nem monetariamente...</i>	falta perspectiva carreira, desmotivação	
<i>uma pessoa investe, e é frustrante [...] por mais gosto que eu tenha pela profissão, que eu adoro a minha profissão e faço formação no serviço [...] acho que a carreira de Enfermagem está parada</i>		
<i>em termos de condições de equipa, as pessoas noto-as muito desmotivadas... sem brio profissional [...] as pessoas</i>	controlo Estado na despesa,	

<i>estão desmotivadas, não têm interesse pela formação... fazem os cuidados básicos, e não estão para se chatear muito, fazem o que têm que fazer, sem brio</i>	desmotivação profissionais	
Entrevista 150602-006		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>Compra-se material mais barato em determinado produto... que inicialmente éramos nós que decidíamos na comissão de escolha... Nós decidíamos era aquele material bom, era o bom, agora não [...]verifiquei que havia alguns dispositivos que não implicam a vida de ninguém, mas implicam sobretudo a utilização de maior material, fica no fundo mais caro.</i>	controlo Estado na despesa, compromisso qualidade	controlo e normas
<i>A nível de pessoal, das pessoas, dos profissionais, nomeadamente aqueles que eu lidero, que são os enfermeiros e os auxiliares houve de facto um grande corte, houve um grande corte...</i>	controlo Estado na despesa, compromisso das equipas	
<i>Tem a ver muito com as unidades de continuados de facto há uma certa... percebe-se nitidamente que há falta de camas. Nós aqui também não podemos ter as pessoas, porque reduzimos bastante...houve uma redução muito grande das camas de cirurgia também</i>	controlo Estado na despesa, compromisso serviço, falta de continuidade de cuidados	
<i>temos muita gente a sair e têm sido substituídas sim, não é verdade que as pessoas não são substituídas, são. É evidente que precisaríamos de muitos mais recursos para um serviço com esta dimensão e com uma tipologia de doentes mais grave [...]Pedem-se algumas horas extraordinárias e isso tem sido feito, não tenho qualquer objecção do conselho de administração passando pela minha diretora, não de modo algum, são devidamente justificadas, como é óbvio e em primeiro lugar estão os doentes</i>	gestão empresarial, renovação profissionais, contratualização extra	desempenho e mercado
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>o material não é bom pode não chegar ao doente a terapêutica e isso eu não quero, porque depois traz reclamações... os enfermeiros que têm que fazer mais mudanças, as mudanças também não são boas por causa das infeções</i>	controlo Estado na despesa, compromisso qualidade, problema legitimidade externa	identificação colectiva
<i>As altas eram dadas muito difíceis, temos sempre que ter assistente social, muita gente a exigir transporte para casa, pessoas que andam que se movimentam lindamente [...]mas tentamos orientar as pessoas no bom sentido, no sentido de eles terem apoios: olhe, venham cá contra tudo e contra todos, venham cá que a gente ajuda se precisam [...] Então as pessoas sentem-se abandonadas e a família também abandona. Ou seja, a família delega em nós uma responsabilidade que é deles.</i>	compromisso social, responsabilidade do profissional perante o doente	

<i>antigamente iam ali à clínica do lado, ao privado do não sei quando, no outro dia já cá estavam os exames. Agora não. E via-se muitos desta clínica, daquela, daquela... traziam os saquinhos com as respetivas TACs ou fosse o que fosse, análises. Agora não. É o SNS. E digo-lhe mais não são pessoas só com recursos económicos menos, são pessoas de média e de média alta...</i>		
<i>Agora nota-se nas pessoas uma certa agressividade, uma agressividade maior. Claro que as pessoas estão mais bem informadas, mas uma agressividade maior no contacto. “Mas o meu pai tem alta já?!”. Fazem-nos a pergunta direta. Sim, alguma agressividade.</i>		
<i>Uma coisa não se pode admitir é que as pessoas não deixam de cuidar os doentes devidamente. Outra coisa que se nota que a sociedade também se demitiu, nomeadamente os doentes que vêm do domicílio e de lares por falta de recursos humanos, por falta não, por carência, por diminuição [...]O que não se via há muitos anos é algumas anquiloses e algumas úlceras de pressão</i>	compromisso social, compromisso equidade, compromisso qualidade	
<i>A nível de doentes nota-se, a nível da população em geral... nós devemos tratar os doentes com todo o respeito e com todo o rigor, porque amanhã somos nós... é uma obrigação de todos nós e devíamos tratar as pessoas não como uma sobrecarga mas como um valor acrescentado [...]A saúde para mim é um investimento [...] mas nunca mandamos um doente para casa, abandonado</i>	profissionalismo, apoio serviço	complexidade e conhecimento
<i>É mais uma missão se a hei-de fazer noutro sítio também a faço aqui. Todos nós precisamos de dinheiro, vivemos com isso mas também temos que ter algum brio e eu, pessoalmente, penso que tenho algumas responsabilidades, estou cá há 37 anos.</i>		
<i>Adição ou partilha</i>		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>eu tenho felizmente uma boa relação com as pessoas e tenho que mantê-la, eu tenho antes de tudo eu tenho que respeitar as pessoas para me respeitarem a mim. E é uma boa relação, com os financeiros, com a gestão, com a aquisição de materiais, nunca tive problema nenhum</i>	promoção serviço, profissionalismo	partilha e redes sociais
<i>Eu tenho de servir de motor, arranjar estratégias como qualquer pessoa em qualquer empresa. Para arranjar estratégias e dizer eu acredito em vocês... vocês são capazes, vocês ultrapassaram, vocês conseguiram, vocês ultrapassaram a mudança. Ainda há muita resistência passiva e por aí fora</i>		
<i>Estas coisas que se vão dizendo: olha sai um bocadinho mais cedo, aquela pessoa vai de férias faço tudo para lhe dar mais dois ou três dias, se possível dar-lhe uns feriados que as pessoas têm acumulado</i>	profissionalismo, apoio serviço	
<i>Se entra num domingo, na segunda-feira de manhã dou a volta, chamo a assistente social vemos se está num lar,</i>	gestão empresarial,	

<i>se tem apoios... é evidente que a gente não quer o doente cá, mas pode complicar com as comorbilidades que tem, a idade muito avançada mas fazemos logo essa análise [...] A assistente social vai ver porque é um elemento chave na equipa</i>	orientação dos doentes	
<i>Ambiguidade</i>		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>aos enfermeiros chefes e a muitas outras pessoas tiraram as 42 horas, foi uma quebra enorme para além de tudo o resto. Não há promoção na carreira, não há progressão, desmotiva as pessoas</i>	carreiras, problemas progressões	ambiguidade e identidade
<i>tenho uma jovem no IPO, fez uma pós-graduação nessa área de ostomia e está lá a fazer um estágio de 5 dias e contra todos os mares e marés, também há muito absentismo porquê, porque as grávidas estão uma média de 11 meses em casa e são muitas. É uma população muito jovem. Portanto temos muitos direitos, a população tem mais direitos do que deveres a maior parte das pessoas</i>	Estado como burocracia administrativa, compromisso do profissionalismo	

Fonte: Entrevista 140407-003, 140409-001, 140409-002, 140512-001, 140512-002, 150602-005, 150602-006.

Quadro 4.11. Análise das dimensões, temas e mecanismos associados expressos no discurso dos profissionais farmacêuticos dos hospitais do grupo D e do grupo E

Profissionais farmacêuticos dos hospitais do grupo D e do grupo E		
Entrevista 140430-001		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>Um ângulo muito prático tem que ver com processos e procedimentos que entretanto foram implementados um pouco “troiquianos” e que tem que ver basicamente com a lei dos cabimentos e compromissos</i>	controlo Estado na despesa, centralização	controlo e normas
<i>a legislação retirou aqui alguma almofada de segurança. Os próprios fornecedores não podem fornecer ao hospital se não tiverem esse tal número de cabimento e compromisso [...]era uma almofada de segurança interessante para situações de ruptura, situações de emergência... que nos dava a possibilidade de um momento</i>	controlo Estado na despesa, imposição legislação, compromisso serviço, material	

<i>quase para o outro conseguir ter material, no caso de produtos farmacêuticos, de uma maneira muito rápida e agora a legislação no fundo bloqueia esta ligação</i>		
<i>essa fronteira está a aproximar-se e existem situações de quase de bloqueio. Ou seja, não temos dinheiro para os próximos 2 ou 3 dias, não peçam, temos que só no próximo mês é que podemos tornar a... portanto as coisas estão a ficar um bocadinho à pele [...] temos nestes hospitais cerca de 80% dos medicamentos são consumidos em doentes que estão fora do hospital, doentes que estão em ambulatório e portanto se nós tirássemos isso o mercado hospitalar em consumo hospitalar o consumo está a decrescer</i>	controlo Estado na despesa, compromisso serviço, falta de continuidade de cuidados	
<i>gestão de equipa o que é que temos: pessoas a trabalhar mais horas, a ganharem menos, pessoas a não serem substituídas, temos um desgaste [...]quando nós temos menos recursos e temos que fazer a mesma coisa não há milagres... Sobrecarregamos as pessoas, há procedimentos ou processos secundários de controlo que podem não ser feitos porque há prioridades [...]O caso mais espetacular no sentido de mediático foi a situação do Santa Maria onde de repente ou de um dia para o outro ou depois da situação o caso dos serviços farmacêuticos passaram a ter três vezes mais pessoas a trabalhar nalgumas áreas.</i>	controlo Estado na contratação, compromisso equipas, compromisso qualidade	
<i>ultimamente o que se nota de facto... havendo menos pessoas em todos os serviços há sempre aquelas coisas que vão ficando...agora não tem tempo de ver uma coisa, agora não tenho tempo de assinar, não tenho tempo de... para as coisas continuarem a funcionar [...]muitas vezes outros profissionais acabam por ter de fazer e às vezes nem sequer são funções deles</i>	controlo Estado na despesa, compromisso serviço, compromisso profissionalismo	
<i>isto é um problema que não é só português, é completamente transversal. Estive há pouco tempo num congresso europeu com o resto dos farmacêuticos hospitalares da Europa e a crise é em todo o lado, rupturas em todo o lado, não estamos de facto só</i>	controlo Estado despesa, problema internacional	
<i>Este impacto económico que existiu foi feito muito à conta da indústria farmacêutica, das farmácias comunitárias... houve realmente uma capacidade de negociação, porque foi negociação, algum acordo entre as partes – o ministério, a APIFARMA e a indústria farmacêutica – e houve verbas significativas que foram devolvidas aos hospitais e portanto isso é positivo... a questão é o tal limite, a tal fronteira</i>	controlo Estado na despesa, negociação e compromisso Indústria	
<i>os novos fármacos da hepatite C [...]de repente temos medicamentos que são espetaculares, de facto são espetaculares, se tivessem aparecido há 10 anos atrás eram um sucesso, tiveram azar de apanhar esta onda um bocadinho mais negativa, são espetaculares mas são muito caros</i>	controlo Estado despesa, Estado como bloqueio à inovação	
<i>o cenário é este: Portugal baixou-nos os preços para nós indústria não são tão interessantes... para este bem que é escasso... vendo, nos EUA por exemplo pagam-me o dobro, pagam a 30 dias e como isto é escasso e também é um negócio. Esse é o processo [...]Nos bens mais escassos isso pode acontecer, nos bens mais massificados isto</i>	controlo Estado na despesa, concorrência mercado	desempenho e mercado

<i>também é um problema transversal, as negociações de preço, o preço dos medicamentos é uma questão que tem de ser reavaliada porque a indústria tem uma teia cruzada de 'pricing' [...] Essa teia de 'pricing' é talvez o fato que mais condiciona este valor associado ao medicamento. No mercado da OCDE, pela primeira vez, o mercado global de consumo de medicamentos decresceu e eram resultados sempre em crescimento</i>		
<i>o impacto que sentimos nalguns produtos pontuais que tivemos dificuldade em nos chegar, depois rupturas de medicamentos porque há desinvestimento nos medicamentos que são baratos e que não tem sido aumentado de preço... pura e simplesmente saem do mercado, isso temos sentido muito</i>	concorrência mercado, mercado maximizar os resultados	
<i>um serviço que o objetivo global tenha que descer 5% no consumo de medicamentos até ao final do ano e de repente tem 15 ou 20 doentes de hepatite C, cada doente são quase 100 mil euros... a matemática aqui não...</i>	inovadores como risco para sistema, controlo Estado da despesa	
<i>a indústria farmacêutica precisa face a estes custos de investigação precisaria em média de dois novos produtos por ano de forma sistemática a entrar no mercado. E isso não está a acontecer há muito tempo e portanto temos um novo produto e é ele que vai ter que tapar tudo [...] toda a indústria farmacêutica nessa componente de investigação do produto está a baixar custos ao nível dos 10 a 15% fazendo outsourcing de investigação, estão a tentar otimizar o preço mas depois têm a componente de ensaios clínicos que é pesadíssima</i>	inovadores como risco para sistema, mercado controlar os resultados	
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>Temos a pressão dos doentes... o hospital com sérias reservas na capacidade de adquirir para todos os doentes, no imediato, de uma maneira relativamente rápida porque essa tal fronteira se encostou muito e não temos margem [...] o tal impacto da inovação disruptiva a pouca que tem existido nos casos da hepatite C está mais mediatizada e faz sentido porque temos bons fármacos</i>	controlo Estado na despesa, pressão media/sociedade, problema legitimidade externa	identificação colectiva
<i>Isto ao descer da pirâmide hierárquica chega até ao "front-office" do hospital que é quando está o doente à frente, o clínico que tem o doente à frente, somos nós que decidimos todos os meses a medicação temos que ter medicação.</i>	apoio da comunidade, responsabilidade do profissional perante doente	
<i>Se eu fizer mil procedimentos por mês o erro está ali presente de forma sistemática. Na farmácia nós temos, os procedimentos são múltiplos, de preparação, de enchimento que são múltiplos e que posso ter alguém espetacularmente bem formado com uma capacidade de trabalho impressionante, essa margem de erro pequena na área, por exemplo, dos citotóxicos a preparar, se eu tiver o erro ali pode ser fatal</i>	controlo Estado na despesa, compromisso qualidade, problema legitimidade externa	
<i>A questão da acessibilidade... dificuldade muito patente nos doentes... se eu não posso entregar medicação para um mês, entrego por exemplo para 15 dias. Alguém disse-nos - eu estou desempregado, quem é que me dá os 6 euros que eu gasto para eu vir ao hospital?</i>	compromisso social, compromisso equidade	

<i>A acessibilidade das pessoas às consultas, aos exames [...] que o “F”, a falta... o faltou à consulta tende a aumentar</i>		
<i>em termos de equipa tem sido muito desafiante manter um nível alto de estímulo às pessoas</i>	esforço para motivação equipa, profissionalismo	complexidade e conhecimento
<i>Esta rotatividade... o ideal no caso do farmacêutico... um período de internato de 4 anos. Ao fim de 4 anos tínhamos seguramente pessoas muito mais habilitado, com processos definidos, com know-how que acrescentava segurança ao processo</i>	garantia de formação, renovação equipas	
<i>essa questão de ir atrás do erro é de facto também um pouco cultural porque nesta altura é mais difícil avançar com esquemas de notificação de efeitos adversos, de erros de uma forma sistemática... era bom haver uma plataforma informática que de forma autónomas pessoas fizessem</i>	protocolos e guidelines, garantia de qualidade	
<i>Adição ou partilha</i>		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>as coisas acabam por ficar mais claras no sentido que se sente uma fronteira que dantes não se via e portanto o envolvimento, por exemplo, dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros nas questões económicas relacionadas com gastos e consumos [...] procedimentos que há dez anos eram impensáveis. Chegar um corpo clínico mais diferenciado e dizer: “Ah eu tenho aqui um medicamento mais barato”, e responder: “isso não é comigo, eu não quero saber, eu quero o melhor” [...] as pessoas estão mais envolvidas... mudou bastante o paradigma</i>	controlo Estado na despesa, disponibilidade profissionais	partilha e redes sociais
<i>Nós queremos tratar os doentes, há doentes que estão para ser tratados e que pedimos para ser hierarquizados para o conselho de administração perceber qual é a margem e o próprio serviço também dizer: ok se há um biosimilar na minha área eu não tenho problema em utilizá-lo vou poupar aí alguma coisa... era impensável há dois anos que era os clínicos equacionaram isto</i>	controlo Estado na despesa, apoio do serviço	
<i>funcionários que vêm de bicicleta, alteraram os seus hábitos, não vêm de carro. Temos uma copa que não tínhamos e quase metade da equipa traz a sua comida de casa, convive, tem ali um espaço que enquanto convive, almoça</i>		
<i>numa conversa quase informal (descobri)... Há uma rede de transportes, entre hospitais... carros com sangues, para as faculdades, Ricardo Jorge... há um transporte, um vaivém de motoristas, não é, que não está identificado... Sinalizamos... quando temos medicação para enviar para os doentes, o carro que vem a Lisboa faz aqui um pequeno desvio [...] leva a medicação que está identificada, somos nós que a compramos, e somos nós</i>	controlo Estado na despesa, apoio do serviço	projeção no futuro

<p><i>que identificamos a saída [...]Começamos com vinte e tal doentes em Portimão, e depois fizemos um “survey” passado dois ou três meses a todos os doentes. 100%. Todos os doentes disseram que estavam satisfeitiíssimos [...] uma coisa simples, de custos praticamente zero, é o desvio do carro, que vai a Lisboa, desvia aqui e segue, não é?...</i></p>		
<p><i>E agora utilizamos isso, para além da medicação, muitas vezes socorremos entre hospitais, quando existe uma situação de ruptura... empréstimos, pago depois, esse tipo de situação, que é um bocadinho... é mais informal se quisermos, mas que existe e garante muita vezes, que garante a continuidade da terapêutica</i></p>		
<p><i>Demarcação</i></p>		
<p>DIMENSÃO</p>	<p>Resistência e conflito</p>	
<p><i>E portanto os hospitais, fruto da crise o que é que acontece, regra e esquadro, vamos dar menos 5% [...]Um exemplo deste hospital em concreto: está a ser financiado com menos 3 a 4% que no ano anterior, mas vai receber doentes de hematologia de outro hospital, receber doentes de hipertensão pulmonar de outro... somos obrigados a ter de adquirir mais medicamentos, alguns deles bastante mais caros, não havendo financiamento</i></p>	<p>Estado como burocracia administrativa, compromisso serviço</p>	<p>oposição e conflito</p>
<p><i>a principal questão na minha perspetiva é a definição: nós temos isto para gastar, podemos ir até ali. Politicamente isso não acontece, está tudo bem estamos iguais, vamos melhorar, vamos tratar todos os doentes e aceitamos a inovação e os doentes vão ser tratados com o que melhor existe no mundo e nós sabemos com esta realidade isso não vai ser possível.</i></p>	<p>controlo Estado na despesa, falta transparência, falta continuidade de cuidados</p>	
<p><i>A não ser que aconteça, esperamos que não, uma situação catastrófica e então toda a gente se move e digam: ah faz sentido quantos é que precisa? [...] nos pontos de ruptura, a tal catástrofe, no erro grosseiro – eu não sei quanto é que foram as indemnizações do Santa Maria mas foram históricas... provavelmente pagou a equipa toda</i></p>	<p>controlo Estado na despesa, compromisso qualidade</p>	
<p><i>Nós temos doentes transplantados, que são do Algarve e vinham todos os meses buscar medicação. Ou eles, ou um transporte, ou de táxi, ou bombeiro, conforme a situação. Porquê que o hospital no Algarve não dá a medicação?... E depois a ARS pagava... uma coisa estruturada, nunca se conseguiu! [...]</i></p>	<p>Estado como burocracia administrativa, compromisso social</p>	
<p><i>A acessibilidade... nota-se porque há uns anos toda a gente tinha carro, toda a gente tinha... e não havia problema, e agora há! E às vezes estão debaixo dos nossos olhos! A tal situação dos 6 euros, alguém que mora não muito longe!</i></p>		
<p><i>Ambiguidade</i></p>		
<p><i>ao nível da formação, das carreiras, do período formativo que estão completamente viradas do avesso [...]estão a entrar nos hospitais agora vários profissionais que entram para estágios profissionalizantes de um ano. O</i></p>	<p>compromisso formação, falta perspetiva carreira</p>	<p>ambiguidade e identidade</p>

<i>hospital paga uma ninharia e para pontos muito importantes. Portanto ao fim do ano vão-se embora e entram outros.</i>		
<i>Ao menos isto resolve, se eu pedir este tipo de profissional que estou no limite, preciso tanto que vem este profissional está aqui um ano [...]este profissional vai trabalhando e vai-se formando, quatro vezes menos rigorosos do que éramos suposto ser resolvemos a situação? Se correr bem resolvemos. Do lado do conselho de administração... olha a situação ficou resolvida com isto. Tranquilo. Estamos a gastar menos</i>		
<i>temos segurança se os processos estiverem muito bem estabelecidos e mesmo estando há sempre pontos de ruptura e que acontecem agora e que eventualmente já aconteciam antes.</i>	compromisso qualidade	
<i>a questão da formação sinto que se está a perder em termos de equipa, que está ali coesa e que tem capacidade formativa e que investe na formação está no seu limite, desinveste... Isso vai ter o tal impacto presumivelmente daqui a alguns anos</i>	compromisso profissionalismo	
Entrevista 150630-002		
Discurso	Conceitos	Temas
Segmentação		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>O número de pessoas que tem diminuído e não entram pessoas das várias categorias profissionais que trabalham neste serviço e neste momento isto está a ficar bastante complicado [...]há alguns procedimentos que nos foram impostos, mais os procedimentos que foram assumidos no âmbito da certificação, etc. também consomem recursos e a saída de dezenas de pessoas sem serem repostas</i>	controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, compromisso do serviço	controlo e normas
<i>as coisas estão a funcionar e havendo pessoas sempre vão contornando o sistema, agora sem pessoas é mais difícil, sem pessoas e sem ter, por exemplo, computadores que permitam trabalhar eficientemente... e isso tem um impacto muito negativo numa coisa tão simples como os computadores estarem obsoletos...</i>	controlo Estado na despesa, compromisso serviço, material	
<i>O que acontece é que há certas coisas que vai ter ou repartir as compras porque o orçamento que existe para já tem de ser de "x", é repartido, portanto é natural que se falhe mais vezes ou que se chegue perto do limite mais vezes e que se comece a racionar mais vezes.</i>	controlo Estado na despesa, falta de continuidade de cuidados	
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>há menos desperdício por parte dos doentes, porque os doentes muitas vezes acumulam em casa e depois vêm devolver e trazem dezenas de embalagens que ficaram em casa porque vinham buscar todos os meses</i>	apoio da comunidade	identificação colectiva
<i>Houve alguns protocolos que foram feitos, foram aprovados alguns protocolos até na área da oncologia, por exemplo... Foram revistos alguns protocolos, mas precisam de ser revistos mais, muitos mais e à medida que se</i>	protocolos e guidelines, garantia de qualidade	complexidade e conhecimento

<i>avança no tempo, cada vez mais a oncologia muda mais rapidamente e portanto, os protocolos ainda deviam ser vistos muito frequentemente</i>		
<i>Adição ou partilha</i>		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>tornar algumas coisas mais eficientes, obrigar a olhar para alguns procedimentos, alguns processos e tentar torna-los mais eficientes... tem sempre algumas limitações do próprio funcionamento do Estado e dos concursos públicos e de tudo isso que não deixam que se torne mais eficiente possível.</i>	controlo Estado na despesa, disponibilidade profissionais	partilha e redes sociais
<i>Demarcação</i>		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>o problema é que as regras do Estado, e o funcionamento de todo o Estado, mesmo que se tente tornar eficiente, às vezes caímos num buraco porque o que se está a tentar fazer melhor depois há ali uma regra que impõe [...] nós continuamos a insistir nisto: compra-se o mais barato, compra-se o mais barato mas depois temos que desperdiçar porque não é o mais eficiente aquela compra. E isto acontece diariamente.</i>	Estado como burocracia administrativa, compromisso serviço, material	oposição e conflito
<i>Um dispositivo médico que estraga medicamento, um medicamento que custa... sei lá... 500, 1000 euros uma ampola... estamos a comprar um dispositivo que é mais barato, porque custa em vez de 3 cêntimos custa 2 cêntimos e depois deitamos 1000 euros para o lixo, por defeito do dispositivo médico...</i>		
<i>Ambiguidade</i>		
<i>A carreira já foi revista e já estive mais ou menos pré-definida já há uns dois anos, mas [...] depois estagnou [...] dois terços dos farmacêuticos hospitalares não têm carreira porque têm os contratos individuais de trabalho. Não tiveram estágio de Carreira [...] De vez em quando abria um estágio, agora com a questão das EPEs até aí os estágios de carreira desapareceram por completo [...] Entretanto ainda saiu uma portaria, acho que chegou a ser publicada, em que o título de especialista da Ordem dos Farmacêuticos dava equiparação ao estágio de carreira da função pública [...] que depois nunca entrou em vigor</i>	compromisso formação, falta perspetiva carreira	ambiguidade e identidade
Entrevista 150630-004		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>tivemos um período particularmente difícil que teve a ver com a lei do compromisso... ceder medicação aqui na farmácia do ambulatório para uma semana, nalguns casos para três dias [...] Penso que aí de facto houve, enfim,</i>	controlo Estado na despesa, centralização, compromisso	controlo e normas

<i>da parte do legislador se calhar alguma falta de sensibilidade a este nível, mas a lei é para se cumprir, como é óbvio...tivemos aí um período de outubro (2013) até janeiro/fevereiro do ano seguinte muito mau em que de facto houve um prejudicar dos doentes... não houve interrupções mas é que muitas pessoas até vindo muito longe do hospital tinham que voltar com muita frequência para vir buscar a medicação</i>	da equidade	
<i>de uns três anos para cá o nosso grande problema é essencialmente de recursos humanos [...] e que provoca um constrangimento importante no funcionamento hospitalar. Tanto nas enfermarias com atrasos importante na distribuição dos medicamentos, como aqui na farmácia de ambulatório porque as pessoas chegam a estar aqui três horas à espera para serem atendidas [...]a pressão é muito grande sobre os profissionais e sobre as pessoas que precisam da medicação e isso é um problema que estamos com muita dificuldade em ultrapassar... é o problema da capacidade de executar uma tarefa com qualidade</i>	controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, compromisso do serviço	
<i>Em termos de conferência, por exemplo, das cassetes de unidose nós conferíamos integralmente a 100% e agora tem dias que nem chega a 50... no ambulatório, na pressão com que os colegas têm que proceder à entrega, até me preocupa mais [...]ontem era meio-dia fomos chamados ali de urgência porque os doentes estavam todos ali no... tínhamos 102 doentes em espera. É brutal.</i>	controlo Estado na despesa, compromisso serviço, compromisso qualidade	
<i>Neste momento, estamos com um problema importante que diz respeito à reembalagem de medicamentos... Também de acordo com as últimas normativas legislativas relativamente à aquisição de medicamentos, nós temos que ir ao catálogo da ACSS ou da SPMS e não existe critério de adjudicação a não ser o preço [...] nós temos que reembalar comprimido a comprimido, isso é um custo acrescido que em muitos dos casos custa mais a reembalagem do que o comprimido</i>	controlo Estado na despesa, centralização	
<i>Em 2005 nós tivemos pela primeira vez um Conselho de Administração que passou a gerir um hospital EPE, mesmo do ponto de vista legal... e iniciou-se de facto um processo de grande rigor de grande execução de protocolos de grande negociação com os serviços e também de grande negociação com a indústria farmacêutica</i>	gestão empresarial, contratualização serviços	desempenho e mercado
<i>os custos até diminuíram bastante, mesmo tendo em conta a inovação porque houve a negociação do Sr. Ministro com os laboratórios e houve uma descida muito importante dos preços dos medicamentos e algum fomento da utilização de genéricos a nível global</i>	controlo Estado na despesa, concorrência mercado	
<i>em termos de hepatite C ninguém sabe porque ninguém quer que se saiba o tipo de negociação que foi feito... Eu acho que esta partilha de risco tem necessariamente que ser o futuro. Já está a ser assumida em alguns tratamentos na área da oncologia, na área da reumatologia também e acho que tem de ser o futuro</i>	Inovadores como risco para sistema	
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>até ao advento da hepatite C que, sem dúvida nenhuma, tornará este ano de 2015 histórico em termos de um</i>	discussão dos inovadores na comunidade	identificação colectiva

<i>aumento brutal de custos... temos neste momento quinhentos e muitos doentes autorizados</i>		
<i>em sede de comissão nacional foram definidos critérios que de facto foram critérios iniciais muito limitativos, muitos restritivos, mas agora de um momento para o outro caiu-se no extremo oposto. As indicações que existem é que é para tratar toda a gente. A expectativa neste momento é que todo doente que tem hepatite C seja qual for o seu genótipo, seja qual for a gravidade da sua doença quer ser tratado e está a ser tratado.</i>	controlo Estado despesa, pressão média/ sociedade, problema legitimidade externa	
<i>Neste momento toda a gente se quer tratar, porque toda a gente se quer curar... E se eu tenho uma doença, muito grave, pouco grave ou de que gravidade for e se eu a posso tratar, eu não estou disponível para esperar que ela evolua. Eu vou-me curar...</i>		
<i>Agora a gente tem muitos outros doentes para tratar noutras patologias, para aumentar a sua qualidade de vida e a sua esperança de vida, não sei se a gente vai conseguir tratar isso tudo</i>	controlo Estado na despesa, compromisso equidade	
<i>nós contratámos em 2009 muita gente saída da faculdade, foi um impacto brutal para este serviço. Conhecia muito bem as pessoas, tinha confiança nelas, elas em mim e nós fizemos aqui muitas noitadas, quando mudámos aqui para estas instalações</i>	satisfação profissional, autonomia	complexidade e conhecimento
<i>Adição ou partilha</i>		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>fomos lá muito por negociação com a indústria, por uma negociação muito dirigida entre a indústria e o prescriptor. Nunca foi um hospital onde se impusesse à parte médica coisa nenhuma, portanto negociou-se foi com as pessoas e as pessoas ao longo do tempo alteraram de uma forma brutal a sua percepção</i>	controlo Estado na despesa, apoio do serviço, disponibilidade profissionais	partilha e redes sociais
<i>os conselhos de administração que por aqui têm passado, como lhe digo de 2005 para cá, têm de facto sido bastante abertos... em conjunto com a comissão de farmácia terapêutica...possamos tratar da melhor maneira os nossos doentes</i>		
<i>em relação à inovação o centro hospitalar foi de facto sempre um dos hospitais que sempre fez pedidos de autorização de utilizações excepcionais</i>	gestão empresarial, promoção inovação	projeção no futuro
<i>Ambiguidade</i>		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>Bateu-se no fundo, mais de 20% do serviço já saiu, porque vão saindo aos poucos. Eu comparo isso com o ano da certificação que foi o ano de 2010 em que passamos a fazer e a assumir determinado tipo de tarefas que anteriormente não fazíamos... não há capacidade das pessoas para conseguir dar resposta.</i>	controlo Estado na despesa, compromisso qualidade, compromisso profissionalismo, desmotivação	ambiguidade e identidade

<i>mas depois sabe o que é que há mais: as pessoas que passam por ali (ambulatório) vai-se tudo embora... Sim pelo desgaste ou então andam na psiquiatria ou então outra coisa qualquer desse tipo...Atualmente a minha principal atividade é bombeiro [...] um diretor de serviço não é para isso que serve e acho que isto não é organizar nada. É... é isso mesmo, é tapar os buracos.</i>	controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, compromisso do profissionalismo	
<i>as pessoas trabalham em turnos... Portanto tenho um arsenal brutal de pessoas que pouco se cruzam. Porque cruzam-se em equipas que não são fixas, depois mudam os turnos e depois vão às pausas [...]temos um grande problema com os trabalhadores estudantes porque a lei diz que a gente tem de deixar estudar toda a gente. Depois os exames são ou no Verão ou no Natal que é uma altura ótima porque os outros também querem ir de férias</i>	compromisso serviço, compromisso profissionalismo	
<i>grande parte das nossas saídas aqui dentro foi motivada por isso, muitos farmacêuticos... e depois resolveram ser médicos [...]temos muitos técnicos que querem ser farmacêuticos. As pessoas estão todas descontentes com a vida. Temos três técnicos que pedimos reconversão para farmacêuticos e uma delas, já há 4 anos e ainda não conseguimos que a reconvertessem</i>	carreiras, problemas progressões, falta perspectiva carreira	
<i>eu estou aqui há 34 anos, nós passámos uma fase importante aí atrás quando só havia contratos a recibos verdes... Nunca passámos por um período como este. Nunca</i>		

Fonte: Entrevistas 140430-001, 150630-002, 1150630-004.

Quadro 4.12. Análise das dimensões, temas e mecanismos associados expressos no discurso dos técnicos de saúde dos hospitais do grupo D e do grupo E

Técnicos de saúde dos hospitais do grupo D e do grupo E		
Entrevista 140430-003		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO		
<i>tivemos uma achega que foi mais uma hora de trabalho... a nível dos recursos humanos temos muita dificuldade porque não os conseguimos recontratar, não conseguimos fazer trocas, substituir [...] pessoas que estejam cá 12/13 dias seguidos de serviço sem poderem ter uma folga vai mexer, vai mexer a esse nível... embora nós tenhamos que ter todos os cuidados com a qualidade, a qualidade não está tão salvaguardada porque não</i>	controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, compromisso do serviço	controlo e normas

<i>estamos a fazer os preceitos de x profissionais para x doentes... e nós atingimos um limite</i>		
<i>Quando nós não podemos de alguma maneira substituir pessoas que faltam, seja por uma gravidez, seja por uma ausência, sobra para os que cá estão. Se as equipas já estão perto do mínimo, porque tudo está para ser o mais produtivo possível, o aumentar o nível de produtividade põe em causa sempre a qualidade.</i>	não renovação profissionais, compromisso qualidade	desempenho e mercado
<i>existe alguns cursos que são obrigatórios e que até de alguma maneira são motivantes como o suporte básico de vida, são obrigatórios para acreditação do hospital e são feitos aqui no centro de formação... outros que também são obrigatórios que não são nada motivantes e têm dificuldade em fazer como... os incêndios, os extintores</i>	gestão empresarial, aposta na formação	
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>mas se saí em ambulatório temos que ter, manter esses controlos aqui internos, isso temos que manter para que seja sempre ciente quando diz que é o produto A que está ali embalado tem de ser mesmo esse produto A e nunca pode ser outro, senão há uma perda total de confiança em relação à farmácia</i>	compromisso qualidade, problema legitimidade externa	identificação colectiva
<i>tentamos o elogio, verificar que o nosso trabalho é reconhecido nos serviços... tudo isso é muito, muito importante e tentamos internamente também agregar a equipa, tentar que a equipa seja coesa [...]Às vezes pequenas coisinhas, como no final do dia ver um jogo de bola ou ir fazer um bocadinho de desporto ou fazermos um piquenique a nível de serviço, isso a nível social.</i>	esforço para motivação equipa, profissionalismo	complexidade e conhecimento
<i>nenhum dos estudantes aqui põe o estatuto. O serviço tenta de alguma maneira arranjar um horário que se adapte. É o pouco o que podemos fazer, não podemos fazer mais. Adaptar para que a pessoa se sinta bem</i>	aposta formação, profissionalismo	
<i>Adição ou partilha</i>		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>fomos lá muito por negociação com a indústria, por uma negociação muito dirigida entre a indústria e o prescriptor. Nunca foi um hospital onde se impusesse à parte médica coisa nenhuma, portanto negociou-se foi com as pessoas e as pessoas ao longo do tempo alteraram de uma forma brutal a sua percepção</i>	controlo Estado na despesa, apoio do serviço, disponibilidade profissionais	partilha e redes sociais
<i>Aqui a nível interno sentimos que estamos a fazer melhor porque estamos noutras condições agora em relação há uns meses atrás. Fazíamos... não era aprovado pelo Infarmed, andávamos sempre nas inspeções e nas acreditações aqui do hospital e agora sentimos que o nosso trabalho é mais proveitoso. Isso já faz essa motivação, sinto isso nos técnicos e nos auxiliares que são os que coordeno</i>	Disponibilidade serviço, material	
<i>Demarcação</i>		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>isto a nível da crise isso tinha que ser equacionado de outra maneira... na farmácia trabalhamos com coisas muito caras e às vezes tenho colegas a acelerar ali e porque tem que rapidamente distribuir e estão a trabalhar</i>	controlo Estado na despesa, compromisso qualidade	oposição e conflito

<i>com ampolas de 15 mil euros, 16 mil euros e eu não lhe posso pagar mais hora para fazerem com mais calma</i>		
Ambiguidade		
<i>E a desmotivação. A desmotivação sentiu-se... das pessoas, a nível de vencimento é diferente e há uma desmotivação [...] sejam técnicos ou auxiliares, sinto que têm necessidades... tinham compromissos económicos e hoje vencem muito menos e há dias que eles chegam aqui que a gente sente que eles estão com problemas e temos que nos ir amparando uns aos outros, mas a situação é difícil e no local de trabalho torna-se mais difícil.</i>	controlo Estado na despesa, desmotivação profissional, compromisso social	ambiguidade e identidade
<i>A nível de carreira, de vencimentos... não tem havido promoções como se sabe, na administração pública não há promoções e pior, temos a situação daqueles que nem carreira têm. Temos aqui profissionais com doze anos, com contratos individuais de trabalho e que ainda não têm carreira [...] nem são avaliados. São avaliados aqui informalmente pela chefia, mas nem uma avaliação têm, logo não terão possibilidade nunca de progredir. Desmotiva.</i>	carreiras, falta perspectiva carreira, desmotivação	
Entrevista 140514-003		
Discurso	Conceitos	Temas
Segmentação		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>as indicações que vêm de cima, não dos Conselhos de Administração mas mais de cima [...] era que não fosse admitido ninguém para os serviços e para os hospitais [...] houve gente que se reformou, diminuámos os recursos, houve gente que emigrou, tenho vários casos aqui no serviço, de técnicos de radiologia que emigraram, precisamente por causa da crise... diminuíram o nº de pessoas que aqui estavam... Como tal, somos menos, para o mesmo ou mais trabalho</i>	controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, compromisso do serviço	controlo e normas
<i>Em termos de equipamentos, as coisas começam-se a complicar [...] já estaria na altura de se fazer a renovação, a aquisição de equipamentos, e essas coisas estão limitadas</i>	controlo Estado na despesa, compromisso do serviço, material	
<i>Quer por falta de meios, quer por mais tempo para trabalhar, quer pelas indicações, como eu disse, que vêm do Conselho de Administração, são sempre no sentido de trabalhar mais e com menos [...] acontece com mais frequência, por exemplo, avarias e tudo o mais... a manutenção que se fazia de dois em dois meses, passou a ser de seis em seis meses</i>	compromisso profissionalismo, compromisso qualidade	desempenho e mercado
<i>a impossibilidade de fazer uma contratação de uma forma clássica... Está-se a fazer esse... expediente, vá lá, se assim se possa chamar, que é contratar serviços [...] neste período do Verão contratam-se serviços dessa forma, "x" tempo e é uma empresa, não se contrata aquela pessoa em concreto. Contrata-se o trabalho daquela pessoa,</i>	não renovação profissionais, contratualização serviços	

<i>que por acaso é um técnico.</i>		
<i>Adição ou partilha</i>		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>em termos de material de uso corrente, sente-se que se procura o mais barato, sente-se que temos os materiais mais baratos, mas não sinto falta de material para aquilo que é essencial.</i>	disponibilidade serviço, material	partilha e redes sociais
<i>Ambiguidade</i>		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>passaram das 35 para as 40 horas, no caso dos técnicos, sem qualquer aumento de vencimento [...]na prática significa que as pessoas têm menor vencimento do que aquilo que tinham, porque trabalham mais tempo, e isso, como é evidente faz-se sentir na motivação das pessoas, em tudo o mais [...]E nem sempre essas 40 horas em termos de eficiência resultam como se fosse só o aumento de mais uma hora, então vão fazer a mesma coisa.</i>	controlo Estado na despesa, compromisso profissionalismo, desmotivação	ambiguidade e identidade
<i>não houve concursos, não houve nada. Quando os houve, e que motiva as pessoas também, um pouco porque se a pessoa sobe, progride na Carreira, e concorre, é porque tem capacidades para isso e tem dados que possam permitir concorrer, cancelam essas progressões... lá está mais uma vez a desmotivação.</i>	carreiras, problemas progressões, falta perspectiva carreira	
Entrevista 150604-004		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>quando a crise se instalou no nosso país... começaram a acontecer os cortes, e toda a gente começou a sentir isso na pele... em termos de ameaças... a falar em despedimentos. Foi assustador... na minha idade começamos por ter medo</i>	controlo Estado na despesa, compromisso do profissionalismo	controlo e normas
<i>Se calhar com crise não deveria haver tantos exames de imagem, como aqueles que são pedidos. Devia haver mais contenção... o que nós notamos é que os diagnósticos [...]cada vez são mais baseados na imagem</i>		
<i>começou a haver preocupação com stocks, com gestão de materiais, com gestão de consumíveis... gestão no fundo de stocks que não havia... era uma coisa muito, muito precária</i>	gestão empresarial, gestão material	desempenho e mercado
<i>precisávamos pelo menos mais uma TAC, pelo menos para responder à urgência, e precisávamos de umas instalações, sinceramente dimensionadas. Começa a tornar-se difícil, porque nós somos muitos, porque há muitos exames, há muita gente a circular no serviço lá em baixo, há muitos funcionários...</i>	compromisso serviço, compromisso equipa	
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	

<i>havia coisas que nós tínhamos que cumprir, havia horários que tínhamos que cumprir, tínhamos que ser sérios nas nossas funções, que tínhamos que cumprir os horários, e a preocupação com os custos</i>	profissionalismo, disponibilidade profissionais	complexidade e conhecimento
<i>Adição ou partilha</i>		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>a racionalização dos serviços, a otimização de todos os nossos recursos. Eu acho que todas as pessoas, não só os técnicos, como os enfermeiros e os médicos, tomamos consciência do custo dos equipamentos, dos consumíveis</i>	controlo Estado na despesa, disponibilidade serviço, material	partilha e redes sociais
<i>o serviço pesado na parte endovascular, na terapêutica endovascular [...] Que não se fizesse determinados casos, porque não havia dinheiro, não, acho que se conseguiu continuar a tratar as pessoas, e se calhar houve racionalização aí também dos materiais. Mas não houve no sentido que houvesse quebra, no tratamento das pessoas, que houvesse diminuição no tratamento das pessoas. Isso não senti.</i>		
<i>Ambiguidade</i>		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>A nossa Carreira não é exemplo... a nossa Carreira está parada, não temos Carreira... não sei se tem a ver com o sistema... claro que pode, que é consequência do sistema atual</i>	falta perspectiva carreira, desmotivação	ambiguidade e identidade
<i>O nosso serviço foi renovado há pouco tempo [...] Somos 100 técnicos, são imensos médicos no serviço. As relações laborais nem sempre são as mais fáceis, há muitas vezes, há muitos conflitos... até na classe profissional dos auxiliares são pessoas muito pouco qualificadas, ganham muito pouco, todos nós... eu ganho muito pouco</i>	controlo Estado na despesa, compromisso equipa, desmotivação	
Entrevista 150604-002		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>Nós só notamos isso no consumo de material clínico [...] as agulhas, notamos que compraram mais barato e depois tiveram que voltar a trás e comprar porque não dava. Umas seringas, daquelas de utilização de contraste em injector, também tentaram vir umas mais baratas, mas quando havia pressão elas rebentavam.</i>	controlo Estado na despesa, compromisso qualidade	controlo e normas
<i>Adição ou partilha</i>		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>Tivemos algumas oportunidades no ano passado, de novos equipamentos que estão os concursos a decorrer. E em relação... contrastes, não temos tido problemas. Temos mais a nível de materiais... aqueles materiais muito caros das embolizações, é que por vezes temos de desmarcar doentes e tornar a marcar porque não são</i>	controlo Estado na despesa, disponibilidade serviço, material	partilha e redes sociais

<i>autorizados as próteses endovasculares e desse género</i>		
<i>Em relação a equipamentos [...] não escolheram aqueles da China, não. E têm pedido sempre a colaboração aqui do serviço de imagiologia para nós testarmos os equipamentos, com demonstração no serviço</i>	partilha decisões, disponibilidade serviço, material	
<i>A nível da área dos técnicos diagnóstico, tudo o que era mais velho já tinha saído, e portanto já tínhamos um leque de pessoal muito novo, e portanto tivemos de 2010 para cá umas oito saídas [...] três para o estrangeiro... e dois de aposentação. Mais nada.</i>	renovação profissionais, disponibilidade serviço, equipa	
<i>Ambiguidade</i>		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>Aqui está toda a gente, primeiro revoltadas porque a carreira não anda, toda a gente é licenciada, mas não está na carreira dos Técnicos Superiores de Saúde, passaram-nos de 35 para 40 horas sem... sem receber, sem explicações e aqui no hospital, aqui no nosso serviço, nota-se um grande problema</i>	falta perspectiva carreira, desmotivação	ambiguidade e identidade
<i>E em relação aos técnicos, temos técnicos que eram do quadro das “Funções Públicas”, que éramos de 35 horas e passamos para 40, depois temos técnicos que entraram aqui pela EPE a 35 horas, e técnicos que entraram pela EPE a 40 horas. Os de 35 da EPE mantêm-se a fazer 35 horas, depois temos os de 40 que ganham pelas 40 e os de 35 foram obrigados a passar a 40 e que não ganham</i>	controlo Estado na despesa, compromisso profissionalismo, desmotivação	
<i>o nosso problema é os assistentes operacionais [...] estão sempre desmotivados</i>	compromisso equipa, desmotivação	
Entrevista 150630-001		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>Aqui a nível profissional noto que temos cada vez que sai uma pessoa não é repostada outra portanto a nível de exigência de trabalho temos cada vez menos pessoas para o mesmo trabalho ou até mais trabalho [...] Não é que não se faça, mas depois perdemos noutras coisas, porque por exemplo a dose unitária agora não é conferida [...] acho que há mais stresse dentro da equipa porque nós vimos que aquilo tem de ser feito</i>	controlo Estado na contratação, não renovação profissionais, compromisso do serviço	controlo e normas
<i>a nível da medicação noto que a falta de pagamento do hospital a alguns laboratórios às vezes não temos medicação, temos que estar a substituir por outra.</i>	controlo Estado na despesa, compromisso do serviço, material	
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	

<i>A nível dos doentes eu acho que perdem um bocadinho nesse aspeto porque há maior probabilidades de erros, por mais que a pessoa tente [...] No ambulatório talvez... há mais falta de medicamentos, não temos às vezes as quantidades necessárias.</i>	Controlo Estado na despesa, compromisso qualidade, problema legitimidade externa	identificação colectiva
<i>temos várias pessoas que já tiraram o curso de ciências farmacêuticas enquanto cá estão mas temos horários flexíveis de serviço e tentamos fazer serviços nessas alturas. Era como eu fazia também para dar aulas [...]mas não nos limitam</i>	apoio do serviço, formação	complexidade e conhecimento
<i>Adição ou partilha</i>		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>Vejo que as pessoas estão descontentes mas até acho que os hospitais têm tentado, mesmo no acesso à medicação não têm cortado grande coisa... Sim mesmo em termos de citotóxicos eles tentam sempre o melhor tratamento e não o mais barato</i>	controlo Estado na despesa, disponibilidade serviço, material	partilha e redes sociais
<i>Ambiguidade</i>		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>em termos de evolução na carreira estamos todos um bocadinho descontentes porque sabemos que não há evolução... a nossa subida porque estamos cá há anos e não há qualquer perspetiva [...] houve pessoas que tiraram o curso mas nem conseguiram passar para farmacêutico, nem aqui nem noutra sítio, continuam como técnicos mas com o curso de Ciências Farmacêuticas</i>	falta perspectiva carreira, desmotivação	ambiguidade e identidade

Fonte: Entrevistas 140430-003, 140514-003, 150604-004, 150604-002, 150630-001.

Quadro 4.13. Análise das dimensões, temas e mecanismos associados expressos no discurso dos administrativos dos hospitais do grupo D e do grupo E

Administrativos dos hospitais do grupo D e do grupo E		
Entrevista 140430-004-005		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	

<i>com essa questão dos cabimentos e dos compromissos há também um barramento da parte dos laboratórios, também não querem fornecer... mas o medicamento é preciso vir mas não tem, não está cabimentado, não tem o compromisso [...]há aqui um impacto de espera entre realmente, entre haver a disponibilidade financiamento e depois o concretizar-se as coisas</i>	controlo Estado na despesa, compromisso do serviço, material	controlo e normas
<i>no fundo nota-se muito uma escassez de meios... não haver admissão de novas pessoas, como realmente as pessoas que foram entretanto para a reforma... a gente trabalha com menos gente, todos têm de nos esforçar mais, além do que já... é um esforço adicional</i>	não renovação profissionais, compromisso do serviço	
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>utentes, que se nota realmente uma série de dificuldade para a aquisição do... dos tratamentos [...]também a mobilidade para fazer, para se fazerem chegar até cá. Queixam-se realmente a nível de não terem dinheiro para transporte</i>	Compromisso social, compromisso equidade	identificação colectiva
<i>com o desemprego acaba por haver, não há ninguém, digamos nenhuma família que acabe por ter um elemento que esteja desempregado... isso acaba por se refletir também nas pessoas</i>		
Adição ou partilha		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>o ambiente acaba por ser bom também, de uma maneira geral. E sentimos quase que temos que fazer. Temos que fazer, temos que andar para a frente... merece a pena trabalhar... é uma boa instituição</i>	controlo Estado na despesa, apoio do serviço	partilha e redes sociais
Ambiguidade		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>Ah e depois nos cortes, pessoalmente a nível das pessoas como é óbvio... é bastante complicado [...]cada vez ganham menos [...]A nível de trabalho, a nível de relacionamento das pessoas, que as pessoas também andam mais... nervosas [...] isto acaba por realmente ser um... um voluntariado... é quase um voluntariado, percebe? Trabalhamos quase num... num sistema de voluntariado... às vezes sinto isso, eu sinto isso.</i>	controlo Estado na despesa, compromisso social	ambiguidade e identidade
Entrevista 140430-006		
Discurso	Conceitos	Temas
Segmentação		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>apesar das dificuldades que há no serviço e... até a nível de internamento porque [...] são 27 camas, praticamente estão sempre ocupadas, temos sempre que internar o doente, como ouviu agora amanhã não temos vaga para</i>	controlo Estado na despesa, compromisso do serviço,	controlo e normas

<i>internar um doente, é complicado</i>	material	
<i>os próprios administradores hospitalares [...] também estão pressionados, não é?... as pessoas que depois recebem o vale de cirurgia... depois o hospital é penalizado, e nota-se que [...] há uma grande... pressão</i>	gestão empresarial, concorrência mercado	desempenho e mercado
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>o impacto aqui no hospital nota-se a todos os níveis. Nota-se a nível principalmente do doente para pagar a consulta, que foi o aumento, sete euros e setenta e cinco e nota-se muitos doentes... não querem (não podem)... houve uma senhora que não podia pagar e pediu-me se poderia depois vir pagar no final do mês [...]e aqui na margem Sul nota-se... que há uma carência [...] nota-se os sete euros e setenta e cinco... o aumento para pessoas que têm reformas [...] não são isentas, pessoas que vêm cá à consulta, nota-se que faz diferença pagar os sete euros e setenta e cinco.</i>	compromisso social, compromisso equidade	identificação colectiva
Adição ou partilha		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>Gosto daquilo que estou a fazer, gosto também de estar com isto das listas de espera, contactar os doentes</i>	satisfação profissional, disponibilidade serviço, material	partilha e redes sociais
Ambiguidade		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>acho é a nível monetário nota-se muito, e até mesmo nós a nível inflacionário, não é? com o corte que levamos não é... é complicado</i>	controlo Estado na despesa, compromisso social	ambiguidade e identidade
<i>Eu tive a avaliação e em 2012 tive um... acho, eu não sei se é relevante, eu não estava bem dentro do assunto e poderia ter subido na altura só que acho que ...(estava congelado progressões)... e então não subi</i>	problemas progressões, falta perspetiva carreira	
Entrevista 140514-002		
Discurso	Conceitos	Temas
Segmentação		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>as pessoas saem e não entra ninguém, esses exames que iriam fazer... ficam por fazer. Porque ninguém vai... as pessoas não se conseguem desdobrar mais do que já estão, é impossível. As pessoas saem e não é resposto pessoal</i>	não renovação profissionais, compromisso do serviço	controlo e normas
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	

<i>os doentes estão sujeitos... muito mais doentes a pagarem taxas moderadoras e os doentes não têm dinheiro para pagar as taxas, telefonam-nos a perguntar se podem vir fazer os exames e pagar no fim do mês a taxa</i>	Compromisso social, compromisso equidade	identificação colectiva
<i>Ambiguidade</i>		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>vivemos quase numa corda bamba, porque nunca sabemos o que é que vai acontecer. Há boatos de as pessoas, de virem para aqui empresas explorar o serviço de Radiologia... E isso causa instabilidade nas pessoas [...]O aumento das horas, para 40 horas, tudo isso trouxe muita insatisfação. A redução dos ordenados, e o trabalho duplica, e tudo o resto...</i>	controlo Estado na despesa, compromisso profissionalismo, desmotivação	ambiguidade e identidade
<i>(progressão carreira) nós estamos desde 2010 à espera. À espera do descongelamento que nunca acontece...</i>	problemas progressões, falta perspetiva carreira	
Entrevista 150602-002		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>Neste momento deparamos com a falta de material mesmo da parte administrativa [...]a impressora não está a funcionar [...]também estive de licença, nós não somos substituídas... somos sobrecarregadas com o trabalho</i>	controlo Estado na despesa, controlo Estado na contratação, compromisso do serviço, material	controlo e normas
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>doentes que muitas das vezes, quando o médico dizia – É necessário um exame para o seu diagnóstico, prontamente diziam que iriam fazer aquele exame e traziam ao médico, neste momento estão à aguardar pelo Serviço Nacional de Saúde, porque também não têm a nível monetário [...]em vez de tirarem baixa médica quando vêm ser operados a uma coisa simples, eles colocam férias. Porquê? Porque a baixa não é tão paga como se fosse à parte férias</i>	compromisso social, compromisso equidade	identificação colectiva
<i>Adição ou partilha</i>		
DIMENSÃO	Dinamismo e mudança	
<i>Sim. Sim. Gosto de vir todos os dias para cá.</i>	satisfação profissional, disponibilidade serviço, material	partilha e redes sociais
<i>Ambiguidade</i>		

DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>É assim, não há. O que é fato é que não existe... subida de quadros, neste momento também não existe [...]eu já entrei também com as 40 horas semanais. Eles também já fazem as 40 horas e pelo mesmo ordenado. Portanto, onde diziam dantes que o funcionário público que era realmente um bocadinho mais privilegiado acho neste momento que não</i>	carreiras, falta perspectiva carreira, Compromisso profissionalismo, desmotivação	ambiguidade e identidade
Entrevista 150604-005	Discurso	Conceitos
		Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>saiu um decreto-lei que faz com que todos os pedidos de exame sejam obrigatoriamente respondidos aqui. E isso alterou-nos completamente a nossa orgânica de trabalho [...]E depois passam um bocado a imagem que os exames não são marcados porque os administrativos não querem... Esquecendo-se porém que o administrativo só marca quando existem sessões, quando existem médicos, quando existe tudo</i>	controlo Estado na despesa, centralização, compromisso da equidade	controlo e normas
<i>a hipótese dos exames serem enviados para termo de responsabilidade, e pronto é nessa base que nós atualmente estamos a trabalhar... há muita gente que não quer. Há muitas queixas... também acabam por ser, lá está, feitas no sítio indevido, que as pessoas queixam-se não querem ir para fora, por esta ou aquela razão</i>	compromisso serviço, compromisso equipas	
DIMENSÃO	Identificação e Tradição	
<i>já estamos um bocadinho habituados a ouvir os descontentamentos das pessoas de fora... porque as pessoas têm os exames pedidos e a nossa resposta inicialmente não existia... é connosco que as pessoas normalmente têm aqueles desabaços iniciais e que normalmente não passam dali. Mas são desagradáveis</i>	compromisso equidade, problema legitimidade externa	partilha e redes sociais
<i>Ambiguidade</i>		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>normalmente as pessoas até dizem que são elas que nos pagam, e que a gente estamos ali e não fazemos nada, têm aqui o exame e pagam-nos para quê, usam muito este tipo de... de... desabaço, digamos [...]a redução que nós tivemos a nível do pagamento de horário de fim-de-semana, de horário noturno, isso abateu muito os ordenados e as pessoas além de terem de trabalhar fora de horas, e fins-de-semana, ainda viram o ordenado a ir por aí abaixo. É que nem a motivação pelo pagamento nós temos [...]Mas temos aquela desmotivação interior, acabamos por ter consciência dela, não é, é inevitável, não é?</i>	controlo Estado na despesa, compromisso serviço, desmotivação profissionais	ambiguidade e identidade
<i>(Carreira) Pois não existe. Não existe. Neste momento não existe. Quer a gente tenha uma boa nota, quer a gente</i>	Falta perspectiva Carreira, Desmotivação	

<i>tenha uma má nota, vai tudo dar ao mesmo</i>		
Entrevista 150630-003		
Discurso	Conceitos	Temas
<i>Segmentação</i>		
DIMENSÃO	Controlo e Desempenho	
<i>sinto que cada vez mais estão a cortar, estão a restringir mais a disponibilidade de uma coisa simples como o papel higiénico, os toalhetes, tem havido mais rupturas de stock desse material [...]a minha esposa também trabalha aqui na farmácia [...]ela sofreu cortes no... ordenado, houve cortes significativos</i>	controlo Estado na despesa, compromisso do serviço, material	controlo e normas
<i>no nosso grupo profissional não tem assim havido nem entradas nem saídas, agora sinto que nos outros grupos profissionais, aqui na farmácia, têm saído pessoas e não tem havido substituição dessas pessoas [...]devido à certificação do nosso serviço, temos mais rigor e mais trabalho [...] origina que as pessoas fiquem mais cansadas</i>	não renovação profissionais, compromisso do serviço, compromisso equipas	
<i>é mais difícil pedir às pessoas favores para fazer algum trabalho extra, é mais difícil porque as pessoas chegam ao horário de trabalho normal e não estão disponíveis para fazer mais</i>	controlo Estado na despesa, menor disponibilidade serviço	
<i>Ambiguidade</i>		
DIMENSÃO	Resistência e conflito	
<i>as pessoas estão mais ansiosas, estão mais nervosas, estão mais desgastadas... isto origina conflito no local de trabalho [...]à mínima coisa as pessoas irritam-se e exaltam-se e pronto, não sei se isto também tem a ver com esta dificuldade da crise e dos cortes, na parte dos salários das pessoas</i>	controlo Estado na despesa, compromisso profissionalismo, desmotivação	ambiguidade e identidade
<i>Carreira... não tenho perspetivas de melhorar, de subir na carreira. Não, acho que está tudo parado, tudo congelado, acho que não tenho...</i>	carreiras, falta perspectiva carreira	

Fontes: Entrevistas 140430-004-005, 140430-006, 140514-002, 150602-002, 150604-005, 150630-003.

ⁱ Habitualmente designados por *Troika*, palavra russa que designa um comité de três membros e que é “composta por uma equipa de consultores, analistas e economistas responsáveis pela negociação com os países que solicitam um pedido de resgate financeiro, de forma a consolidar as suas contas públicas.” in <http://www.economias.pt/significado-de-troika/>

ⁱⁱ Apresentação intitulada “*Taking Stock of Theory and Empirical Research on Institutional Logics*”, cf. Thornton et al (2012), Prefácio, pág. v.

ⁱⁱⁱ Lei 56/79, de 15 de Setembro, “é criado... o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição”.

^{iv} Negociação do Decreto-lei 73/90, que “reformula o regime legal das carreiras médicas dos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde”, depois de um período intenso de greves e movimentações dos médicos.

^v Decreto-lei 19/88, de 21 de janeiro, que aprova a lei de gestão hospitalar, define no Artigo 7.º, n.º.1, Princípios específicos da gestão hospitalar: “A fim de ser conseguida maior eficiência técnica e social, os hospitais devem organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial, garantindo-se à colectividade o mínimo custo no seu funcionamento, para o que dela utilizarão as regras e os métodos compatíveis com a sua natureza e fins.”

^{vi} Lei 48/90, de 24 de agosto, que estabelece a Lei de Bases da Saúde, na Base XXXVI, sobre Gestão dos hospitais e centros de saúde, n.º.1: “A gestão das unidades de saúde deve obedecer, na medida do possível, a regras de gestão empresarial e a lei pode permitir a realização de experiências inovadoras de gestão, submetidas a regras por ela fixadas.”

^{vii} Decreto-lei 11/93, de 15 de janeiro, que aprova o novo estatuto do Serviço Nacional de Saúde (n.º 2, base XII).

^{viii} Despacho Normativo n.º 61/99, 12 de Novembro.

^{ix} Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de março, aprova o regime das carreiras médicas e o Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro, aprova o regime legal da carreira de enfermagem.

^x XV Governo, liderado por Durão Barroso e apoiado numa maioria PPD/PSD e CDS/PP.

^{xi} Lei n.º. 27/2002, de 8 de novembro, que aprova o novo regime da gestão hospitalar e procede à primeira alteração da Lei n.º. 48/90, de 24 de Agosto.

^{xii} Decreto-lei n.º. 272 a 302/2002, entre 9 e 11 de novembro, aprovam a transformação de 31 hospitais em EPE.

^{xiii} XVI Governo, liderado por José Sócrates e apoiado numa maioria PS.

^{xiv} Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de Julho.

^{xv} Decreto-Lei n.º. 233/2005, de 29 de Dezembro. Transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João e cria o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., o Centro Hospitalar de Setúbal, E. P. E., e o Centro Hospitalar do Nordeste, E. P. E., e aprova os respectivos Estatutos.

^{xvi} “*Tal é o novo paradigma da reforma da Administração Pública que altera expressivamente o estatuto dos médicos das ‘carreiras médicas’ mas, sobretudo, constitui o sinal de que no futuro as ‘carreiras médicas’ deixaram de estar no horizonte desta classe sócio-profissional. Aos médicos do SNS que venham a trabalhar nas Entidades Públicas Empresariais, EPE, não é aplicável o RCTFP (Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas), porque... (a Lei) 59/2008, o impede; diferentemente, aplicar-se-lhes-á o regime dos ‘contratos individuais de trabalho’, isto é, o Código do Trabalho... Ou seja, aqueles que já estão hoje nas ‘carreiras médicas’, lá continuam; todos os demais, não podem entrar” in Miguel, J.P., (2009), *O exclusivo das Associações Sindicais na Negociação das Carreiras Médicas*, Departamento Jurídico do Sindicato Independente dos Médicos.*

^{xvii} Acordo colectivo de trabalho n.º 2/2009, 13 de Outubro, Acordo colectivo da carreira especial médica, entre as entidades empregadoras públicas e a Federação Nacional dos Médicos e o Sindicato Independente dos Médicos; Boletim do Trabalho e Emprego, n.º 41, 8/11/2009, ACT entre o Centro Hospitalar de Coimbra, E. P. E., e outros e a Federação Nacional de Médicos — FENAME e outro.

^{xviii} Decreto-lei 176/2009, de 4 de Agosto, estabelece o regime da carreira dos médicos nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, integradas no Serviço Nacional de Saúde; Decreto-lei 177/2009, de 4 de Agosto, estabelece o regime da carreira especial médica.

^{xix} Decreto-lei n.º 176/2009, de 4 de Agosto, preâmbulo. “*Um dos factores críticos do sucesso do SNS é o da qualificação e desenvolvimento técnico-científico dos seus profissionais, designadamente dos médicos. Para estes, tradicionalmente, as carreiras médicas têm sido um requisito e um estímulo para um percurso de diferenciação profissional, marcado por etapas exigentes, com avaliação inter-pares e reconhecimento institucional. Para o SNS, este processo tem possibilitado o desenvolvimento de um sistema de especialização e formação pós-graduada de sucessivas gerações de médicos, com repercussões comprovadas na qualidade dos cuidados de saúde e nos resultados medidos por vários indicadores de saúde populacional. Torna-se, por isso, necessário preservar e aperfeiçoar este património em todas as instituições e estabelecimentos integrados no SNS, independentemente da sua natureza jurídica.*”

^{xx} Lei 56/79, de 15 de Setembro, “é criado... o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição”.

^{xxi} Entrevista de Gentil Martins, *Jornal Médico*, 10 de Fevereiro de 2015.

^{xxii} Negociação do Decreto-lei 73/90, que “reformula o regime legal das carreiras médicas dos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde”, depois de um período intenso de greves e movimentações dos médicos.

^{xxiii} XV Governo, liderado por Durão Barroso e apoiado numa maioria PPD/PSD e CDS/PP.

^{xxiv} Decreto-lei n.º 272 a 302/2002, entre 9 e 11 de novembro, aprovam a transformação de 31 hospitais em EPE.

^{xxv} Decreto-lei 19/88, de 21 de janeiro, que aprova a lei de gestão hospitalar, define no Artigo 7.º, n.º.1, Princípios específicos da gestão hospitalar: “A fim de ser conseguida maior eficiência técnica e social, os hospitais devem organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial, garantindo-se à colectividade o mínimo custo no seu funcionamento, para o que dela utilizarão as regras e os métodos compatíveis com a sua natureza e fins.”

^{xxvi} Lei 48/90, de 24 de agosto, que estabelece a Lei de Bases da Saúde, na Base XXXVI, sobre Gestão dos hospitais e centros de saúde, n.º.1: “A gestão das unidades de saúde deve obedecer, na medida do possível, a regras de gestão empresarial e a lei pode permitir a realização de experiências inovadoras de gestão, submetidas a regras por ela fixadas.”.

^{xxvii} Decreto-lei 11/93, de 15 de janeiro, que aprova o novo estatuto do Serviço Nacional de Saúde (n.º 2, base XII).

^{xxviii} Despacho Normativo n.º 61/99, 12 de Novembro.

^{xxix} Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de março, aprova o regime das carreiras médicas e o Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro, aprova o regime legal da carreira de enfermagem.

^{xxx} XVI Governo, liderado por José Sócrates e apoiado numa maioria PS.

^{xxxi} Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de Julho.

^{xxxii} ROM, Outubro de 2003, parecer emitido pelo Dr. Paulo Sancho sobre a Minuta -Tipo de Contrato de Trabalho - Hospitais S.A.

^{xxxiii} José Manuel Silva, Presidente da Secção Regional do Centro, “A requalificação da rede de Urgências”, *Tempo de Medicina ONLINE*, 6 de Março de 2007.

^{xxxiv} Carlos Arroz, Secretário-Geral do SIM, “Os recursos são inferiores às necessidades dos doentes”, *Jornal de Negócios*, 19 de dezembro de 2005.

^{xxxv} José Manuel Silva, Presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos, “Michael Porter e Correia de Campos”, *Tempo de Medicina ONLINE* de 3 de Maio de 2007.

^{xxxvi} Decreto-lei 176/2009, de 4 de Agosto, estabelece o regime da carreira dos médicos nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, integradas no Serviço Nacional de Saúde; Decreto-lei 177/2009, de 4 de Agosto, estabelece o regime da carreira especial médica.

^{xxxvii} Acordo colectivo de trabalho n.º 2/2009, 13 de Outubro, Acordo colectivo da carreira especial médica, entre as entidades empregadoras públicas e a Federação Nacional dos Médicos e o Sindicato Independente dos Médicos; *Boletim do Trabalho e Emprego*, n.º 41, 8/11/2009, ACT entre o Centro Hospitalar de Coimbra, E. P. E., e outros e a Federação Nacional de Médicos — FENAME e outro.

^{xxxviii} Dez primeiras medidas para gestão mais eficiente do SNS *in*

<http://www2.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/comunicados+de+imprensa/x+primeiras.htm>

xxxix Portugal: Memorandum Of Understanding On Specific Economic Policy Conditionality, 3 May 2011

xl NOCs - Normas de Orientação Clínica

xli Decreto-Lei 413/71 e Decreto-Lei 414/71, de 27 de Setembro.

xliv Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.

xlvi Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.

xlvii Estatuto Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei 11/93, de 15 de Janeiro.

xlviii Decreto-lei 233/2005, de 29 de Dezembro, SECCÃO I, Conselho de administração, Artigo 6.º, Composição e mandato, “2 - Os membros do conselho de administração são nomeados por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde de entre individualidades de reconhecido mérito e perfil adequado, sendo o director clínico um médico e o enfermeiro-director um enfermeiro.”

xlvi Entrevista com o Ministro da Saúde, Correia de Campos, à TSF e ao Diário de Notícias, no dia 6 de Janeiro de 2007 e publicada no Portal da Saúde, “Palavra d'Honra: Há hospitais urbanos que têm médicos a mais”, Data de publicação 08.01.2007.

xlvi Artigo de Correia de Campos, Ministro da Saúde, publicado nos Cadernos de Economia, n.º 80 Julho/ Setembro de 2007.

xlvi TVi, Saúde cria fundo de 800 milhões para pagar dívidas dos hospitais EPE, Redação/PGM.

xlvi Tribunal de Contas, Auditoria Orientada à Atribuição do Valor de Convergência aos Hospitais EPE, Relatório n.º 11/10 - 2ª S, Processo n.º 19/09 – Audit, Volume I.

¹ Luiz Damas Mora, in sítio do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Nota histórica: “Como consequência do terramoto de 1755 o hospital é transferido para o antigo Convento de Stº Antão, denominando-se agora Real Hospital de S. José. Tendo agregado a si os hospitais do Desterro, Arroios e D. Estefânia, passou o grupo a ser conhecido por Real Hospital de S. José e Anexos. Mais tarde juntaram-se-lhes os de Stª Marta, Curry Cabral (Rego) e Stº António dos Capuchos, este só em 1928, mas, com a República, a partir de 1913, o conjunto adquire o nome Hospitais Cívicos de Lisboa, dos quais é herdeiro o actual Centro Hospitalar de Lisboa Central-EPE.” <http://www.chlc.min-saude.pt/content.aspx?menuid=458&eid=638&returnUrl=%2Fcontentlist.aspx%3Fmenuid%3D458>

li Decreto-Lei 27/2013, de 19 de fevereiro, Artigo 1.º, Objeto, O presente decreto-lei procede à extinção da pessoa coletiva Hospitais Cívicos de Lisboa.

lii “Mas talvez o aspecto dos HCL que mais influência teve na Medicina portuguesa foi o papel no ensino pós-graduado, que contribuiu para a criação de um “espírito”, de uma “escola”, que para além de formatar um perfil médico típico, criava laços afectivos e respeito pela instituição”, in Barros Veloso (2013), Prefácio, O “Espírito dos Hospitais Cívicos de Lisboa, pág. 14.

liii Decreto-lei 233/2005, de 29 de Dezembro, Transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João e cria o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., o Centro Hospitalar de Setúbal, E. P. E., e o Centro Hospitalar do Nordeste, E. P. E., e aprova os respectivos Estatutos.

liv Tribunal de Contas, relatório n.º 17/2011-2ªS, Processo n.º 20/10-Audit, Volume I, “Auditoria ao Sistema Remuneratório dos Gestores Hospitalares e aos Princípios e Boas Práticas de Governação dos Hospitais EPE”, pág. 11.

lv Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro.

lvi “As referências a Miller Guerra e Mário Mendes seriam posteriormente feitas aquando da apresentação do projecto-lei do SNS ao plenário da Assembleia da República em 1978. Cf. “DAR”. N.º 19, de 20/12/1978.” in (Costa, 2007: 366).

lvii De acordo com António Arnaut, “a responsabilidade técnica do seu articulado cabe à Comissão designada para o efeito, de que destaque, por elementar preito de justiça à sua memória, gratidão e homenagem pública, os médicos Mário Mendes [...] e Gonçalves Ferreira... “Boletim Secção Regional do Centro”, N.º 37, de Janeiro/Fevereiro 2009.”

lviii Constituição da República Portuguesa, aprovada em 2 de Abril de 1976, Artigo 64º, Saúde, “2. O direito à protecção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito...” <http://www.parlamento.pt/parlamento/documents/crp1976.pdf>

lix Constituição da República Portuguesa, 2 de Abril de 1976, Artigo 64º, Saúde, n.º 2.

-
- lx Lei 56/79, de 15 de Setembro, Título IV, Da organização e funcionamento, Capítulo I, Princípios gerais, artigo 18.º, nº 1.
- lxi Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de Julho.
- lxii Decreto-Lei n.º 357/82, de 6 de Setembro, concede ao SNS autonomia administrativa e financeira.
- lxiii Despacho normativo n.º 97/83, regulamento tipo para os centros de saúde
- lxiv Decreto-Lei n.º 74-C/84, de 2 de Março, põe fim aos serviços médico-sociais da Previdência.
- lxv Decreto-Lei n.º 344/83, de 25 de Julho, que aprova a Lei Orgânica do IX Governo Constitucional, cria o MS.
- lxvi XI Governo Constitucional, 1987-1991, 1º Ministro, Aníbal Cavaco Silva, ministro da Saúde, Arlindo de Carvalho
- lxvii Decreto-Lei 19/88, de 21 de Janeiro, Aprova a lei de gestão hospitalar.
- lxviii Decreto-Lei 11/93, de 15 de Janeiro, Estatuto do Serviço Nacional de Saúde
- lxix Decreto-Lei 11/93, Art. 2º, Âmbito de aplicação do Estatuto
- lxx Comunicado, Processo Especial de Revitalização da Hospital Amadora/Sintra – Sociedade Gestora, S.A.
- lxxi Decreto-Lei n.º 218/96, de 20 de Novembro.
- lxxii Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de Julho, atribuição de novo estatuto ao Hospital de São Sebastião.
- lxxiii Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de Setembro, cria os centros de responsabilidade integrados (CRI) nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.
- lxxiv Despacho Normativo n.º 61/99, de 11 de Setembro.
- lxxv Decreto-Lei 156/99, de 10 de Maio, Artigo 2.º, Definição.
- lxxvi Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de Novembro.
- lxxvii Decreto-Lei n.º 217/99, de 15 de Junho.
- lxxviii Decreto-Lei n.º 500/99, de 19 de Novembro.
- lxxix Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de Novembro.
- lxxx Decreto-Lei n.º 76/2001, de 27 de Fevereiro, Estabelece o estatuto jurídico aplicável ao Hospital do Barlavento Algarvio
- lxxxi Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.
- lxxxii Decreto-lei n.º. 272 a 302/2002, entre 9 e 11 de Novembro.
- lxxxiii Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2003, de 5 de Fevereiro.
- lxxxiv Decreto-Lei n.º 95/2005, de 7 de Junho.
- lxxxv Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto.
- lxxxvi Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro.
- lxxxvii Lei n.º 81/2009, de 21 de Agosto e Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de Abril.
- lxxxviii XVII Governo Constitucional, 1ª Ministro, José Sócrates, ministra da Saúde, Ana Jorge.
- lxxxix Decreto-lei 176/2009 e 177/2009 de 4 de Agosto.
- xc Ministério da Saúde [MS] > Notas: Novo regime legal da Carreira Médica, 2009-06-03, O Ministério da Saúde e os dois sindicatos médicos – o Sindicato Independente dos Médicos e a Federação Nacional dos Médicos – assinaram um acordo sobre o novo regime legal da carreira médica.
- xcí XVIII Governo Constitucional, Ministro da Saúde, Paulo Macedo, entrevista à revista Acontece, ACSS, Boletim n.º 4, Outubro de 2015.
- xcii “Os Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) constituem um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos que agrupa doentes em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos. Permite definir operacionalmente os produtos de um hospital, que mais não são que o conjunto de bens e serviços que cada doente recebe em função das suas necessidades e da patologia que o levou ao internamento e como parte do processo de tratamento definido”. “O sistema de classificação de doentes em GDH foi originalmente desenhado no final da década de 60, início dos anos 70 por uma equipa da Universidade de Yale, liderada pelo professor Robert B. Fetter, engenheiro industrial.” *in* portal da Administração Central do Sistema de Saúde.

xciii Comorbilidades, substantivo feminino [Medicina] Presença ou associação de duas ou mais doenças no mesmo paciente. = COMORBILIDADE, in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, <http://www.priberam.pt/dlpo/comorbidade> [consultado em 25-02-2016].

xciv No caso das associações profissionais médicas europeias (EMO's, European Medical Organizations) existem, no presente, e como mais representativas: AEMH, European Association of Senior Hospital Physicians; CEOM, Conseil Européen des Ordres des Médecins; CPME-Standing Committee of European Doctors; EJD, European Junior Doctors; FEMS, European Federation of Salaried Doctors, UEMO, The European Union of General Practitioners; UEMS, European Union of Medical Specialists.

xcv Entrevista concedida ao "Jornal do Médico" pelo Ministro da Saúde e Assistência, Martins de Carvalho, 7 de Janeiro de 1961.

xcvi Decreto nº 43743, de 21 de Junho de 1961, Insere disposições destinadas a promover a formação de médicos para servirem nos quadros médico comum e complementar de cirurgiões e especialistas das províncias ultramarinas - Revoga os Decretos n.º 41202 e 42292.

xcvii Boletim da Ordem dos Médicos, Vol. XII, nº 3 (Março de 1963), 199, Discurso na tomada de posse do novo Bastonário, José Lobato Guimarães.

xcviii Albino Aroso (1923-2013), médico e diretor do Serviço de Ginecologia do Hospital Santo António, professor associado de Ginecologia/Obstetrícia do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), considerado o pai do planeamento familiar em Portugal, exerceu os cargos de Secretário de Estado da Saúde no VI Governo Provisório (1976) e o de Secretário de Estado Adjunto da Saúde no XI Governo Constitucional (1987-1991).

xcix Aroso, A., (1963), Carreira médica hospitalar, *O Médico*, 25 de Abril.

c Decreto-Lei nº 48 357, de 27 de Abril de 1968, Aprova e publica o Estatuto Hospitalar.

ci Decreto-Lei nº 48 358, de 27 de Abril de 1968. "Artigo 1.º. Em execução do disposto no artigo 91.º do Decreto-Lei nº 48 357, desta data, é aprovado o Regulamento Geral dos Hospitais ..."

cii Em boa verdade, as ideias referidas tinham sido já objeto de diploma prévio, a Lei 2120, de 19 de Julho de 1963, promulga as bases da política de saúde e assistência, que "dispôs, na base X, que a actividade hospitalar deveria ser coordenada, de modo a integrar num plano funcional os hospitais, centrais, regionais e subregionais, os postos de consulta ou de socorros e os serviços auxiliares. No que respeita a pessoal, preceituou, na base XXV, o estabelecimento de carreiras médicas, farmacêuticas, de serviço social, de enfermagem e administrativas." in preâmbulo do Decreto-Lei 48357, de 27 Abril de 1968.

ciii Decreto-Lei nº 48 357, de 27 de Abril de 1968, preâmbulo, "9. Para a elaboração deste diploma foram obtidos pareceres da Corporação da Assistência, da Ordem dos Médicos, da Comissão Médica dos Hospitais Gerais e de provedores e directores clínicos dos hospitais centrais, regionais e subregionais."

civ Subsecção III, Carreira médica hospitalar, art. 42º a 55º.

cv Portaria 23 903, de 6 de Fevereiro de 1969, "aprova, a título experimental e para vigorar durante o ano de 1969, o seguinte Regulamento do Internato Médico".

cvii Decreto-Lei 48 879, 22 de Fevereiro de 1969, "Art. 3.º - 1. A admissão ao internato geral dos hospitais será assegurada, mediante requerimento, a todos os que obtiverem aprovação nas disciplinas do curso médico-cirúrgico das Faculdades de Medicina das Universidades portuguesas."

cviii Médico de formação, diplomado nos cursos de Medicina Tropical e Medicina Sanitária, foi deputado à Assembleia Nacional, e entre outras funções ministro-delegado do presidente do Conselho para a Emigração, ministro da Saúde e Assistência, das Corporações e Previdência Social e do Ultramar.

cix Médico e doutor em Medicina, foi um dos grandes responsáveis e impulsionadores dos serviços de Saúde Pública em Portugal, diretor do Instituto Ricardo Jorge, apoiou a criação da Escola Nacional de Saúde Pública onde foi professor.

cx Licenciado em Direito, Professor do Instituto de Serviço Social, foi entre outras funções Secretário de Estado do Trabalho e Previdência e Ministro das Corporações e Previdência Social.

cxii Decreto-Lei 413/71, de 27 de Setembro, Artigo 2.º Objectivos da política de saúde e assistência social, 1. A política de saúde e assistência social visa garantir o direito à saúde, considerado como direito de personalidade, bem como cooperar na segurança e promoção social dos indivíduos e dos seus agrupamentos naturais e valer aos seus estados de carência.

-
- cxⁱ Decreto-Lei 413/71, de 27 de Setembro, preâmbulo, conferir 1.
- cxⁱⁱ Decreto-Lei 414/71, de 27 de Setembro, “Estabelece o regime legal que permitirá a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestem serviço no Ministério da Saúde e Assistência.”
- cxⁱⁱⁱ Decreto-Lei n.º 704/74, de 7 de dezembro, “*os Hospitais das Misericórdias passam a ser geridos por comissões que são nomeadas e respondem perante o Secretário de Estado. O Estado passa a dispor, assim, de uma rede de equipamentos que lhe permite administrar a saúde a nível nacional e que se rege pelas regras definidas no Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro.*” in portal da Saúde, História do Serviço Nacional de Saúde.
- cx^{iv} Lei Arnaut; António Duarte Arnaut, advogado, foi ministro dos Assuntos Sociais do II Governo Constitucional, tendo como secretário de Estado, o médico Mário Mendes.
- cx^v De acordo com António Arnaut, “a responsabilidade técnica do seu articulado cabe à Comissão designada para o efeito, de que destaco, por elementar preito de justiça à sua memória, gratidão e homenagem pública, os médicos Mário Mendes [...] e Gonçalves Ferreira...” “Boletim Secção Regional do Centro”, N.º 37, de Janeiro/Fevereiro 2009.”
- cx^{vi} Entrevista do ex-bastonário da OM, Gentil Martins, ao Tempo de Medicina, 1.º Caderno de 23-02-2009.
- cx^{vii} António Galhordas, dirigente da Ordem dos Médicos nos anos 70, foi secretário de Estado da Saúde do I Governo Provisório, liderado por Palma Carlos.
- cx^{viii} Referimo-nos ao processo revolucionário desencadeado pelo movimento das Forças Armadas, no dia 25 de Abril de 1974.
- cx^{ix} “a instabilidade política herdada da revolução e que perdurou 10 anos depois de 1975 [...] A marca desta instabilidade está na crise governativa crônica que durará até à eleição de Aníbal Cavaco Silva.” in Varela, R. (2013), Ruptura e Pacto Social em Portugal (1974-2012), *História e Perspectivas*, (49): 335-368.
- cx^x Os sindicatos que virão a constituir a Federação Nacional dos Médicos (FNAM) e o Sindicato Independente dos Médicos.
- cx^{xi} Decreto-Lei n.º 373/79, de 8 de Setembro, Estatuto do Médico.
- cx^{xii} Decreto-Lei 310/82, de 3 de Agosto, “*Regula as carreiras médicas*”, ARTIGO 2.º, (Objectivo das carreiras), 1 - *A instituição das carreiras médicas visa a legitimação, a garantia e a organização do exercício da actividade médica nos serviços públicos de saúde, com base nas adequadas habilitações profissionais e sua evolução em termos de formação permanente e prática funcional.*”
- cx^{xiii} Decreto-lei 310/82, Art.8.º, 2, “*Em todas as situações o médico exerce a sua acção com plena responsabilidade profissional ...*”
- cx^{xiv} Decreto-lei 310/82, art.7.º, 16.
- cx^{xv} Decreto-lei 310/82, art.20.º, “*1. O médico de clínica geral é um profissional habilitado para prestar cuidados primários a indivíduos, famílias e, mais amplamente, a populações definidas que lhe sejam confiadas, exercendo a sua intervenção em termos de generalidade e continuidade dos cuidados, de personalização das relações com os assistidos, de informação sócio-médica e de integração nos objectivos genéricos do Serviço Nacional de Saúde.*”
- cx^{xvi} João Semana é um personagem do romance “As Pupilas do Senhor Reitor” de Júlio Dinis, que representa o médico que exerce clínica no meio rural; Cf. ainda: Cruz, J. (2014), Este Cavalheiro era João Semana, *Act Med Port*, 27 (1): 148-150.
- cx^{xvii} Aníbal Cavaco Silva, Professor Catedrático da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa e na Universidade Católica Portuguesa, foi primeiro-ministro do X-XII Governos Constitucionais.
- cx^{xviii} Artigo publicado no semanário “Expresso”, 30 de Janeiro de 1988, da autoria de Vicente Jorge Silva: “... o quase febril activismo da equipa chefiada por Leonor Beza processa-se em campos estranhos à vocação natural do Ministério e, de uma forma cada vez mais nítida, fazendo tábua-rasa dos critérios essenciais a uma vivência democrática. O recente episódio da venda de unidades hospitalares é apenas a última ilustração do que tem vindo a ser a política de Leonor Beza: uma afirmação persistente do despotismo mesquinho e contabilístico, num confronto sistemático com a comunidade médica e, sobretudo, com os interesses elementares dos cidadãos numa área tão sensível do serviço do Estado como é a saúde e a assistência hospitalar.

A apatia, o corporativismo estéril, o peso das baronias que corroem a chamada classe médica fornecem a Leonor Beza um excelente bode expiatório para uma política demagógica que, através do pretexto da luta contra os privilégios dessa classe, multiplicou arbitrariedades, favoreceu interesses inconfessados no “establishment” médico, possibilitou negócios dúbios – como aquele que envolveu o actual secretário de Estado da Administração da Saúde, Costa Freire, no equipamento do hospital do restelo – e, finalmente, não deu qualquer resposta estruturada e consequente à degradação física e funcional do sistema hospitalar. [...]

Agora, sem ter definido previamente qualquer programa ou alternativa global de modernização do sistema hospitalar, Leonor Beza avança festivamente para a alienação do património de vários hospitais, nomeadamente as duas unidades de assistência psiquiátrica existentes em Lisboa, o Júlio de Matos e o Miguel Bombarda. O critério de rentabilização dos serviços de saúde é erigido como norma soberana da política do Ministério, mesmo que para isso tenham de ser sacrificados os doentes e coloque a comunidade medica perante factos consumados.[...] Nem o thatcherismo mais descabelado se permitiu ignorar a especificidade do serviço publico de saúde – não redutível a meros critérios de rentabilidade económica e financeira –, fazendo depender do sucesso de operações imobiliárias e definição posterior de uma nova política hospitalar. [...]

Não é certamente através da desertificação e do estrangulamento ainda mais dramático de um sistema já insuficiente e precário que o Estado poderá corresponder à obrigação inalienável de assegurar um serviço publico de saúde. A não ser – e é isso o que precisamente acontece – que a política do Estado se confunda com uma política de desprezo: o desprezo dos cidadãos que necessitam de cuidados médicos e o desprezo dos cidadãos que asseguram esses cuidados. [...]”.

cxxix Machado Macedo, professor universitário e figura de referencia na medicina portuguesa, foi bastonário da Ordem dos Médicos entre 1987 e 1992.

cxix Machado Macedo afirma mesmo nesta entrevista que “*Até há alguns meses atrás tinha havido uma manobra concertada de ataque a uma Classe inteira, a Classe Médica, por vezes sem qualquer base lógica ou justa.*”. in Boletim do SIM, 2, Janeiro/Feveireiro/Março 1988, pág. 6.

cxix Decreto-lei 29:171, de 24 de Novembro de 1938, “Artigo único. É constituído, com a denominação de Ordem dos Médicos, o Sindicato Nacional dos Médicos, que se regulará pelos estatutos anexos a este decreto, do qual fazem parte integrante.”

cxix Estatutos do SIM, Capítulo I, Artigo 1º, Nº 1

cxix Estatutos da FNAM, Artigo 5º b)

cxix Estatutos do SIM, Capítulo II, Artigo 9º, alínea l

cxix “*A qualificação profissional não se adquire com a licenciatura: ‘no estado actual da medicina, não deve haver médicos sem possuírem qualificação, isto é, prática pós-universitária’*. O recém-formado deve entrar numa carreira post-universitária, onde desenvolva o saber e se adestre na clínica. O acesso à carreira hospitalar tem de ser visto à mesma luz do curso universitário: uma porta para todos, sem limitações arbitrárias, sem «numerous clausus». Não se trata de carreiras independentes, mas de uma e mesma, com duas fases sucessivas: a primeira começa o que a segunda completa.*” (Guerra e Tomé, 1964: 639).(*itálico no original).

cxix Lei 2120, de 19 de Julho de 1963, Promulga as bases da política de saúde e assistência.

cxix Decreto-Lei 413/71 e Decreto-Lei 414/71, de 27 de Setembro.

cxix Entrevista de Gentil Martins, Jornal Médico, 10 de Fevereiro de 2015, António Gentil Martins: histórias de quando a OM foi extinta e convertida em Sindicato. Segundo Gentil Martins, ex-bastonário da OM, a “*Ordem dos Médicos, que era então na Avenida da Liberdade, em Lisboa, foi “tomada” por sindicalistas do Sindicato dos Médicos do Sul [...] A sua intenção: acabar com a Ordem, uma instituição considerada “fascista” porque foi criada em 1938, pelo regime.*”. Integravam este grupo alguns dos dirigentes da OM que tinham sido destituídos pelo governo antes de 1974. De acordo com Gentil Martins, numa “*assembleia realizada a 29 de Abril, no Hospital de Dona Estefânia, em Lisboa, presidida por António Galhordas (seria nomeado secretário de Estado da Saúde do primeiro Governo Provisório, liderado por Palma Carlos, a 16 de Maio de 1974) [...] foi defendido que os médicos não necessitavam de uma Ordem. Para os sindicalistas “revolucionários”, os médicos não passavam de simples trabalhadores da saúde, como todos os demais trabalhadores, e por isso bastava-lhes um sindicato que defendesse os seus interesses laborais. A ética competiria aos tribunais e a regulação técnica às estruturas do governo! A existência de uma Ordem era, pois, injustificada pelo que a mesma deveria desaparecer. E a figura de Bastonário, idem: era fascista.*”.

cxix I Governo Constitucional de Portugal (1976-1978), tendo como primeiro-ministro Mário Soares.

-
- cxl Decreto-Lei 282/77, de 5 de Julho, Estatutos da Ordem dos Médicos.
- cxli Em boa verdade, as referências às funções sindicais serão eliminadas posteriormente, por determinação do Conselho da Revolução, após parecer do constitucionalista Jorge Miranda.
- cxlii Entrevista de Gentil Martins, Tempo de Medicina, 1º Caderno, 23-02-2009.
- cxliii Governo liderado por Maria de Lourdes Pintassilgo, e tendo como ministro dos Assuntos Sociais Alfredo Bruto da Costa, *in* Entrevista de Gentil Martins, Tempo de Medicina, 1º Caderno, 23-02-2009.
- cxliv Decreto-Lei n.º 373/79, VI, Disposições finais, Art.26.º “Art. 26.º As alterações ao presente Estatuto, no todo ou em parte, serão precedidas de audição da Ordem dos Médicos e das associações sindicais médicas.”
- cxlv Decreto-Lei 310/82, de 3 de Agosto, regula as carreiras médicas, e define estas com a natureza de carreiras profissionais.
- cxlvi DL 310/82, Art.2.º, 1, A instituição das carreiras médicas visa a legitimação, a garantia e a organização do exercício da actividade médica nos serviços públicos de saúde, com base nas adequadas habilitações profissionais e sua evolução em termos de formação permanente e prática funcional. 2, O disposto no número anterior entende-se com salvaguarda da competência da Ordem dos Médicos...”
- cxlvii X Governo Constitucional, tendo como primeiro-ministro Aníbal Cavaco Silva.
- cxlviii Programa do X Governo Constitucional, Cap. III, 3. Saúde, pág. 52.
- cxlix Decreto-Lei 19/88, de 21 de Janeiro, Aprova a lei de gestão hospitalar.
- cl Presidência da República, PT/PR/AHPR/CC/CC0102/3576/039, Vítor Ramalho, contactos entre a PR e a Ordem dos Médicos e os 4 sindicatos representativos da classe médica, com o extremar de posições entre a Ministra da Saúde, Leonor Beleza e os Médicos em greve.
- cli Presidência da República, PT/PR/AHPR/CC/CC0102/3576/038
- clii Presidência da República, PT/PR/AHPR/CC/CC0102/3577/007
- cliii Presidência da República, PT/PR/AHPR/CC/CC0102/3577/006
- cliv Presidência da República, PT/PR/AHPR/CC/CC0102/3576/040
- clv Boletim do SIM, 2, Janeiro/Fevereiro/Março 1988, página 1, “Os Médicos e a Greve”.
- clvi Decreto-Lei 73/90, de 6 de Março, Aprova o regime das carreiras médicas.
- clvii Decreto-Lei 73/90, Artigo 5.º, 2, “O médico exerce a sua actividade com plena responsabilidade profissional, através do exercício correcto das funções assumidas, coopera com outros profissionais cuja acção seja complementar da sua e coordena e participa nas equipas de trabalho para o efeito constituídas.”
- clviii Lei 48/90, de 24 de Agosto
- clix Entrevista ao Tempo de Medicina, Helena Nunes, por ocasião das comemorações dos 30 anos do SNS.
- clx XII Governo Constitucional, Programa do Governo, página 80: “A reforma do sistema implica necessariamente a aprovação de mudanças profundas no modelo de financiamento e gestão. Far-se-á o necessário e desejável enquadramento jurídico dos sectores público e privado de forma a possibilitar uma concorrência que potencie o sistema e forneça melhores cuidados de saúde a todos os Portugueses, segundo critérios rigorosos de idoneidade e de livre escolha do utente.”
- clxi Decreto-Lei 54/92, de 11 de Abril, estabelece o regime de taxas moderadoras para o acesso aos serviços de urgência, às consultas e a meios complementares de diagnóstico e terapêutica em regime de ambulatório, bem como as suas isenções. Preâmbulo. ... “as receitas arrecadadas com o pagamento parcial do custo dos atos médicos constituirão receita do Serviço Nacional de Saúde, contribuindo para o aumento da eficiência e qualidade dos serviços prestados a todos e, em especial, dos que são fornecidos gratuitamente aos mais desfavorecidos”.
- clxii Decreto-Lei 11/93, de 15 de Janeiro, Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.
- clxiii Boletim do SIM, 4, Julho de 1993, António Bento, Sistemas de Saúde, Políticas de Saúde.
- clxiv Arlindo de Carvalho, ministro da Saúde, Entrevista à Rádio Renascença, 26-06-1993: “que hoje não há grande apetência para ser Administrador de Hospital. Um hospital é uma unidade muito complexa, é uma unidade onde é difícil exercer a sua profissão, sobretudo a nível de gestão. Por consequência eu penso que não é fácil hoje, já, e eu tenho tido essa experiência, encontrar pessoas disponíveis para virem a constituir a gestão das empresa, os gestores destas unidades

hospitalares[...]a lei que está aprovada, é a lei que está em vigor, e por consequência ela tem enormes potencialidades[...]Eu refuto peremptoriamente, esta ideia de que só se nomeiam os administradores políticos, só se nomeiam os administradores desta ou daquela força partidária. Bom, eu nomeio os administradores, fundamentalmente, em função de duas ou três coisas: em primeiro lugar a sua capacidade; em segundo lugar o seu perfil e em terceiro lugar pela confiança

clxv Boletim do SIM, 7, Abril-Julho 1994, pág.6, “A partir deste movimento, que foi designado pela comunicação social por “Movimento dos 50”, e sob o lema “Ordem – A casa de todos os médicos” criou-se e desenvolveu-se uma dinâmica de cooperação e de complementaridade entre a Ordem, Sindicatos e Associações, consubstanciada no Forum Médico que tem dado maior força e coesão à intervenção das organizações médicas.”

clxvi Paulo Mendo, médico, ex-diretor do Hospital de Santo António do Porto e ex-secretário de Estado do ministro da Saúde, por duas vezes, assumiu funções em 7 de dezembro de 1993.

clxvii Boletim do SIM, 7, Abril-Julho 1994, pág.23, “A Ordem e os Sindicatos Médicos e outras organizações médicas, no âmbito do Forum Médico, enviaram a V.Exa. a sua posição sobre a gestão de Unidades de Saúde onde afirmam, claramente:[...] c) Que os médicos não abdicam de querer escolher os seus Directores Clínicos e de Serviço, pois não aceitam a intromissão da política e dos políticos (mesmo quando estes são médicos) em questões de foro técnico.

clxviii Nuno Morujão, Secretariado SIM, A Eficácia Económica dos Médicos, Boletim do SIM, 7, Abril-Julho 1994, pág.25.

clxix XIII Governo Constitucional, 1º Ministro António Guterres, ministro da Saúde, Maria Belém Roseira.

clxx Decreto-Lei n.º 135/96, de 13 de Agosto, preâmbulo.

clxxi Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de Julho, atribuição de novo estatuto ao Hospital de São Sebastião.

clxxii Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de Setembro, cria os centros de responsabilidade integrados (CRI) nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

clxxiii Despacho Normativo n.º 61/99, de 11 de Setembro.

clxxiv Decreto-Lei 156/99, de 10 de Maio, Artigo 2.º, Definição

clxxv Decreto-Lei 39/2002, de 25 de Fevereiro, Aprova nova forma de designação dos órgãos de direcção técnica dos estabelecimentos hospitalares e dos centros de saúde, altera a composição dos conselhos técnicos dos hospitais e flexibiliza a contratação de bens e serviços pelos hospitais.

clxxvi XV Governo Constitucional, 1º Ministro José Manuel Durão Barroso, ministro da Saúde Luís Filipe Pereira.

clxxvii Programa do XV Governo Constitucional, pág. 147.

clxxviii Programa de Estabilidade e Crescimento (actualização para o período de 2002-2005) apresentado à União Europeia, Portugal comprometeu-se expressamente a “*converter em empresas públicas hospitais de média dimensão e com capacidade estrutural e experiência positiva de desempenho que lhes permita, com dotação extraordinária de capital, melhorar as condições de qualidade e eficiência de desempenho e resolver o passivo acumulado*”.

clxxix Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.

clxxx Decreto-lei n.º 272 a 302/2002, entre 9 e 11 de novembro.

clxxxi Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto. “*de parcerias público/privado através da concessão da gestão de unidades prestadoras de cuidados a entidades privadas ou de natureza social ou pelo investimento conjunto entre estas entidades e o Estado, segundo princípios de eficiência, responsabilização, contratualização e de demonstração de benefícios para o serviço público de saúde.*”

clxxxii Boletim do SIM, 39, Abril-Jun 2002, Editorial, Arroz, C., pág. 3.

clxxxiii ROM, Setembro de 2003, pág. 38-39, O Fim da História da Ordem dos Médicos, Miguel Leão: “[...] o regresso de um certo tipo de pensamento modernista claramente anti-médico personificado na intervenção do Ministro Correia de Campos. Esta percepção era aliás evidentemente cristalina tão claro era o contraste com os princípios e o estilo das suas antecessoras Maria de Belém Roseira e Manuela Arcanjo [...] A acção política de Correia de Campos e Luís Filipe Pereira não tem nenhuma proximidade com a Esquerda ou com a Direita Políticas, como não tem com o Pensamento Liberal ou com o Conservador, como não tem com a defesa das Carreiras Médicas e do Serviço Nacional de Saúde. As suas políticas são por isso simples exercícios de gestão, com métodos já conhecidos, com resultados que o tempo demonstrará e com finalidades que o futuro se encarregará de comprovar e que

tem, claramente, em comum, eliminar, qualquer tipo de influência e autonomia técnica, social, política, ideológica e económica dos médicos enquanto grupo. Os médicos têm o dever de perceber e fazer o contrário, encontrando, pelo menos, o seu mínimo múltiplo comum [...].

clxxxiv Boletim do SIM, 43, Abril-Jun 2003, Jorge Silva, “As relações institucionais com o actual Ministério da Saúde”, pág.21-22. “*Até Junho de 2003 foram nada mais nada menos do que 40 os Decretos Lei com matéria de natureza laboral publicados pelo DR sem que tivesse havido uma negociação colectiva que o respeito pela Constituição imporia*”.

clxxxv Boletim do SIM, 41, Out-Dez 2002, pág. 12.

clxxxvi ANF detinha em 2007, 49% da multinacional de distribuição grossista Alliance-Santé, a empresa de “factoring” Finanfarma, a empresa CPC-sistemas de informação em saúde, o LEF (Laboratório de Estudos Farmacêuticos) e o CEFAR (Centro de Estudos e Avaliação em Saúde).

clxxxvii ROM, Maio de 2003, Editorial, pág. 3, J. Germano de Sousa.

clxxxviii XI Congresso Nacional de Medicina, Sessão “A Prescrição de Medicamentos não pode ter Quaisquer Condicionais”, publicado ROM, Junho de 2003.

clxxxix ROM, Junho de 2003, pág. 18-20.

cxix “Todas aquelas despesas estão a custar-nos caro até em termos de saúde pois há despesas que devíamos fazer e não fazemos, porque quando nós temos um sistema que gasta demasiado em saúde a tentação de qualquer decisor público é travar. E trava-se da maneira mais fácil: não deixando entrar novos medicamentos. Neste momento Portugal tem uma taxa de adopção de novos medicamentos muito inferior à de outros países desenvolvidos. Quando consideramos tudo isso, penso que se pode dizer que há correcções a introduzir no uso/prescrição dos medicamentos. Mesmo as políticas que já foram adoptadas ou anunciadas terão um impacto limitado. A única maneira de resolver este problema é através de uma mudança de comportamento dos prescritores. Só através da autoregulação é que se poderá resolver estes problemas. As únicas pessoas que têm capacidade para avaliar o desempenho profissional dos médicos são os próprios médicos, mas terão que olhar para questões como comportamento prescritor e eficiência económica dos colegas que estão a ser avaliados. Espero que estas mudanças venham a ter uma participação activa dos médicos porque a verdade é esta: os médicos estão numa boa posição para ponderar todos os valores relevantes e para introduzirem, na medida certa, as questões de racionalidade.”. Conclusões do debate “A Prescrição de Medicamentos não pode ter Quaisquer Condicionais”, Miguel Gouveia.

cxci ROM, Maio de 2003, pág. 10.

cxcii ROM, Setembro de 2003, pág. 8, Conferência de imprensa do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, “o Senhor Ministro tem centrado a questão, ainda que erradamente, na duração do tempo total da formação médica pós-graduada... a revisão da legislação sobre internatos envolve um problema mais relevante: a qualidade da formação dos médicos e, portanto, a qualidade dos serviços de saúde a prestar, no futuro próximo, a todos os portugueses [...] a Ordem dos Médicos não abdica das competências que o seu Estatuto, vertido em decreto-lei, lhe confere. Estas são as seguintes: a competência para definir as especialidades médicas, os respectivos conteúdos curriculares, a duração dos tempos de formação, os serviços qualificados e idóneos para garantir essa formação e a titulação profissional.”

cxciiii Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2003, de 5 de Fevereiro, cria uma unidade de missão designada “Hospitais SA”.

cxciiv Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril, cria a rede de cuidados de saúde primários

cxci v Apreciação sobre a “Proposta de Decreto-Lei-Rede de prestação de Cuidados Primários, FNAM, 12/11/2002.

cxci vi FNAM, APRECIACÃO SOBRE A "PROPOSTA DE DECRETO-LEI-REDE DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

“[...] Por todas as questões expostas, a FNAM rejeita totalmente esta proposta de decreto-lei e considera que o seu conteúdo apresenta disposições ilegais e inconstitucionais.

Desde já, importa denunciar que o conteúdo deste projecto de decreto-lei se insere claramente nas disposições estabelecidas no art. 6.º da Lei n.º 23/98, que impõe o desencadeamento de um processo formal de negociação colectiva e não uma mera audição prévia.

Torna-se claro que o seu objectivo essencial conduz à privatização de parte significativa dos centros de saúde, e constitui uma medida complementar e articulada do projecto de privatização dos hospitais, de modo a que alguns grandes grupos financeiros possam garantir a exploração integrada dos vários níveis da prestação de cuidados de saúde.

A forma mais facilitadora da atracção desses grupos financeiros pela privatização dos serviços públicos de saúde é criar um quadro laboral desregulamentado e precário, com a consequente destruição das carreiras profissionais.

Este Ministério da Saúde, a concretizar as medidas referidas, consegue cometer a proeza de fazer recuar o nosso sistema de saúde ao final da década de 60, antes da reforma empreendida pelo Prof. Dr. Gonçalves Ferreira, então Secretário de Estado da saúde.

A FNAM, desde já transmite a sua firme determinação em recorrer aos órgãos competentes do nosso Estado democrático, de modo a que este projecto seja anulado. [...]

^{cxcvii} OPSS (RP 2004:14-15) “optou-se por uma solução invulgar sem qualquer estudo conhecido sobre o complexo sistema regulador da saúde já existente e sobre a melhor maneira do melhorar ou complementar.

Não é possível identificar um só actor social relevante que se tenha identificado com esta forma de fazer as coisas” [...] “Possivelmente preocupado pela importância do temas, o próprio Presidente da República, após ter chamado à atenção para a importância de melhor regulação na saúde a propósito da nova lei sobre a organização e gestão dos centros de saúde”

^{cxcviii} ROM, Setembro de 2003, Editorial, pág.3, J. Germano de Sousa, ERS: dúvidas e objecções

^{ccix} Pedro Nunes, Presidente da SRS da OM, Representantes dos médicos contra a Entidade Reguladora, ROM, Setembro de 2003, pág. 12.

^{cc} A este propósito Stoleroff e Correia (2008) defendem que as condições de emprego e remuneração ficaram sujeitas às lógicas de mercado, quer na forma de contratos individuais de trabalho (CIT), quer na forma de *outsourcing* (ou seja, através da contratação de pessoal médico por intermédio de empresas privadas prestadoras de serviços médicos).

^{cci} ROM, Outubro de 2003, parecer emitido pelo Dr. Paulo Sancho sobre a Minuta -Tipo de Contrato de Trabalho - Hospitais S.A.: “cláusula 10ª julgamos que a mesma não tem em consideração princípios éticos relevantes, antes contrariando normas deontológicas vigentes. Com efeito, por via desta cláusula o médico fica obrigado a cumprir todos os regulamentos, directivas, planos de trabalho, ordens e instruções, escritas ou verbais, provenientes da Administração e/ou dos seus superiores hierárquicos, bem como os procedimentos e regras de funcionamento que estejam em vigor no Hospital [...] o art.º 4º do Código Deontológico, o médico, no exercício da sua profissão é técnica e deontologicamente independente e responsável pelos seus actos, não podendo ser subordinado à orientação técnica e deontológica de estranhos à profissão médica no exercício das suas funções clínicas, não podendo em caso algum ser constringido a praticar actos médicos contra a sua vontade [...] a redacção das cláusulas 11ª, 12ª e 14ª é, sobremaneira, infeliz, na medida em que, por um lado, omite qualquer referência à qualidade dos serviços prestados aos doentes e, por outro, apenas visa a salvaguarda da "boa imagem" e dos interesses do Hospital. Ora, o objectivo primeiro da profissão médica é, no dizer do Código Deontológico, "o maior respeito pelo direito à Saúde dos doentes e da comunidade", devendo a profissão ser fundamentalmente exercida em benefício dos doentes e da comunidade. De resto, do conjunto das cláusulas do contrato parece até resultar que tal objectivo tão pouco é prosseguido pelo Hospital [...]”.

^{ccii} Comunicado conjunto Associação Portuguesa dos Médicos da Carreira Hospitalar, Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, Associação Portuguesa dos Médicos de Saúde Pública, Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, Federação Nacional dos Médicos e Sindicato Independente dos Médicos, ROM, Outubro de 2003, “[...] as estruturas signatárias adoptam consensualmente:

[...] proposta de alteração ao Código Deontológico dos Médicos "É dever deontológico do Médico Director ou Responsável Clínico das organizações, instituições ou entidades referidas no número anterior remeter um exemplar daquele contrato ao Conselho Regional da Ordem dos Médicos da área de inscrição do médico, por iniciativa própria ou por determinação do Conselho Regional".

b) exigir a abertura de negociação colectiva de trabalho para os médicos em respeito pelo disposto pela Lei 23/98

c) exigir a consagração de mecanismos de diferenciação técnica em todos os regimes contratuais independentemente da sua vigência no sector público, privado, cooperativo ou social, de forma a assegurar a equivalência técnica e a liberdade de circulação dos médicos

d) manter encontros periódicos com vista à troca de informações e à análise de qualquer questão relativa a contratos individuais de trabalho e a outras matérias relevantes para o exercício profissional dos médicos

e) elaborar um guião relativo a contratos individuais de trabalho para o qual se assegura desde já a mútua colaboração dos respectivos consultores jurídicos”

cciii O Futuro da Saúde para a Europa, «Podíamos fazer melhor» ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira, ROM, Julho de 2004, pág. 24-26.

cciv Manuel Antunes, Política de saúde baseada na evidência, “Está-se a matar o Serviço Nacional de Saúde”, ROM, Fevereiro de 2004, pág. 26-29.

ccv Decreto do Presidente da República, Jorge Sampaio, n.º 100-B/2004 de 22 de Dezembro, “Artigo 1.º É dissolvida a Assembleia da República”

ccvi Boletim do SIM, 49, Out-Dez 2004, Editorial, Jorge Silva, “Mudam-se os tempos, mudam-se as vontades?”.

ccvii Discurso de tomada de posse do presidente da Secção Regional Centro de OM, José Manuel Silva, ROM, Janeiro de 2005, pág. 16-17.

ccviii XVI Governo, liderado por José Sócrates.

ccix Correia de Campos, “Azeite em papel de jornal”, artigo de opinião, publicado no jornal Público, a 12 de Abril de 2005.

ccx Decreto-Lei, n.º 93/2005, de 7 de Julho, preâmbulo, “De facto, as futuras entidades públicas empresariais encontrar-se-ão sujeitas a um regime mais estrito ao nível das orientações estratégicas, a exercer pelos Ministérios das Finanças e da Saúde, necessário para que aquele conjunto de empresas funcione, quer a nível operacional quer a nível da racionalidade económica das decisões de investimento.”

ccxi Comunicado do Conselho de Ministros, 07.04.2005, Reforma do Sistema de Saúde, são criados o Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde, a Comissão para a Avaliação dos Hospitais SA; Despacho 18459/2006, Rede de referência hospitalar de urgência/emergência.

ccxii Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro. Transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João e cria o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., o Centro Hospitalar de Setúbal, E. P. E., e o Centro Hospitalar do Nordeste, E. P. E., e aprova os respectivos Estatutos

ccxiii Entrevista com o Ministro da Saúde, Correia de Campos, “As grávidas vão poder escolher o sítio onde querem fazer o parto”, publicada no Diário de Notícias, edição de 3 de Fevereiro de 2006, Rute Araújo e Rodrigo Cabrita

ccxiv Boletim do SIM, 53, Out-Dez 2005, “As Maternidades em Portugal”, Posição do SIM, pág. 21; ROM, Outubro 2006, “Requalificação da Rede de Urgência Geral”, pág. 42-43.

ccxv Entrevista com o Ministro da Saúde, Correia de Campos, “Uma consulta à noite pode custar mil euros”, publicada no Jornal de Notícias, a 29 de Abril de 2006, Ivete Carneiro e Adelino Meireles.

ccxvi ROM, Outubro 2006, “Requalificação da Rede de Urgência Geral”, pág. 42-43.

ccxvii José Manuel Silva, Presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos, “Michael Porter e Correia de Campos”, Tempo de Medicina ONLINE de 3 de Maio de 2007.

ccxviii Carlos Arroz, Secretário-Geral do SIM, “Os recursos são inferiores às necessidades dos doentes, Jornal de Negócios, 19 de dezembro de 2005.

ccxix José Manuel Silva, Presidente da Secção Regional do Centro, “A requalificação da rede de Urgências”, Tempo de Medicina ONLINE, 6 de Março de 2007. *“Todos os que trabalham ou recorrem às Urgências sentem que as Urgências hospitalares estão a ficar completamente saturadas e, algumas, a entrar em ruptura de espaço físico e recursos humanos, não tendo capacidade para absorver mais encerramentos. É um problema generalizado, pelo que seria injusto estigmatizar somente uma ou outra Urgência, como se os problemas residissem nesse hospital. O que é confirmado pelos números, pois a afluência às Urgências em 2006 foi cerca de 4-5% superior à de 2005. É o resultado do encerramento dos SAP, sem alternativas claras para os cidadãos! [...] A grande reforma das Urgências [...] que só se consegue com uma eficiente reforma dos cuidados de saúde primários [...]*

ccxx José Manuel Silva, Presidente da Secção Regional do Centro, “Lavar as mãos!”, Tempo de Medicina ONLINE, de 30 de Outubro de 2007.

ccxxi Boletim do SIM, 61, Out-Dez 2007, “Ministro recusa negociar diploma dos centros de saúde com o SIM”, pág.7; Comissão Executiva da FNAM, As Consultas Abertas nos Centros de Saúde e Hospitais, 7/01/2008.

-
- ccxxii Observatório dos Sistemas de Saúde deixa aviso sobre capacidade de resposta do SNS, Carlos Santos Neves, RTP, 01 Jul. 2008.
- ccxxiii Boletim do SIM, 63, Abril-Junho 2008, pág. 3.
- ccxxiv Comunicado conjunto, SIM e FNAM, 16 de Julho de 2008.
- ccxxv Carlos Arroz, citado por Jorge Silva, Boletim do SIM, 65, Out-Dez 2008, Acariciar e chamar médicos para o SNS.
- ccxxvi Tempo de Medicina, Retrospectiva 2009, Suplemento à edição n.º 1373, de 8 de Fevereiro de 2010, pág. 7.
- ccxxvii Federação Nacional dos Médicos, Sindicato das Ciências e Tecnologias da Saúde, Sindicato dos Enfermeiros, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Sindicato dos Enfermeiros da R.A. Madeira, Sindicato Independente dos Profissionais de Enfermagem, Sindicato Independente dos Médicos, Sindicato dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica.
- ccxxviii Tempo de Medicina, Retrospectiva 2009, Suplemento à edição n.º 1373, de 8 de Fevereiro de 2010, pág. 17.
- ccxxix Decreto-Lei 176/2009 e 177/2009, de 4 de Agosto, regulamentam as carreiras médicas, respectivamente para os médicos em exercício de funções nas entidades públicas empresariais e em regime de contrato de trabalho em funções públicas.
- ccxxx Acordo colectivo de trabalho n.º 2/2009, 13 de Outubro, Acordo colectivo da carreira especial médica, entre as entidades empregadoras públicas e a Federação Nacional dos Médicos e o Sindicato Independente dos Médicos; Boletim do Trabalho e Emprego, n.º 41, 8/11/2009, ACT entre o Centro Hospitalar de Coimbra, E. P. E., e outros e a Federação Nacional de Médicos — FENAME e outro.
- ccxxxi Decreto-Lei 414/71, de 27 de Setembro, estabelece o regime legal...carreiras profissionais; Decreto-lei 310/82, de 3 de Agosto, regula as carreiras médicas; Decreto-lei 73/90, de 6 de Março, aprova o regime das carreiras médicas.
- ccxxxii Decreto-Lei 310/82, de 3 de Agosto, Artigo 2, 1, (Objectivo das carreiras).
- ccxxxiii Decreto-Lei 73/90, de 6 de Março, Artigo 3.º, 2, Natureza e objectivo das carreiras.
- ccxxxiv Caldeira Fradique, Boletim do SIM, 2, Janeiro, Fevereiro/Março 1988, Editorial, O Poder Médico.
- ccxxxv XII Governo Constitucional de Cavaco Silva, ministro da Saúde, Paulo Mendo e XIII Governo Constitucional de António Guterres, ministro da Saúde, Maria de Belém Roseiro.
- ccxxxvi Negociações entre o governo e o SIM, com o Diretor Geral de Saúde, Constantino Sakellarides a defender que a lógica das CM hierarquizadas e estruturadas em equipas deveria ser substituída por um modelo semelhante ao belga, em que um especialista é uma unidade funcional e autónoma. (Apontamentos pessoais).
- ccxxxvii “O Fórum Médico reunido de urgência, com toda a legitimidade, em 6/08/1994 ... apreciou o projecto de alteração das Carreiras Médicas, divulgado pelo Ministério e concluiu com total consenso que se trata dum documento a recusar liminarmente, considerando-o uma base inaceitável de discussão...”
- ccxxxviii “A classe médica portuguesa está sob crítica ininterrupta de diversos sectores sociais desde há muitos anos [...] Ultimamente a questão agudizou-se devido à greve médica apelidada de “self-service”, com recriminações cada vez mais frequentes à classe médica ...” Francisco Bruto da Costa, Independente, 15/01/1999.
- ccxxxix Suspensão da Greve, Tendo no dia de hoje Sua Excelência o Senhor Presidente da República feito um apelo formal ao Sindicato Independente dos Médicos – Sim para que termine a Greve Nacional dos Médicos...” in Boletim do SIM, 25, Out-Dez 1998, pág. 9.
- ccxl XV Governo Constitucional, liderado por José Manuel Durão Barroso, ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira, licenciado em Economia, Presidente da Comissão Executiva da ADP – Aduos de Portugal, quando foi nomeado.
- ccxli Lei 27/2002, de 8 de Novembro; Decreto-Lei 272 a 302/2002, de 9 a 11 de Novembro.
- ccxlii Ana Jorge, pediatra do Hospital Garcia de Orta substituirá Correia de Campos, professor universitário da Escola Nacional de Saúde Pública, no meio de um movimento de contestação social e do aparelho do partido socialista (PS) que suportava o governo.
- ccxliii Decretos-Lei 176/2009 e 177/2009, de 4 de Agosto.

ccxlv Acordo colectivo de trabalho n.º 2/2009, de 13 de Outubro de 2009, Acordo colectivo da carreira especial médica, entre as entidades empregadoras públicas e a Federação Nacional dos Médicos e o Sindicato Independente dos Médicos.

ccxlv O acordo colectivo de trabalho (ACT) para os contratos individuais de trabalho só será promulgado em Boletim do Trabalho e Emprego (BTE) em 8 de Novembro de 2009.

ccxlvii “A presente carreira especial, implementando um modelo de referência em todo o SNS, independentemente da natureza jurídica dos estabelecimentos e serviços, pretende reflectir um modelo de organização de recursos humanos essencial à qualidade da prestação e à segurança dos procedimentos.”, preâmbulo, Decreto-Lei 176 e 177/2009, de 4 de Agosto.

ccxlviii “Os últimos anos têm sido para o associativismo médico, anos de expansão, fortalecimento e afirmação. Após sucessivas greves de amplitude nacional, com níveis de adesão muito elevados, os Sindicatos Médicos assumiram, em definitivo, o papel de parceiros sociais. Nesta gesta, não o devemos esquecer, os médicos foram, insuperavelmente, ajudados por Leonor Beleza, que funcionou como espoleta e agente catalisador da nossa vontade.” António Bento, secretário-geral do SIM, Boletim do SIM, Editorial, Jan-Março 1991.

ccxlviii Decreto-lei 39/2002, de 25 de Fevereiro, preâmbulo

ccxlix ROM, Ano 21, N.º 59, Julho/Agosto 2005, Editorial, Passagem de Testemunho, Pedro Nunes, pág. 4. “[...] *os mais velhos tendem a perder o respeito pela função mais nobre – a de passar o testemunho. Aqui e ali ninguém quer ser orientador (dá trabalho e não é remunerado), não quer fazer parte de júris de exames, está demasiado apressado para explicar em pormenor uma técnica cirúrgica conhecida a um interno do primeiro ano. Aqui e ali um gestor da moda descobre a pólvora [...] os internos diminuem a ‘produtividade’, põem em risco os ‘objectivos’*”.

cccl ROE, Suplemento da Revista Número 26, Junho 2007, Regulação profissional, pág. 6.

cccli Acordo colectivo de trabalho n.º 2/2009, 13 de Outubro; Boletim do Trabalho e Emprego, n.º 41, 8/11/2009.

ccclii TVi, Saúde cria fundo de 800 milhões para pagar dívidas dos hospitais EPE, Redação/PGM, 7/11/2008.

cccliii Dez primeiras medidas para gestão mais eficiente do SNS in <http://www2.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/comunicados+de+imprensa/x+primeiras.htm>

cccliv “Dívidas na saúde tornam Estado refém de interesses privados”, publicado 10:16, 07 Setembro 2010, por Raquel Ramalho Lopes, RTP

ccclv Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, Parecer 64/CNECV/2012, Parecer sobre um Modelo de Deliberação para o Financiamento do Custo dos Medicamentos, Setembro de 2012. De acordo com o documento “[...] *pedido formulado por Sua Excelência o Ministro da Saúde*” e que “*diz respeito à elaboração de um Parecer sobre a fundamentação ética para o financiamento de três grupos de fármacos, a saber retrovirais para doentes VIH+, medicamentos oncológicos e medicamentos biológicos em doentes com artrite reumatoide.*”

ccclvi Lei 8/2012, de 21 de Fevereiro, Aprova as regras aplicáveis à assunção de compromissos e aos pagamentos em atraso das entidades públicas.

ccclvii OECD (2010), Health system priorities when money is tight, OECD health ministerial meeting, 7-8 October, Organisation for Economic Co-operation and Development.

ccclviii De que é exemplo: *Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, Grupo de trabalho para a Carta Hospitalar*, ou a *Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência*.

cclix *Benchmarking Hospitais*, Objetivos: “O ano de 2013 é marcado pela entrada em vigor de relatórios de benchmarking trimestrais baseados no modelo proposto pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), aumentando a transparência e partilha de informação com a comunidade numa perspetiva de construção do mercado público de prestadores de cuidados de saúde.” in <http://benchmarking.acss.min-saude.pt/benchmarking/enquadramento/objectivos.aspx>

cclx OPSS, Relatório da Primavera, (2012:83): “A intensificação dos efeitos da crise e a consequente pressão para a contenção nos gastos produzem nos serviços de saúde um clima que pode levar esses mesmos serviços a não oferecerem aos doentes aquilo que melhor convém à sua condição de saúde, sem que isso resulte necessariamente dessa orientação explícita para o efeito.”

cclxi Concurso Público N.º 2012/102, SPMS,EPE, “Concurso Público para a celebração de contratos públicos de aprovisionamento para a área da Saúde, com vista à prestação de serviços médicos às instituições do Serviço Nacional de Saúde”, “O total de horas de trabalho médico a contractualizar é de 2.561.410 horas, distribuídas por várias Especialidades Médicas”.

cclxii ROM, Ano 28, N.º 130, Maio 2012, pág. 76, Opinião, Quem quer matar o Serviço Nacional de Saúde (SNS)?, Paulo Mendo, Médico.

cclxiii ROM, Ano 28, N.º 130, Maio 2012, pág. 46, “No dia 6 de Junho, Ordem dos Médicos e sindicatos médicos realizaram uma conferência de imprensa conjunta sobre a situação na área da saúde[...] Como foi explicado pelo presidente da OM, José Manuel Silva, este comunicado é uma tomada de posição em defesa dos direitos dos doentes, da qualidade da medicina e da formação médica. FNAM e SIM convocaram uma greve nacional dos médicos para os próximos dias 11 e 12 de Julho, greve essa que conta com a solidariedade da Ordem dos Médicos.”

cclxiv Boletim do Sim, Editorial, pág.3, Jorge Roque da Cunha, Secretário-Geral: “[...] a greve de 11 e 12 de Julho passado, a mais participada de sempre no período democrático, que contou com o apoio da Ordem dos Médicos e a compreensão da população portuguesa, aliás, foi para ela, que no dia do acordo nos dirigimos, quando salientámos que os médicos se comprometem a trabalhar mais 5 h, criando um novo regime de 40 h de trabalho por semana[...] a consolidação da carreira médica, a abertura de vagas para ingresso de recém-especialistas, concursos para consultor e para Assistente Graduado Sénior[...] criar perspetivas para os que iniciam a carreira. Os mais jovens estão mais protegidos da selvajaria de contratação que tem imperado nos últimos anos”.

cclxv Lei 8/2012, de 21 de Fevereiro, artigo 5.º, Assunção de compromissos, 1.

cclxvi Cf. Lei 8/2012, de 21 de Fevereiro, Alínea f) do artigo 3.º.

cclxvii Cf. Monteiro, MH, et al (2015), Saúde e Governança em Portugal, Avaliação do contributo do XIX Governo

cclxviii Audição do Ministro da Saúde na Comissão Parlamentar de Saúde, N.º 3CSXII, de 7/09/2011; N.º 35CSXII, 24/10/2012; N.º 69-CS-XII, de 25/06/2014 e N.º 110-CS-XII, de 17/06/2015.

cclxix João Almeida Lopes, presidente da APIAFARMA, na Conferência “Financiamento dos Medicamentos e Impacto na Sustentabilidade dos Sistemas de Saúde”, 17/10/2013, integrada no ciclo de conferências “Saber Investir – Saber inovar”, iniciativa da APIFARMA.

cclxx Revista “Farmácia Portuguesa”, Associação Nacional de Farmácias, N.º 207, Julho-Setembro de 2014, “Farmácias pequenas tornaram-se inviáveis”, pág. 18-20.

cclxxi ROM, Ano 27, N.º 122, Setembro 2011, Editorial, Tudo pela Qualidade, José Manuel Silva, “A assinatura formal deste protocolo de cooperação entre a Ordem dos Médicos e a Direcção-Geral da Saúde, no âmbito da Qualidade no Sistema de Saúde [...] representa um marco histórico para as duas

instituições e para a Qualidade do Sistema Nacional de Saúde. Com este protocolo, a Ordem colabora com a DGS na elaboração de Guidelines fundamentadas na mais rigorosa medicina baseada na evidência, que irão facilitar a actualização científica de todos os médicos e contribuir para uma melhor e mais uniforme prática clínica”.

cclxxii ROM; Ano 28, N.º 129, Abril 2012, pág. 33, Paulo Macedo presidiu à sessão de abertura (XVI Congresso Nacional de Medicina, 17 de Abril de 2012).

cclxxiii ROM, Ano 27, N.º 124, Novembro 2011, pág. 6-8, Editorial, Normas de orientação clínica (NOCS), José Manuel Silva.

cclxxiv Monitorização do SNS, *Benchmarking* Hospitais, <http://benchmarking.acss.min-saude.pt/benchmarking.aspx>

cclxxv Audição do Ministro da Saúde ao abrigo do n.º 2 do artigo 104.º do RAR (4.ª audição obrigatória), sobre Política Geral de Saúde na Comissão Parlamentar de Saúde, N.º 110-CS-XII, de 17/06/2015.

cclxxvi “Hospitais deixam de prescrever os medicamentos inovadores”, Ionline, 31-10-2013.

cclxxvii “Medidas da troika estão a dificultar acesso aos cuidados de saúde”, JN, 14/06/2012; “Saúde perdeu 1,5 mil milhões de euros nos últimos três anos”, Público, 11/05/2014; “Falta de agulhas atrasa exame de cancro quatro meses”, DN, 4/03/2014.

cclxxviii Cf. OPSS, RP 2011, pág. 65-78; RP 2012, pág. 110-114; RP 2013, pág. 34-44; RP 2014, pág. 51.

cclxxix Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de agosto, alterado pelos DL 201/2007, de 24 de maio, 79/2008, de 8 de maio e 38/2010, de 20 de abril.

cclxxx Tipos ideais correspondem a abstrações da realidade que procuram representar os casos puros onde as características predominantes são distintas e não ambíguas, de acordo com Weber, M. (1949). *Max Weber on the methodology of the social science*, (E. A. Shils & H. A. Finch, Eds. & Trans.). Glencoe, IL: Free Press, citado por Goodrick e Reay (2011).

cclxxxi *Troika*, comité de três membros composto pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Central Europeu (BCE) e Comissão Europeia. O período de intervenção da Troika ocorreu entre Maio de 2011, data da publicação do Memorando de Entendimento e Maio de 2014. Para efeitos do presente estudo consideramos o período de Maio de 2011 a Maio de 2015.

cclxxxii Rede de referência de Cirurgia Geral (2009), pág. 5 e seguintes, documento produzido pelo ACSS em colaboração com a Ordem dos Médicos, não homologado.

cclxxxiii Correio da Manhã, 18-06-2011, Desperdício representa 25% do orçamento - Entrevista a Jorge Espírito Santo, Presidente do Colégio de Oncologia da Ordem dos Médicos, “O País vai ter de cortar a despesa na Saúde em 200 milhões de euros até 2012. De que forma os cortes vão afectar os doentes oncológicos?”

cclxxxiv Visão, 2/05/2013, “Saúde, Caos na Radiologia”, pág. 55-59, “O ministro Paulo Macedo quis ‘internalizar’, no SNS, os exames complementares de diagnóstico, mas a aposta correu mal. Crescem as listas de espera, que incluem doentes com patologias graves...”

cclxxxv Entrevista ao Ministro da Saúde, Paulo Moita de Macedo, Revista Acontece, ACSS, Boletim N.º 4, Outubro de 2015, pág. 14-21.

clxxxvi Audição Parlamentar Nº 110-CS-XII, 2015-06-17, Política Geral de Saúde – Apresentação + Gravação áudio e vídeo em <http://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalheAudicao.aspx?BID=100452>

clxxxvii Plataforma responsabiliza ministro pelo caos nas urgências, *Jornal de Notícias Online*, 19-01-2015, *A Plataforma Lisboa em Defesa do Serviço Nacional de Saúde (SNS) exigiu, esta segunda-feira, a demissão do ministro da Saúde [...] "os sucessivos desinvestimentos no SNS" que "conduziram à saída de milhares de profissionais de saúde, à redução do número de camas até de doentes agudos, ao fecho de extensões, centros de saúde e urgências"*.

clxxxviii Urgência da Feira funciona com metade do pessoal necessário, *Jornal Médico Online*, 16 de Janeiro de 2015.

clxxxix “Foram noticiadas três mortes em serviços de urgência e, quer relativamente a estas, quer a outras que se venham a verificar, os hospitais e as ARS devem informar tão brevemente quanto possível [...] todos os hospitais devem ter camas supletivas para internamento [...] todas as capacidades de hospitais e unidades de saúde do sector público, social, privado e militar [...] Não pode existir falta de macas. É necessário perceber onde podem faltar macas e comprar macas, fazendo inclusive uma reserva de macas [...] todos os médicos com especialidades afins à medicina interna, ou afins à cirurgia geral e os internos de especialidade já detentores de autonomia para a prática da Medicina devem integrar as escalas dos serviços de urgência [...]”.

ccxc Audição Parlamentar Nº 41-CSXII, 05/11/2012 – Orçamento do Estado para 2013 (notas); Audição Parlamentar Nº 47-CS-XII, 3-04-2013, Política Geral de Saúde; Audição Parlamentar Nº 110-CS-XII, 2015-06-17, Política Geral de Saúde (notas); Entrevista ao Ministro da Saúde, Paulo Moita de Macedo, Revista Acontece, ACSS, Boletim Nº 4, Outubro de 2015, pág. 14-21.

ccxci Audição Parlamentar Nº 41-CSXII, 05/11/2012 – Orçamento do Estado para 2013 (notas); Audição Parlamentar Nº 110-CS-XII, 2015-06-17, Política Geral de Saúde (notas).

ccxcii A APIFARMA, é uma associação patronal de duração ilimitada, que representa mais de 120 empresas responsáveis pela Produção e Importação de Medicamentos para Uso Humano e Veterinário, Vacinas, e Diagnósticos *In Vitro*. Fundada em 1975, sucede ao Grémio Nacional dos Industriais de Especialidades Farmacêuticas, instituição criada em 1939. Consultado em 6 de Junho de 2016 : <http://www.apifarma.pt/apifarma/Documents/Estatutos%20APIFARMA%202015.pdf>

ccxciii Audiência Parlamentar Nº 39CSXII, ANF - Associação Nacional das Farmácias, 28-11-2012, subordinada ao assunto: «Expôr preocupações com a crise avassaladora em que se encontra o setor das farmácias, que está a ter consequências graves no acesso dos doentes a medicamentos essenciais».

ccxciv Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP) foi fundada em 1926 para fornecer insulina a nível nacional aos pobres e carenciados com diabetes. Evoluiu para uma instituição particular de solidariedade social (IPSS) de âmbito nacional, que presta cuidados de saúde globais e de proteção às pessoas com diabetes, com ligações no campo assistencial, de investigação e formativo a várias instituições e organizações internacionais.

ccxcv Sessão de sensibilização "Ao nosso alcance. Pôr fim à crise na saúde mental", 1 de Abril de 2015. Segundo Filipa Palha, presidente da direção, no “Público” de 15 de janeiro de 2015, "não precisamos de mais relatórios, nem grupos de trabalho, nem avaliações, que mais não fazem do que repetir continuamente o que já se sabe, adiando indefinidamente o que é preciso fazer".

ccxcvi Autorização de Utilização Excepcional (AUE): A Utilização Excepcional de Medicamentos reveste-se de carácter excepcional e carece de autorização prévia a conceder pela Autoridade Nacional do

Medicamento e dos Produtos de Saúde, INFARMED, I.P., ao abrigo do disposto no artigo 92.º do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, na sua actual redação, observados os requisitos e condições definidas no regulamento aprovado pela Deliberação n.º 76/CA/2015, em 18 de junho de 2015. in : http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/AUTO_RIZACAO_DE_INTRODUCAO_NO_MERCADO/AUTORIZACAO_DE_UTILIZACAO_ESPECIAL

ccxcvii Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro, alterada posteriormente pela Lei 20/2012, de 14 de maio e Lei 22/2015, de 17 de março.

ccxcviii Citotóxicos refere-se a medicamentos utilizados, entre outras áreas, na Oncologia, com margens de segurança estreitas, “que ou qualquer substância que possui toxicidade celular” cf. Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico, Porto: Porto Editora, 2003-2016.

ccxcix “[...] Contrato para a gestão do estabelecimento (com a duração de 10 anos) e para a gestão do edifício (com a duração de 30 anos).” consultado em 24/06/2016, <http://www.acss.minsaude.pt/%C3%81reaseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7os/RecursosSa%C3%BAde/Gest%C3%A3oProgramadeParcerias/Apresenta%C3%A7%C3%A3o/tabid/506/language/pt-PT/Default.aspx>.

ccc IASIST, Desempenho clínico dos Hospitais do SNS em 2008 e 2014, Relatório Final, Outubro de 2015, pág. 14.

ccci Editorial, Pedro Nunes, Bastonário da Ordem dos Médicos, ROM, Dez.2006, pág.6, “sistema modernação da impressão digital para controlar o horário de trabalho dos medico [...] a ideia está em contabilizar a produção da unidade laboral médico atento o tempo contratualizado com a instituição [...]O que está em causa [...] é um conflito de culturas. Por um lado a cultura médica que tem como base a responsabilidade individual, a liberdade e autonomia de decisão e o compromisso perante o doente e por outro lado a cultura administrativa/gestionária que tem por base a hierarquia e a subordinação individual aos interesses da empresa.”

cccii Cf. Relatórios e contas, 2014 dos hospitais em estudo.

ccciii Consideramos como indicadores de qualidade: a taxa de mortalidade, as readmissões não programadas, a taxa de cesarianas, a existência de programas de controlo da infeção hospitalar, e a satisfação dos profissionais, neste último caso com base no conjunto de entrevistas realizadas e na taxa de contratos sem termo versus contratos com termo ou em prestação de serviços.

ccciv Crise fez com que mais pessoas chegassem aos hospitais pelas urgências, *Público Online*, Romana Borja-Santos, 07/01/2015 - 17:07, “Estudo analisou quase 18 milhões de internamentos entre 2001 e 2012 e percebeu que após 2009 os hospitais públicos registaram mais internamentos, sobretudo de casos urgentes. Apesar de existirem mais casos, a média de tempo de internamento caiu”.

cccv Sistema nacional de avaliação em saúde. “O SINAS é um sistema criado pela ERS que visa avaliar, de forma objetiva e consistente, a qualidade dos cuidados de saúde em Portugal.” in <https://www.ers.pt/pages/57>, consultado dia 26/06/2016.

cccvi Relatórios do OPSS, Comissão de Saúde da AR, Documentos da OM e outras associações profissionais, e associações de doentes.

cccvii Observador, Marlene Carriço, 7/7/2015, 23:38, Saúde. Despesa caiu apesar dos portugueses estarem a ir mais ao médico e à farmácia

cccviii Lei n.º 68/2013 de 29 de agosto, Estabelece a duração do período normal de trabalho dos trabalhadores em funções públicas.

cccix Despacho n.º 2061-C/2013, Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, DR, 2.ª série, N.º 24, 4/02/2013.

cccx Jornal i, 30/09/2015, Mariana Araújo, “José Carlos Saldanha implorou ao ministro da saúde que não o deixasse morrer, um dia depois teve resposta e após seis meses está curado.”

cccxi A obtenção do grau de consultor na sequência de exercício profissional em áreas de especialização médica, resulta de um processo de candidatura individual junto de cada ARS ou Região Autónoma, podendo candidatar-se todos os médicos com pelo menos cinco anos de exercício de funções, contados após a obtenção do grau de especialista. Após a obtenção deste grau, os médicos contratados em funções públicas adquirem de imediato a categoria de assistente graduado.

in <http://www.acss.min-saude.pt/ConsultorConcurso2005/tabid/1160/language/pt-PT/Default.aspx>, consultado 28/06/2016.

cccxi Quase mil médicos aprovados ao grau de consultor, Nuno Noronha, Lusa, 6/03/2014 in <http://lifestyle.sapo.pt/saude/noticias-saude/artigos/quase-mil-medicos-aprovados-ao-grau-de-consultor#>

cccxiii Público, 25/11/2013, Alexandra Campos e LUSA, “Número de médicos reformados é mais do dobro do previsto. Mais de dois mil médicos aposentaram-se entre 2010 e 2013.” [...] “Só assistentes graduados seniores, que são médicos no topo da carreira, foram 641 os que saíram do SNS desde 2010, frisa o presidente da Fnam, Sérgio Esperança (a federação faz as contas das reformas a partir das listas publicadas todos os meses pela Caixa Geral de Aposentações no *Diário da República*). “