



Departamento de Sociologia

Entre a Medicina e a Gestão: o profissionalismo de diretores de serviço de hospitais públicos da
RAM

Joana Raquel Abreu Ferreira

Mestre em Sociologia

Orientadora:

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

Co-orientador:

Doutor Tiago Correia, Professor Auxiliar Convidado,
ISCTE – ISNTITUTO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA

Setembro, 2018

Agradecimentos

A concretização deste trabalho embora seja de natureza um pouco solitária, não teria sido possível sem a colaboração de várias pessoas que estiveram presentes nesta caminhada, às quais gostaria de expressar o meu sincero agradecimento.

Gostaria de endereçar o meu primeiro agradecimento aos meus orientadores, professora Graça Carapinheiro e professor Tiago Correia. Devo um agradecimento muito especial a ambos por terem sempre acreditado e depositado confiança em mim para a realização deste projeto, mesmo com a distância somente física que nos separava. Obrigada pelas palavras de incentivo e de confiança que sempre me fizeram acreditar e confiar no trabalho que estava a desenvolver.

Em segundo lugar, um agradecimento a todos os profissionais, mesmo sem fazerem parte do objeto de estudo, que permitiram chegar até à realização das entrevistas exploratórias, sem dúvida alguma, elementos fundamentais ao longo deste percurso. Em terceiro lugar, aos profissionais de saúde que de forma entusiástica e afetuosa me concederam a participação neste estudo, pois sem a vossa disponibilidade e confiança não teria sido possível a realização do mesmo.

Do ponto de vista pessoal, um especial agradecimento à minha mãe Dolores por me apoiar incondicionalmente, por me fazer acreditar que irei sempre alcançar aquilo que desejo, e por me incentivar a nunca desistir dos meus sonhos. À minha avó, pelas suas inquietações quando me questionava o porquê de estar tanto tempo à frente de um computador. Ao meu irmão Miguel, pelos seus conselhos sensatos e pelas longas horas de conversas intelectualmente interessantes. Aos meus amigos mais chegados, pela preocupação constante, conselhos pertinentes, desabafos angustiantes e momentos de descontração absolutamente fundamentais.

Resumo

Este trabalho tem por base a análise de parte das alterações que têm vindo a ocorrer nas últimas décadas no sector da saúde, provenientes de políticas que incentivam o aumento da competição e produtividade institucionais, aproximando às lógicas de funcionamento do sector privado, com vista a empresarialização dos prestadores, em particular as instituições hospitalares públicas. Tendência conhecida na literatura como Nova Gestão Pública, cujas propostas têm vindo a trazer alterações no profissionalismo de diversos grupos profissionais, formas de regulação e de autonomia, com uma perspectiva sistémica que procura articular dimensões individuais e institucionais.

É pretendido com este trabalho questionar quais os efeitos da empresarialização ao nível da conceção do duplo papel profissional dos diretores de serviço dos hospitais públicos da Região Autónoma da Madeira, analisando as relações complexas entre os imperativos da medicina e da gestão dupla profissionalização e das suas práticas em contexto hospitalar público. O estudo baseou-se numa metodologia intensiva-qualitativa, realizando-se vinte e duas entrevistas semiestruturadas a diretores de serviço dos hospitais públicos da Madeira, e uma entrevista ao Presidente do Instituto da Administração da Saúde da Madeira. Constatamos que os duplos papéis são desempenhados na sua maioria sem um padrão estrutural-base, embora se verifique a incorporação de uma linguagem de medição direcionada para os seus papéis enquanto gestores, mantendo as matrizes da sua formação médica, assim como a introdução de novas dinâmicas. Não obstante, revelou-se um descontentamento pelas questões burocráticas, e em grande medida pelas medidas associadas às alterações do funcionamento hospitalar, deixando-se transparecer também o surgimento de tensões inerente a essa aplicação.

Palavras-chave: Nova Gestão Pública; Burocracia Hospitalar; Profissão; Profissionalismo; Hibridização.

Abstract

This work is based on the analysis of part of the changes that have occurred on the last decades in the health sector, from policies that encourage the increase of the institutional competition and productivity, approaching their logics of operation to the private sector, with the corporatization of services, such as public hospitals. A trend known in the literature as New Public Management, whose proposals have been bringing changes in professionalism of diverse professional groups, forms of regulation and autonomy, with a systemic perspective that seeks to articulate individual and institutional dimensions.

The aim of this paper is to question the effects of the design of the dual professional role, of the directors of the public hospitals of the Autonomous Region of Madeira, analyzing the complex relations between medicine and management imperatives and their practices in a public hospital context. The study was based on an intensive-qualitative methodology, with twenty-two semi-structured interviews being conducted with directors of public hospitals in Madeira, and an interview with the President of the Institute of Health Administration of Madeira. We found that the double roles are played mostly without a basic structural pattern, although the incorporation of a measurement language directed to their roles as managers, maintaining the arenas of their profession, as well as the introduction of new dynamics is verified. Nevertheless, there was discontent over bureaucratic issues, and to a large extent the measures associated with the changes of the hospital procedures, and the emergence of tensions inherent in such application where also apparent.

Keywords: New Public Management; Hospital Bureaucracy; Profession; Professionalism; Hybridization.

Índice

Agradecimentos	I
Resumo.....	II
Abstract	III
Glossário de Siglas.....	V
1. Introdução	1
2. Delimitação da Discussão Teórica	4
2.1. A integração do modelo NGP no Sistema de Saúde Português	4
2.2. A nova gestão pública, o profissionalismo médico e direção de serviços hospitalares ..	7
2.3. Médico e gestor: um duplo papel numa lógica profissional.....	12
3. Reflexão: as características do sistema e estratégia metodológica	16
3.1. Reflexão inicial da primeira experiência do estudo.....	16
3.2. As características do Sistema Regional de Saúde (RAM): uma breve descrição	16
3.3. Estratégia metodológica.....	19
4. Análise e discussão dos resultados	22
4.1. O exercício da profissão médica e as dimensões profissionais	22
4.1.1. Percurso Profissional.....	23
4.1.2. Implicações da NGP no exercício da profissão médica no hospital.....	27
4.1.3. Autonomia Profissional.....	32
4.1.4. Duplo Papel Profissional	34
4.2. Tipo de perfil dos Entrevistados / Tipologia dos Entrevistados	35
5. Conclusão	37
6. Bibliografia	44
7. Fontes	47
7.1. Legislação Consultada	47
8. Anexos	XLVIII
ANEXO I -Declaração de Compromisso de Honra:	XLIX
ANEXO II - Guião de Entrevista aos Profissionais:	L
ANEXO III - Guião de Entrevista ao Presidente do IASAUDE-IPRAM:	LII
ANEXO IV - Dados de Caracterização.....	LIV

Glossário de Siglas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

CA – Conselho de Administração

DC – Direção Clínica

DL – Decreto-lei

EPE – Entidade Pública Empresarial

IASAÚDE, IP-RAM – Instituto da Administração da Saúde da Região Autónoma da Madeira

NGP – Nova Gestão Pública

PPP – Parceria Público Privada

RAM – Região Autónoma da Madeira

SA – Sociedade Anónima

SESARAM – Serviço de Saúde da RAM

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCIP – Medicina Intensiva

1. Introdução

Desde 1979, com o estabelecimento do direito à proteção da saúde, através de um serviço nacional de saúde, universal, geral e tendencialmente gratuito, o sistema de saúde português é financiado maioritariamente pelo erário público. Nos últimos tempos temos vindo a assistir a inúmeras reestruturações e alterações no sector da saúde, cujo elemento consistente é o poder do Estado estar cada vez mais confinado à acumulação de poderes e em que o seu papel de prestador principal cada vez mais concorre com a possibilidade de se tornar apenas regulador. Daí que o Estado, bem como a evolução da sua organização e do seu funcionamento no que toca o sistema de saúde português, ser um tema absolutamente profícuo no debate político e académico. Ademais devemos levar em linha de conta a importância da saúde e das suas políticas e no seu forte impacto sobre as questões relacionadas com a vida e a morte dos indivíduos.

As reformas associadas ao final da década de 90 e começo dos anos 2000 tornaram-se sistemáticas, pois houve uma preocupação crescente na forma como era administrada a qualidade dos serviços de atendimento, bem como na transparência associada às tomadas de decisões de certas políticas, com o objetivo de garantir uma maior autonomia nas competências associadas às funções de gestão. Estas propostas surgem apoiadas numa ideia de descentralização do papel do Estado, orientada para uma diminuição do seu peso sobre as instituições, através de lógicas associadas a práticas de mercado e da gestão privada, da qual a sua designação é de Nova Gestão Pública. Algumas das características que a representam prendem-se com a competição interna do sistema, a escolha de mecanismos de mercado na escolha social e orientação para o consumidor, como também a necessidade de aumentar a eficiência, eficácia e a qualidade dos cuidados prestados.

As culturas profissionais têm vindo ao longo dos anos a ser assinaladas pelas imposições das lógicas associadas à NGP, através da introdução de uma gestão empresarialista voltada para a definição e concretização de objetivos mensuráveis e quantificáveis. Concomitantemente, de uma auto responsabilização de avaliação de desempenho, para que as organizações de saúde se tornassem mais eficientes e capazes de responder com mais qualidade e de forma mais produtiva.

As medidas associadas à NGP orientam-se pela ideia de que as alterações das circunstâncias tradicionais de gestão das instituições conduzem automaticamente a que haja uma conduta unidirecional nas mudanças nos ambientes profissionais, em que de forma automática e autónoma levam a que ocorram alterações e adaptações nas culturas e nas racionalidades organizacionais e de forma mais circunscrita nos profissionais das instituições; onde se manifesta através de alterações na cultura profissional, em ações e comportamentos dos indivíduos, traduzindo-se numa reconfiguração das práticas profissionais, nomeadamente na manifestação de poder dos mesmos nas instituições, dando origem a novas dinâmicas e novas racionalidades.

Considerando o debate nacional e internacional crescente, quando observada a dupla conceção do papel profissional de médico e gestor no que respeita à hibridização da ideologia profissional dos médicos, importa ter em atenção que a aproximação de valores e lógicas de pensamento entre a medicina e a gestão permanecer pouco consensual, bem como até que ponto a abertura das chefias médicas à gestão é ou não benéfica para o desempenho organizacional. Existem ainda interrogações sobre se devem ou não ser diretores de serviço, médicos no topo de carreira, a gerir os serviços de forma autónoma, ou se estes deverão reportar à administração hospitalar por forma a controlar o desempenho do serviço. A questão sobre se os diretores de serviço devem ou não ter a obrigatoriedade de serem detentores de formação académica em gestão é outra das que são levantadas. Concretamente em Portugal e de forma mais circunscrita na RAM escasseiam dados empíricos que respondam a estas questões de forma objetiva, sendo que a única evidência sociológica encontrada é de (Correia, 2012), (Correia, 2016b) e de (Correia e Denis, 2016a), no qual concluíram que a abertura das chefias médicas à gestão pode ser benéfica para os resultados organizacionais, que a gestão autónoma dos diretores de serviço pode ser uma mais-valia para os mesmos e que, por forma a atingir bons resultados, não seja necessário que os profissionais tenham formação em gestão (sendo necessária a coadjuvação de gestores profissionais). Alguns estudos indicam também que nos países da OCDE os médicos estão cada vez mais envolvidos nos cargos de direção e gestão hospitalar, mencionando que o envolvimento dos médicos nos cargos de direção está associado a uma melhor qualidade nos próprios sistemas de gestão hospitalar (Rotar, et al., 2016). Nesta senda, revela-se interessante um levantamento da relação do exercício da profissão médica com a direção de um serviço hospitalar dos hospitais públicos da RAM, onde se procurará explicar a forma como os diretores de serviço conciliam o exercício da sua profissão com a gestão de um serviço hospitalar. Ou seja, até que ponto as reformas ocorridas nos hospitais públicas da RAM estão a ser sentidas por este grupo de profissionais; de que forma é possível detetar alterações no ethos da profissão; se existem implicações da NGP no exercício da profissão médica e até que ponto poderá afetar ou não a autonomia profissional, tendo em conta o percurso profissional e a dupla conceção dos papéis profissionais.

Estas são questões que assumem uma posição relevante na atualidade, dada a conjuntura económica e as manifestações e alterações ocorridas no sector da saúde em Portugal, que poderão contribuir de forma importante para a reflexão da NGP e do impacto que poderá vir a ter nos profissionais e, de forma mais localizada, numa região autónoma, detentora de idiossincrasias e particularidades que a distinguem. No entanto, importa referir que este estudo não consiste em avaliar o impacto das reformas no setor da saúde na RAM, mas tentar compreender e analisar de que forma as alterações impostas pela NGP causam ou não interferências nas dinâmicas organizacionais, nomeadamente nas dinâmicas relacionadas com o duplo papel profissional, tendo em conta que na RAM não existe ainda evidência científica quanto a estas questões.

A posição metodológica assumida prende-se com um cariz qualitativo para que se vá ao encontro da problemática de investigação, sendo que os processos de recolha de informação basearam-se na realização de entrevistas semiestruturadas e na sua posterior análise.

Este trabalho está organizado em cinco capítulos distintos: o primeiro diz respeito à introdução do estudo; o segundo diz respeito à delimitação e discussão teórica; o terceiro refere-se à componente metodológica da problemática; o quarto corresponde à análise e discussão dos dados recolhidos com base nas dimensões de análise, que tiveram como referência a construção de um quadro teórico incluindo; e o quinto corresponde à conclusão do estudo.

Decorrente deste alinhamento, e com base na revisão da literatura, o segundo capítulo apresenta-se com três temas distintos, que são delineados em torno da discussão de toda a componente teórica apresentada acerca da integração e evolução do sistema de saúde português segundo o modelo da NGP, o profissionalismo médico e direção de serviços hospitalares e a conceção de um duplo papel profissional entre duas lógicas profissionais distintas. No terceiro capítulo, balizam-se as opções e estratégias metodológicas, bem como uma reflexão inicial da primeira experiência do estudo. Depois segue-se uma abordagem às características do sistema de saúde da RAM, através de uma entrevista realizada ao Presidente do IASAUDE, IP-RAM; à construção do objeto e às opções tomadas aquando da definição da amostra qualitativa e as consequentes técnicas de recolha e análise de informação.

No quarto capítulo analisam-se e discutem-se os dados recolhidos, usando os estudos já realizados e as análises já produzidas, bem como as suas respetivas teorizações e conceptualizações, e onde se discutem também os principais resultados obtidos com os discursos dos entrevistados. Este terceiro capítulo integra a análise das quatro dimensões selecionadas e as conclusões gerais do estudo, onde serão incluídas propostas para o desenvolvimento de futuras investigações no que respeita ao modelo da NGP e o seu impacto nos processos de profissionalização.

2. Delimitação da Discussão Teórica

2.1. A integração do modelo NGP no Sistema de Saúde Português

Tendo como objeto de estudo as conceções envolvidas no duplo papel de médico e de diretor de serviço em hospitais públicos afetos à NGP, equacionou-se a possibilidade de melhor compreender as formas e os conteúdos de que se revestem os desempenhos destes dois papéis profissionais, bem como auscultar os seus efeitos sobre os resultados organizacionais. No entanto, e para que se conseguisse ter um melhor conhecimento sobre este objeto de estudo, foi necessário compreender os princípios e pressupostos subjacentes ao funcionamento do modelo da NGP nos hospitais públicos, no sentido de delimitarmos a nossa pesquisa ao contexto português, desde a sua envolvente externa mais ampla (leia-se a correspondente à União Europeia) até ao interior da direção de serviços em hospitais públicos da RAM. O objetivo é contribuir para um quadro interpretativo das implicações da NGP sobre o desempenho dos cargos e funções de direção clínica dos serviços hospitalares, quando submetidos às dinâmicas intrínsecas a este modelo de gestão pública, à NGP.

Segundo (Araújo, 2005), os governos dos países ocidentais, por forma a gerirem a crise económica e financeira do Estado, adotaram instrumentos reformadores do sector público administrativo, que exercem pressão sobre as instituições públicas. Esta pressão estava assente nos problemas financeiros dos governos e na decorrente necessidade de um decréscimo dos gastos no setor público e conseqüente incapacidade em controlar as ineficiências em relação à qualidade dos serviços públicos prestados, dando origem ao aparecimento de formas de governação sustentadas em modelos liberais. As reformas que daqui advieram tiveram como consequência a passagem de um controlo hierárquico para um controlo gestor, através da entrada de gestores profissionais, inclusive do setor privado, da criação de modelos de desempenho com objetivos mensuráveis, de uma preocupação focada nos resultados e da introdução de fatores concorrenciais no setor público, nomeadamente a contratação e procura de uma maior eficiência económica.

Desde a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 1979, ao longo da década de 80 fizeram-se recuos nos seus princípios estruturantes que, até 2002, permitiram a gradual aproximação da gestão hospitalar à ideologia de mercado. Ao longo deste período, nomeadamente desde as flutuações ocorridas nas reconfigurações na lei de bases do SNS (década de 90), fizeram-se diversas reestruturações e reformas das políticas de saúde, que progressivamente abriram espaço à introdução de lógicas de mercado na prestação de serviços públicos, conformando a gestão hospitalar a uma lógica empresarial, que, mais tarde, vão dar início à NGP. Devido a estas reconfigurações, ocorre uma alteração no habitual cenário de organização dos poderes no sistema hospitalar, através de uma gradual rutura entre o poder político e o poder administrativo, contrariamente ao sistema tradicional (burocratizado, centralizado e hierarquizado), e assente na indissociável ligação entre a administração pública e o profissionalismo (Carvalho, 2006). A introdução de novos princípios na gestão hospitalar

ao nível do controlo da atividade profissional e de novos estatutos jurídicos e administrativos na organização hospitalar acarretaram alterações profundas nas dinâmicas e relações sociais dentro dos hospitais públicos do SNS, colocando em causa não só a discricionariedade dos profissionais como as lógicas organizacionais dos que ocupam cargos de chefia hospitalares.

A NGP apresenta-se como uma ideologia ampla em que o seu entendimento não se encerra em si mesmo, condicionada que está pela concretização das obrigações económico-financeiras que desencadeia e simultaneamente pelos seus protagonistas políticos, o que é revelador das dificuldades de controlar os seus alcances e os seus sentidos, nomeadamente nas dinâmicas sociais dos hospitais públicos. O processo de empresarialização dos hospitais do SNS incorpora uma ideologia que comporta, em si, mecanismos que são característicos da gestão privada, com o objetivo de ultrapassar os constrangimentos financeiros que fomentaram o surgimento da NGP em detrimento dos modelos de administração pública do Estado-Providência. A dúvida que continua a colocar-se é se a NGP conduz ao desaparecimento dos modelos de administração que tipicamente suportaram a construção do Estado-Providência, ou se é a única forma de os manter perante os atuais imperativos ideológicos e financeiros que governam os países. Surgem então novas premissas, de que são exemplo profissões mais especializadas, com maior responsabilidade e maior autonomia pela otimização do desempenho do sector público; maior transparência na missão dos organismos públicos, na materialização de objetivos e estratégias a cumprir, perante resultados previamente definidos; princípios relacionados com a homogeneidade, sentido de orientação em equipa e noção de hierarquia em relação à delegação de autoridade (Gruening, 2001). No entanto, existem particularismos no sector da saúde que podem colocar em causa este tipo de gestão aos olhos dos profissionais, nomeadamente a imperfeição do mercado na saúde, que limita a sua utilização como instrumento de coordenação e controlo das atividades, à semelhança de outros mercados, e a emergência de possíveis conflitos entre o objetivo de obtenção de lucro e os objetivos de um serviço de natureza pública, em que a eficiência pretende garantir simultaneamente valores e lógicas sociais e profissionais.

A NGP não é, portanto, uma alternativa ao modelo de “bem-estar”, mas sim uma ideologia encontrada para moldar a universalização de alguns direitos sociais que dificultam a sua sustentabilidade, incrementando a convergência entre as práticas das organizações públicas e das empresas privadas, aumentando também a autonomia localmente e ampliando as metas do desempenho profissional dos cargos de chefia (Santos, 1987). A NGP desloca os valores da gestão pública tradicional para valores da gestão privada, nomeadamente a racionalidade funcional e a procura de eficácia em termos de custos, incrementando uma maior competitividade e produtividade do sistema público. Atendendo a um dos principais pilares da NGP, que é a descentralização de competências relacionadas com a gestão, verifica-se uma descentralização do ponto de vista de uma perspectiva top down, onde os hospitais adquirem uma responsabilidade normalizada de tomadas de

decisão, oriunda da delegação das competências da tutela (Correia, 2012). No entanto, esta descentralização não se verifica como efetiva, pois os hospitais são confrontados a responder às exigências da figura estatal onde se constata uma descontinuidade entre as lógicas associadas à NGP e a sua componente prática de concretização, nomeadamente nas restrições orçamentais, entendidas como um handicap, aquando da pressão da tutela no incremento quantitativo dos índices de produção. Concomitantemente, verifica-se o impacto das alterações políticas na gestão hospitalar, nomeadamente na alteração da relação laboral com o Estado, onde ocorre uma desregulação laboral no sector da saúde, através dos contratos individuais de trabalho (Correia, 2012).

Deparamo-nos com incertezas relacionadas com determinantes institucionais e processuais entre organismos de saúde e as suas tutelas, ou seja, no alcance de um equilíbrio entre as regras ao nível governamental e o comportamento dos profissionais, de acordo com critérios baseados na eficiência e racionalização, assentes numa perspectiva extremamente burocratizada do sistema de saúde, apresentando resultados materializados de forma ampla e pouco consensual. Nesta senda, deparamo-nos com profissionais que intensificam as regras e procedimentos de natureza burocrático-administrativa, sendo que a contingencialidade individual associada a cada profissional estará sempre presente, o que leva a que as relações entre profissionais sejam de natureza complexa (Carvalho, 2006).

A reforma do sistema de saúde é sustentada na premissa de que o aumento concorrencial entre os serviços prestadores de cuidados de saúde, públicos e privados conseguirá propiciar tensões e influências competitivas equiparando-se às logicas de mercado, por forma a racionalizar e a dar uma melhor utilização dos recursos para os cidadãos (Lei nº 27/2002 Artº 100) tendo em conta os hospitais do Setor Público Administrativo (SPA), hospitais de natureza empresarial (EPE), hospitais Sociedade Anonima (SA) e hospitais privados (PPP).

Esta mudança na estrutura do SNS e no seu principal modelo de gestão manifesta-se numa rutura com o modelo tradicional de administração, mais orientado para resultados, impondo um maior rigor no funcionamento do sistema, voltada para a empresarialização dos hospitais e a contratualização da gestão. No entanto, a escolha de determinadas organizações hospitalares como alvo de mudança prende-se com a posição central que tradicionalmente ocupam nos sistemas de saúde. Relativamente a esta posição, o hospitalocentrismo corresponde ao domínio do sistema cultural hospitalar, que obriga a considerar como legítima grande parte da cultura dos profissionais ao nível nacional, alterando os sistemas de valores que se apoderam das formas de regulação e autonomia dos profissionais (Carapinheiro, 1998). A este respeito iremos discutir e aprofundar melhor no capítulo seguinte, através da análise das lógicas profissionais inerentes ao hospital público.

2.2. A nova gestão pública, o profissionalismo médico e direção de serviços hospitalares

A reflexão sobre a construção, produção e consolidação dos vários tipos de saberes biomédicos e a natureza do conhecimento biomédico aliado à saúde e à doença na arte da medicina nas sociedades contemporâneas são de extrema importância para compreender a visão da medicina convencional, que nos transporta para um campo de incertezas e de questionamentos sucessivos, próprios do conhecimento científico.

Segundo Gadamer (2009), o conhecimento médico é construído através da objetivização de uma multiplicidade de dados dos doentes, restando saber se esses dados correspondem à forma como se afigura o valor dos indivíduos como pessoas e não meramente como corpos. Trata-se de saber se, de forma abstrata e abrangente, existe um equilíbrio que irá favorecer a integração social, o que tem vindo a ser considerado como indo muito para além da intervenção e da responsabilização médicas. Relativamente à relação entre médico e paciente, no que diz respeito à visão do corpo do doente do ponto de vista individual, esta encontra-se sob um paradoxo, dada a destreza com que se presume a compreensão da visão corpórea do outro, ou seja, esta relação manifesta-se numa relação pouco concreta, da não objetividade da corporeidade, pois cada experiência é unívoca e baseada em olhares distintos e alheios, tendo em conta as experiências e saberes leigos individuais. A forma do saber biomédico ultrapassa por vezes as suas fronteiras, dado que a excessiva medicalização das sociedades, associada ao poder da jurisdição médica, bem como à sua discricionariedade e coletivização, permite que entre em campos não estritamente médicos, extravasando as suas fronteiras, como são exemplo a política, a moral, entre outros.

Para Freidson (2001), profissão constitui um tipo específico de trabalho especializado, como uma ocupação que administra as condições do seu próprio trabalho profissional. Por sua vez, para Weber, o profissionalismo coopera para a expansão da burocracia, do mercado e do estilo de vida. Segundo estes dois autores, existem várias abordagens para analisar o profissionalismo, nomeadamente a da autonomia profissional, a do *status* e do prestígio das profissões e a da prestação de serviços profissionais como forma de organização social do trabalho, fazendo emergir conceitos como o tipo ideal de profissão, em que a organização e o controlo do trabalho são executados pela ocupação, em detrimento da regulação do mercado ou do controlo da hierarquia; saber abstrato e monopólio numa dada área especializada do conhecimento; autonomia profissional e controlo do mercado através da credenciação superior. Freidson (1996) entende as profissões como ocupações que desenvolvem um tipo de trabalho especializado, por sua vez fundamentado em critérios teóricos e técnicos, ou seja, através de uma *expertise* e de credenciação para exercê-la. O profissionalismo requer especialização, conhecimento e competências que são necessárias e indispensáveis face às incertezas que poderão surgir no quotidiano dos profissionais. No que diz respeito ao fechamento social da profissão, Freidson (1996) denomina de “reserva de mercado protegido”, através das competências

inerentes para exercer a profissão, enquanto Larson identifica como “monopólio profissional”, onde os profissionais lutam pelos interesses específicos das suas profissões (Schmitz, 2014).

Para Weber, a qualificação e saber técnico especializado advêm do poder nas profissões, impondo-se como forma de dominação. A existência da burocracia e da racionalidade normativa e legal exercem um papel impulsionador e motivador no que diz respeito à questão da autoridade, considerada como um fator predominante, e não através do poder coercivo, sendo destacados três tipos de autoridade, a carismática, onde são distinguidas características do indivíduo, fruto das competências técnico científicas; a tradicional, baseada nos costumes e a racional-legal, apoiada nas normas e leis. Para Freidson (1996), existe a autoridade por competência técnica, no que diz respeito à relação médico-paciente, e no que diz respeito à profissão médica, esta é detentora de autoridade e autonomia no exercício do ato clínico, onde obtém liberdade de orientar e fiscalizar o seu próprio trabalho, refletindo-se numa elite dominante e com poder (Schmitz, 2014).

A organização hospitalar configura uma típica estrutura de burocracia profissional, baseada numa estrutura hierárquica. Face ao conhecimento especializado, à legitimidade social, e à autonomia dos profissionais, estas sobrepõem-se aos processos decorrentes da burocracia inerente e do controlo administrativo, ou seja, a autoridade profissional impõe-se à burocracia e controlo administrativo de uma estrutura hospitalar.

As alterações causadas pela empresarialização não constitui uma perda do ethos profissional dos médicos, pois além das alterações e restrições ocorridas nas políticas de saúde, inerentes à NGP, o equilíbrio financeiro e níveis de desempenho são assegurados por processos burocráticos institucionais, o que não altera de forma rigorosa a sua autonomia, fazendo com que haja um reforço do poder profissional, dadas as responsabilidades associadas a outras atividades que não faziam parte do seu controlo decisional (Correia, 2012).

Da NGP poderão emergir eventuais consequências sobre o poder profissional, manifestadas por uma maior vigilância e controlo sobre as profissões, em função da gestão das contingências associadas ao managerialismo. Ou seja, a eficiência exigida aos profissionais, a responsabilização pelos atos médicos e a preocupação direcionada para o consumidor-utilizador são idiosincrasias associadas às exigências da NGP. Por outro lado, o enfraquecimento da confiança nas profissões, associada ao reforço da individualização e autorresponsabilização ao emergir de novas formas de poder profissional, surgem ligadas a estas contingências e imposições. Segundo Correia (2012), a NGP traduz uma reconfiguração de papéis e competências entre saberes profissionais da medicina e da gestão.

Segundo Carapinheiro (1998), o poder médico é detentor de grande alcance social, bem como político, e a natureza do seu saber é indeterminado e não rotinizado, apresentando desta forma o poder médico como um poder-saber, que ganha formas diferenciadas nas dinâmicas das relações sociais que

compõem o tecido social dos serviços hospitalares, decorrentes da posição dominante da sua autoridade, através do exercício das competências científicas, técnicas e sociais. Segundo um estudo realizado pela autora em dois serviços hospitalares, um num hospital geral e outro num hospital universitário, são identificáveis várias formas de poder médico, associadas a vários tipos de autoridade, evidenciando estratégias de produção e reprodução dessas formas de poder, indispensáveis para a construção de monopólios de saberes especializados. O poder médico é considerado um poder técnico-científico, correspondente a diversos tipos de autoridade, por acumulação de múltiplos saberes, competências e experiências clínicas do ato médico. E este capital técnico e científico converte-se em capital simbólico no âmbito das relações médico-doente, visto que se trata da relação entre o saber pericial e o saber leigo, como dois saberes com estatutos desiguais e naturezas distintas, mas em que o saber pericial é reconhecido como dominante e de que só os médicos são detentores. Esta posição do saber médico, reconhecida pelo saber leigo, está na origem do poder técnico-carismático, na medida do seu elevado valor simbólico. No entanto, a distribuição da posição dos médicos na hierarquia formal conduz a diferentes funções e responsabilidades, em que o poder médico é um poder hierárquico e um poder legal e em que os médicos não admitem regulação externa. Os médicos são detentores de um poder de auto – regulamentação, em que as decisões que dizem respeito aos seus interesses profissionais revelam a sua dominância profissional no hospital. Segundo a autora, ainda é visível uma outra forma de poder, relacionada com o poder do *expert*, quando alguns médicos são detentores de competências científicas e técnicas específicas, geralmente muito especializadas, que conferem autoridade científica e prestígio médico, independentemente de corresponder ou não a igual posição de autoridade e prestígio ao nível do poder hierárquico. Por outro lado, é também destacado o poder técnico – económico, como *dimensão administrativa do poder médico*, fruto do exercício de competências científicas e técnicas em várias atividades de gestão clínica e organizacional que na altura já se manifestava como um exercício de autonomia e autoridade profissionais, não planeado, nem previsível, desafiando as competências técnicas e económicas do poder formal da gestão hospitalar. No caso da relação entre estas formas de poder, a autora, nesta pesquisa realizada nos fins dos anos 80, já reconhecia os sinais e sintomas da emergência de uma *dimensão informal* do poder da gestão, reconhecida como necessária para melhor compreender a natureza e conteúdos das atividades médicas, e melhor poder controlá-las, que designou como a *dimensão médica desse poder*, por contraposição à *dimensão informal do poder médico*, que designou como equivalente ao poder administrativo em gestão.

As alterações que poderão ocorrer no profissionalismo médico, através das mudanças na cultura profissional, fruto dos objetivos e das metas da NGP, em nada são evidentes da constatação de um esvaziamento do poder médico operado pelo poder gerencial, tendendo ainda a sobrepor-se a decisão e poder médicos associados ao modelo tradicional, ou seja, o profissionalismo médico é

reforçado, independentemente da regulação ou imposições externas à profissão. Na estrutura hospitalar identifica-se uma base conservadora (tradicional) no papel dos profissionais, por oposição às lógicas de base empresarial (Correia, 2012).

A concetualização da identidade profissional centra-se na partilha de experiências e saberes especializados, ou seja, as profissões poderão influenciar-se mutuamente em disputa pelo domínio de saberes. Segundo Correia (2012), no que respeita à NGP e às jurisdições profissionais, um médico nomeado diretor de serviço é detentor de capacidades e de poder para decidir sobre aspetos estruturais do seu serviço.

No que diz respeito à orientação para o mercado, através da contratualização e descentralização das metas associadas às medidas da NGP, o que acontece é que estas medidas originam uma separação entre o financiador e o prestador, relativas a aspetos financeiros, contabilísticos e de produtividade. No entanto, estas alterações comportam em si efeitos sobre os profissionais e sobre as suas lógicas profissionais, através de aspetos relevantes, como são o caso da autonomia profissional, pois o reforço do aumento de controlo financeiro poderá colocar em causa a eficiência o controlo dos custos, bem como o possível impedimento das decisões baseadas por critérios de eficiência, qualidade e produtividade, assim como poderão introduzir alterações nos valores intrínsecos ao ethos profissional das profissões que participam na organização do trabalho, podendo mesmo originar uma incorporação do ethos relacionado com o managerialismo em detrimento do ethos profissional (Carvalho, 2006). As lógicas associadas à contratualização no sistema público exigem que as instituições definam claramente os objetivos a serem alcançados, impedindo os profissionais de regulamentar e controlar o seu trabalho, de forma autónoma e diferenciada, dadas as contingências associadas à NGP e a uma lógica de gestão mais alargada. Os objetivos a que estão sujeitas as instituições configuram uma parte estrutural das mesmas, descartando a intenção do profissional de modo isolado, dando destaque à avaliação do desempenho como parte integrante das lógicas associadas à gestão, em função do cumprimento de objetivos.

No que diz respeito aos efeitos da NGP sobre a autonomia e o controlo dos profissionais das instituições públicas, podem ser identificadas alterações nos mecanismos associados ao funcionamento do poder profissional, nomeadamente no crescimento da estratificação interna e na criação de elites de gestão, acompanhadas de quebra da solidariedade intra e inter-profissional, nomeadamente no que respeita a cargos de chefia, do ponto de vista horizontal e cargos de chefia de outras atividades profissionais, do ponto de vista vertical. E nesta senda, a autora menciona que os conflitos entre os papéis profissionais e de gestão são evidenciados por várias formas de conflito, devido à incompatibilização das lógicas profissionais, fruto das pressões exercidas pela estrutura hierárquica; o distanciamento no que diz respeito ao tempo despendido para qualidade assistencial; e a dificuldade de

conciliação entre a racionalidade associada à profissão e a racionalidade impulsionada pela gestão (Carvalho, 2006).

As lógicas associadas à NGP determinam uma posição mais direcionada para o consumidor, em que os objetivos que os profissionais têm de cumprir devem ir ao encontro das necessidades dos utilizadores ou beneficiários, permitindo a introdução de expressões de autocontrolo na regulação profissional. Uma retórica managerialista na gestão das instituições dá origem a mudanças e reconfigurações nos papéis desempenhados pelos profissionais, que são visíveis, por exemplo, no tempo despendido nas atividades relacionadas com a gestão, e na necessidade de recorrer a novas competências associadas a uma visão empresarialista.

Os profissionais do sistema público de saúde desempenham funções em contextos de maior pressão, com vista ao alcance de resultados, dada a vigilância política sobre as contêncões financeiras inerentes à NGP e aos hospitais EPE, que assumem a responsabilidade das suas decisões do ponto de vista económico e de produtividade, onde se constata que os maiores constrangimentos manifestam-se em problemas financeiros, dadas as exigências puramente quantitativas do funcionamento organizacional, bem como a atividade concorrencial entre o sector público e privado.

Uma das condicionantes da atuação da gestão hospitalar, centrada nas relações e dinâmicas intrínsecas ao sistema hospitalar decorre da própria natureza das organizações, sendo características das burocracias profissionais as implicações impelidas pela pressão para o profissionalismo. No entanto, apesar da burocratização inerente às metas impostas pelo CA, este pouco interfere no profissionalismo médico, pois o papel profissional é detentor de um poder técnico-científico, que influência e acaba por se refletir como fator decisional preponderante na discricionariedade profissional. A normatividade associada ao funcionamento burocrático organizacional não se sobrepõe à autoridade médica em geral e à que decorre dos cargos de chefia (Correia, 2012).

Segundo Correia (2012), os saberes médicos continuam intangíveis. A investigação já realizada manifesta a existência de uma relação entre o reforço do poder médico e a atribuição de uma mais-valia para a organização hospitalar de um determinado saber, no que diz respeito ao relacionamento entre grupos de pares. No entanto, do ponto de vista da gestão clínica, manifesta-se um choque entre o profissional médico e o gestor hospitalar acerca da disponibilização de recursos terapêuticos, dadas as contingências económicas associadas a uma leitura meramente quantitativa dos atos clínicos.

Na senda das incompatibilidades entre as lógicas profissionais associadas à direção de um serviço e aos atos médicos nele realizados, surgem conflitos interpessoais, que se devem a lógicas profissionais contrárias, nomeadamente uma de base conservadora e outra de base empresarial, em que a autoridade médica com uma visão tradicionalista opõe-se a visões e lógicas empresariais.

2.3. Médico e gestor: um duplo papel numa lógica profissional

Segundo Correia (2017b), as profissões são parte crucial e integrante da diferenciação social, com dimensões de igual relevância, como são exemplo a dimensão financeira e a dimensão simbólica, que incorporam a componente institucional e a componente individual (profissional). Ora, estas dimensões representam fatores condicionantes ao nível das ações e comportamentos desempenhados no âmbito do papel híbrido dos profissionais, no que diz respeito à gestão numa estrutura hospitalar, ou seja, a dupla conceção profissional implica um conjunto alargado de dimensões, internas e externas, ao mesmo tempo que condicionam as formas de atuação de um papel híbrido, quer advindas das condicionantes externas (financeiras), quer no que diz respeito ao tecido social alargado de uma estrutura hospitalar.

As consequências das reformas associadas à NGP acerca do papel dos profissionais prendem-se com a profissão médica que pratica um papel discricionário no que diz respeito às decisões acerca dos diagnósticos e das terapêuticas dos seus pacientes, o que permite conservar autonomia na alocação e uso de recursos, afetando inevitavelmente a racionalização dos mesmos. Outra consequência das reformas prende-se com o tempo despendido entre o desempenho dos dois papéis, nomeadamente em exercício a tempo integral, onde os profissionais incorporam por completo o papel de gestor, e em tempo parcial, quando os profissionais ocupam funções enquanto diretores clínicos e enquanto médicos em simultâneo. Referimo-nos aos papéis híbridos. Constata-se um aumento no tempo despendido pelos médicos em relação às funções de gestão, em detrimento do tempo despendido em atividades assistenciais. Ainda relativamente a estes papéis verificam-se duas maneiras distintas de como os diretores de serviço respondem aos mesmos, como são exemplo os papéis híbridos, que são norteados para representar e proteger o profissionalismo institucionalizado e os papéis híbridos que possuem conformidades desenvolvidas de gestão profissional (Correia, 2017b).

Os processos híbridos comportam ligações que complexificam o significado das suas ações, como são exemplo “o raciocínio ético da medicina”, no qual os médicos passam por forte socialização: processos relativos à ética, ciência e ausência de substituíbilidade da medicina pericial; a cultura das enfermarias médicas, em que parte substancial dos processos de identificação, lealdade e parceria entre os médicos tende a ser definida pelo local de trabalho e culturas dentro da organização; o raciocínio refletido na aceitação e incorporação nas práticas dos médicos de princípios gerenciais ligados à eficiência, custo-efetividade e responsabilização; a cultura organizacional, na qual os valores e padrões de comportamento são interiorizados por médicos e moldam as suas ações.” (Correia, 2017b). Relativamente às duas primeiras ligações, estas estão diretamente relacionadas com a medicina e com as suas lógicas profissionais. No que diz respeito às outras duas ligações são novas incorporações por parte da medicina, entre lógicas relacionadas com as competências gerenciais e as

lógicas fundadas na cultura organizacional, o que poderá conduzir à incorporação de novos valores profissionais, pois as duas últimas influências, que eram externas aos indivíduos, nomeadamente o raciocínio associado às competências gestionárias, e as lógicas associadas a uma maior produção com o menor custo associado, incorporam-se às lógicas relacionadas com o modelo mais tradicionalista.

As alterações nos modelos e mecanismos de gestão nos hospitais públicos traduziram-se na necessidade de melhorar os serviços de saúde, o que proporcionou que alguns profissionais de saúde ocupassem cargos de chefia, passando a desempenhar papéis híbridos de gestão.

Segundo Correia e Denis (2016a), cada vez mais a profissão médica tem vindo a apoiar estas alterações políticas, através da aquisição de competências em liderança médica, o que faz com que os médicos se mostrem cada vez mais interessados em questões relacionadas com qualidade, inovação e desempenho. Considera-se que se observa, cada vez mais, formas de transição do modelo tradicional para o modelo atual. Conforme supramencionado, as intenções políticas, no que se refere às alterações das medidas de reformas hospitalares, têm impactos diferenciados, consoante o enquadramento político, estruturas organizacionais e o nível de responsabilidade dos médicos para com o meio envolvente, nomeadamente pacientes, profissionais de saúde e a gestão da própria estrutura hospitalar.

No que diz respeito aos padrões de hibridização em organizações hospitalares, verificam-se dois tipos de estruturas de autoridade, a racional legal e a carismática. A racional legal está associada a processos de racionalização administrativos e a carismática está ligada aos processos de simbolização profissional. Os profissionais são detentores de uma grande autonomia, o que acaba por afetar os resultados organizacionais, pois possuem *expertise* e são detentores de um elevado *status* profissional (Correia e Denis, 2016a). Segundo Freidson (2001), o profissionalismo age como uma terceira lógica em que aproxima o racional legal da burocratização e o managerialismo e o mercado livre, associando concomitantemente a poderes de comparação e conflito entre os valores do profissionalismo e gerencialismo. Justamente após as reformas políticas na década de 80, estimuladas pela NGP no sector hospitalar, ocorreram alterações no campo de ação dos profissionais, nomeadamente na sua autoridade, através da separação simultânea da execução dos deveres clínicos e na resposta a determinações administrativas. Então constata-se que os profissionais continuam a resistir à NGP, nas áreas de atividade clínica onde ainda não foram descobertos os benefícios da divisão de funções entre os deveres clínicos e administrativos quanto à qualidade assistencial e eficácia na tomada de decisão.

Relativamente às direções de serviço, estas são estruturas organizacionais com autonomia na prestação de cuidados de saúde e com funções ligadas à gestão do serviço ou unidade hospitalar, em que as funções de gestão são delegadas pelo conselho de administração do hospital, esperando-se que o diretor de serviço combine o controlo clínico e financeiro com a atividade diária da equipa, de acordo com as metas de produtividade, reforçando o prestígio científico através da qualidade e quantidade de atividade assistencial prestada. Segundo Correia e Denis (2016a), existem duas

evidências acerca das direções clínicas: há uma grande relutância em assumir funções ligadas à gestão pela perda de autonomia na tomada de decisão final, e outra relacionada com os dilemas éticos quando tem que se compatibilizar decisões clínicas e burocrático-administrativas. No entanto, pouco se sabe acerca dos efeitos das direções clínicas na configuração das organizações hospitalares, vistas como um modelo de burocracia profissional, sob a égide dos princípios da NGP.

As direções clínicas surgiram na década de 90, como forma de aumentar a abertura a cargos de gestão nos hospitais e consequentes nomeações. As direções clínicas são uma forma de alcançar uma maior eficiência dos recursos, proporcionando aos doentes-consumidores um bom acesso a serviços de saúde, garantindo também a responsabilidade dos profissionais para com a organização. Como forma de atrair os médicos para estes cargos, são dispensados incentivos monetários com base no alcance de objetivos. No entanto, não existem evidências conclusivas se o modelo de gestão moldou os valores clínicos e a autonomia. Segundo Correia e Denis (2016a), os médicos em Portugal sempre se interessaram em ocupar cargos de chefia, o que permite concluir que receberam autonomia em termos de ferramentas clínicas e financeiras de controlo, sem terem que tirar algum tipo de formação em gestão ou administração hospitalar. O facto de não haver mecanismos formais de controlo significa que estes são substituídos por compromissos pessoais, bem como pela existência de confiança entre o diretor de serviço e o resto da equipa. Já no que respeita a conflitos dentro da profissão médica, verifica-se uma maior diferenciação de posições e respetiva produção de conflitos. A estrutura de gestão e funcionamento de uma direção serviço dependem muito do particularismo do trabalho médico, da diferenciação das especialidades do ponto de vista tecnológico e dos procedimentos clínicos, o que permite uma rotatividade de pacientes que vão ao encontro dos princípios de padronização financeira baseados no desempenho das direções.

Ainda relativamente às direções de serviço, estas baseiam-se numa estrutura burocrática profissional, onde se evidenciam dois tipos de posicionamentos analíticos diferenciados, nomeadamente um que diz respeito à gestão do serviço e outro enquanto posicionamento médico. Enquanto diretores de serviço os médicos manifestam-se como os protetores das influências externas ao mesmo, através de uma relação de confiança e de um controlo informal para com os colegas da equipa, onde se manifesta a confirmação do padrão de dependência do profissionalismo. Segundo Correia e Denis (2016a), não existem evidências que comprovem os efeitos que a gestão tem no profissionalismo de um organismo público. O que é sabido em termos de estruturas profissionais híbridas é que a ligação associada ao profissionalismo e à dinâmica de uma organização prende-se com a confirmação da prevalência identitária da organização para o desenvolvimento profissional; a adoção de novos papéis profissionais dentro das organizações tende a ordenar-se com os valores gestionários; e que a natureza do trabalho profissional continua a depender de alguns processos organizacionais. A literatura destaca a autonomia e a discricionariedade como uma característica

associada ao ethos profissional dos médicos e dos diretores de serviço, em relação aos conselhos de administração, dada a ausência de imposições que controlem as decisões ou modelos de trabalho, assim como a ausência de ferramentas que fortaleçam o controlo financeiro numa unidade hospitalar. Alguns estudos sugerem mesmo que as estruturas associadas à NGP fortalecem a autoridade médica (Sarto e Veronesi, 2016).

Segundo Correia e Denis (2016a), apesar dos esforços para enfraquecer a autoridade médica e incrementar a responsabilidade sobre os profissionais nas direções clínicas, verifica-se que as orientações políticas acabam por ser controladas pelos médicos. Constatam-se alterações organizacionais ao nível da gestão intermédia (nível micro), enquanto ao nível macro (gestão) não são visíveis grandes alterações. Verificam-se poucas mudanças em termos de formação dos médicos para adquirirem competências em gestão, e a autoridade carismática está ainda muito presente na profissão médica. Os diretores de serviço usufruem de alguns critérios de gestão a fim de atingirem alguns objetivos específicos, bem como o crescente trabalho relacionado com as funções de gestão está relacionado com incentivos financeiros e não com a crescente intervenção em funções gestionárias, ou seja, movem-se pelos incentivos financeiros para gerirem unidades hospitalares e não propriamente pelo crescente aumento de cargos associados à gestão.

Por outro lado, alguns estudos indicam um aumento da heterogeneidade na profissão médica, pois os valores associados ao managerialismo, por um lado, colonizaram a profissão médica através da hibridização, em que alguns médicos adotaram valores e ferramentas gestionárias, e por outro lado outros médicos, diretores de serviço, permanecem alheios às mesmas. A crescente diversidade e heterogeneidade das formas como se interligam a gestão e o profissionalismo poderão levar à criação de novos modos de controlo, assim como se procurará encontrar os mais eficientes. A constatação desta tendência geral gera recentes ligações entre gestão e profissionalismo, conduzindo à ideia da auto-governança. (Correia, 2011)

Nos países europeus, alguns estudos sugerem que os médicos se encontram mais envolvidos nas estratégias de gestão hospitalar, estando diretamente associados a uma melhor qualidade nos sistemas de gestão hospitalar, nomeadamente nas tomadas de decisão de forma autónoma e do ponto de vista estratégico, fazendo com que haja uma forte ligação entre os cargos de direção média e superior, do ponto de vista hierárquico (Rotar, et al. 2016).

A gestão hospitalar em Portugal é descrita pela existência de uma hierarquia onde se verifica o forte poder médico no setor público, com o aumento dos índices de produção, produtividade e competitividade e, por outro lado verifica-se uma falta de envolvimento dos pacientes. Evidencia-se um controlo visível e notório por parte dos pequenos poderes de gestão, centralizado ao nível do conselho de administração dos hospitais, sem se manifestar por parte dos pequenos poderes dos serviços. Constata-se uma perspetiva top-down do controlo gestor, confrontando uma perspetiva

bottom-up de auto-governança profissional, com novas formas de controlo associadas à liderança médica e/ou hibridização, através de padrões diferenciados (Kuhlmann, et al., 2013).

3. Reflexão: as características do sistema e estratégia metodológica

3.1. Reflexão inicial da primeira experiência do estudo

Este trabalho de investigação seguiu um rumo diferente do que estava delineado numa fase inicial. Ou seja, primeiramente, a definição do problema de pesquisa baseava-se em tentar compreender qual era a relação que existia entre os indicadores de qualidade assistencial dos hospitais do SNS e a variação do tipo de perfil de um gestor hospitalar no Novo Modelo de Gestão Pública, cujos objetivos seriam: conhecer os vários gestores hospitalares do país no sector público; explorar os indicadores de qualidade assistencial que estão disponibilizados no site do SNS, a partir do acesso à base de dados fornecida pela ACSS (Administração Central dos Sistemas de Saúde); compreender até que ponto os indicadores de qualidade hospitalar estão relacionados com o tipo de perfil do gestor hospitalar na NGP no setor público e conseguir estabelecer a relação de influência do tipo de perfil do gestor hospitalar com o maior ou menor sucesso da gestão hospitalar no modelo da NGP, através da avaliação da sua eficácia e da relação custo-benefício, através do método extensivo (quantitativo).

Numa fase inicial, estabeleceram-se alguns contactos com a ACSS, para que se conseguisse aceder aos dados necessários para a recolha da informação, dos anos 2014 e 2016, nomeadamente aos indicadores de qualidade do SNS, de livre acesso no *site*: o acesso, o desempenho assistencial, segurança, volume e utilização, produtividade económico-financeira. No entanto, para que estes dados fossem cedidos, a ACSS solicitou-nos a criação de tabelas para que se congregasse a informação que estaria em falta no *site*, e assim fizemos, através da produção de grelhas, em Excel, com as categorias e subcategorias dos indicadores de análise correspondentes aos centros hospitalares e unidades hospitalares de todo o país, com o objetivo de sabermos quais seriam os dados que estariam em falta para proceder à investigação e solicitá-los à ACSS. Infelizmente, após a realização deste trabalho não nos foi concedida a informação solicitada, por motivos que nos foram alheios. Desta forma, prosseguimos e mudamos o nosso objeto de estudo.

3.2. As características do Sistema Regional de Saúde (RAM): uma breve descrição

O sistema regional de saúde da Região Autónoma da Madeira (RAM) respeita os pressupostos da Lei de Bases da saúde, Lei 48/90, de 24 de Agosto (base VIII), a qual determina que as políticas de saúde são definidas e executadas pelos órgãos regionais responsáveis, no caso particular, o Governo Regional da Madeira, o qual deve legislar no que respeita à organização, funcionamento dos serviços de saúde (Decreto Regulamentar Regional nº 10/79/M de 29 de Maio). À RAM corresponde um diploma global que referencia a regulamentação futura, abarcando o serviço regional de saúde, onde

são constituintes as instituições oficiais, bem como as entidades particulares e profissionais que trabalham em regime laboral (Lei 48/90, de 24 de Agosto, base VIII). A Secretaria Regional de Saúde (SRS) da Madeira é um departamento do Governo Regional. Na sua orgânica estão incluídos o Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM (IASAUDE, IP-RAM) e o Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE.

Relativamente à organização e gestão do sistema regional de saúde (SRS), as políticas de saúde e legislação são emanados pelos órgãos regionais, que por sua vez, através do artigo 64º da Constituição da República Portuguesa; determina a criação de um Conselho Regional de Saúde, sob jurisdição do Governo Regional, onde farão parte as entidades da área da saúde junto da Secretaria Regional da Saúde. A gestão do Serviço Regional de Saúde atenderá aos princípios da unidade no planeamento, no que diz respeito à autonomia na administração, e em concomitância, a regulamentação das entidades particulares, do ponto de vista concorrencial, através da implementação de lógicas de gestão associadas às unidades de saúde e através da competência, responsabilização, incentivos à produtividade e garantias na qualidade. (Lei 48/90, de 24 de Agosto, base VIII).

A RAM é dotada de um diploma na área da proteção social, no âmbito da defesa da saúde, que é uma área específica da proteção social, onde a definição de políticas será unificada a programas de saúde. Relativamente às funções do sistema, cabe ao SRS, que é assegurado pelo orçamento da região e pelas receitas cobradas nos serviços da região, assegurar os seus objetivos de forma descentralizada e participada, através, da promoção da saúde e conseqüente prestação de cuidados, por todas as entidades públicas e privadas habilitadas. Por sua vez a função reguladora é exercida pelo Governo Regional através da secretaria responsável pela área da saúde e a função financiadora através das secretarias responsáveis pela área da saúde e das finanças.

Na entrevista realizada com o Presidente do IASAUDE, IP-RAM foi salientado o seu carácter de instituto público, criado em 2008 sob a jurisdição e tutela da Secretaria Regional da Saúde e dotado de uma autonomia administrativa, financeira e patrimonial, com jurisdição em toda a região, tendo por missão apoiar as políticas de saúde, estabelecendo uma articulação entre os serviços e os organismos, considerado como um sistema centralizado do ponto de vista da informação e da articulação com todos os sistemas de saúde, nomeadamente através de uma interligação entre os cuidados primários e os cuidados hospitalares da região.

Foram também referidas as características do perfil epidemiológico, da Madeira, caracterizado por uma população extremamente envelhecida, com uma carga pesada de doença crónica, com problemas acrescidos do ponto de vista genético, devido à consanguinidade, e com prevalência de doenças vetoriais.¹

¹ Doenças Vetoriais: “Os vetores são, sobretudo, artrópodes que transmitem a infeção através de picada quando eles próprios são portadores de agentes patogénicos, como vírus e parasitas. Os mais comuns são os mosquitos

No que tem a ver com autonomia político-administrativa, o entrevistado declara que a questão da insularidade confere responsabilidade e autonomia à região, na definição, planificação e execução das suas políticas de saúde, a serem geridas conforme as características específicas da população, incrementando uma maior proximidade com as pessoas e respeitando os indicadores que são mensurados ao nível nacional.

Relativamente à dimensão financeira na gestão dos serviços de saúde regionais, a região possui autonomia. O financiamento da Saúde na Região advém do orçamento regional, sendo essa verba inicialmente direcionada para o IASAUDE, IP-RAM, onde é feita a sua gestão, controlo e respetiva monitorização. Nesse contexto, é estabelecido um contrato-programa anual com o Serviço de Saúde da RAM (SESARAM), baseado em projeções de acordo com as necessidades e com a evolução das determinantes da saúde. Os contratos-programa realizados com o SESARAM são efetuados tendo em conta os procedimentos, ou seja, é estabelecido um contrato relativamente aos gastos inerentes, em termos de consultas, exames complementares de diagnóstico e outros procedimentos, que tipificam os possíveis gastos.

Relativamente às políticas de saúde, a Madeira segue as mesmas políticas que são implementadas ao nível de Portugal Continental, no entanto com algumas especificidades, dado o perfil epidemiológico da RAM. O entrevistado, conclui que existe uma transversalidade das políticas nacionais, com pequenas adaptações às estratégias regionais, dada a centralidade inerente ao sistema, às características do universo mais circunscrito da região, bem como à inexistência do mercado privado, que neste momento se encontra em fase de crescimento e que mudará o paradigma do mercado regional de cuidados de saúde. Ainda acerca da insularidade ou ultraperiferia, constata-se a existência de uma Lei Orgânica nº 2/2013, consagra no artigo 8.º (princípio da solidariedade nacional) e 9.º (princípio da continuidade territorial), dois princípios constitucionais importantes para a região enquanto região do contexto nacional. São esses princípios que devem ser respeitados no contexto de necessidades prementes para as quais a região não tem resposta imediata.

O modelo de gestão hospitalar implementado na RAM vai ao encontro das diretrizes ao nível nacional. No entanto, verifica-se uma particularidade associada ao sistema informático integrado do SESARAM, pois foi criado na região e encontra-se centralizado, ou seja, quer os cuidados de saúde primários quer os cuidados hospitalares têm acesso à informação estando em perfeita articulação. Refere que embora seguindo as mesmas diretrizes dos indicadores nacionais de qualidade, não existe ainda uma articulação informática perfeita com os hospitais de Portugal Continental, ou seja, os sistemas de comparação ao nível do desempenho não geram dados comparáveis em tempo real,

(de várias espécies), mosca da areia (flebotomos) e carraças (ixodídeos). Apenas uma picada pode transmitir doenças tais como malária, dengue, chikungunya, febre do Nilo Ocidental, leishmaniose, doença de Lyme, febre-amarela, encefalite japonesa, entre outras”. (Saúde, 2018)

embora haja um trabalho de aproximação que nos próximos meses permitirá o *Benchmarking*. No que respeita à contratualização dos profissionais hospitalares, a região é detentora de autonomia para a fazer, de acordo com o que está orçamentado, sendo criados incentivos regionais para captar recursos humanos para a região, seguindo as regras nacionais de contratualização. No entanto, uma das particularidades do sistema prende-se com as trinta e cinco horas semanais de trabalho que já se encontra a vigorar na região desde 2014. No que diz respeito à gestão das infraestruturas físicas, equipamentos e tecnologias, as aquisições seguem o mesmo perfil encontrado ao nível nacional (compras centralizadas). O entrevistado afirma que a dimensão da população da Madeira (3% do total nacional) exige um processo de negociação complexo (gestionário e político), pois não existe efeito escala. Adquirir apenas um único equipamento que colmata as necessidades do número reduzido de beneficiários torna-se mais dispendioso quando comparado com a compra de vários equipamentos para os hospitais do Continente. No entanto, existe cada vez mais uma filosofia nacional de compra centralizada, a qual já acontece nos fármacos. Este procedimento permitirá uma redução dos custos em equipamentos e dispositivos e uma adequação do orçamento regional.

3.3 Estratégia metodológica

Segundo (Bachelard, 1971), uma metodologia reflexiva e crítica da prática científica deve romper com o saber apreendido no quotidiano, proveniente das primeiras impressões. A construção dos objetos de pesquisa está sempre assente num complexo tecido de relações sociais em que, para apreender o seu entendimento, se torna necessário desenvolver os métodos mais capazes de descobrir as dialéticas que lhe são inerentes.

Bachelard refere que “a ciência opõe-se absolutamente à opinião” (1971), ou seja, na produção de conhecimento científico nada é dado à partida, sendo necessário haver uma prévia construção teórica. O senso comum, o conhecimento vulgar, a sociologia espontânea, a experiência imediata, fazem parte de concepções e juízos pré-concebidos, de que é necessário romper para que se torne possível o conhecimento científico, racional e válido.

Uma interpretação epistemológica crítica privilegia a reflexão acerca do que é considerado a verdade social da ciência moderna, como forma de colocar em questão um conceito científico estreito, baseado na sua certeza e pouco ou nada sensível à desorganização e à incerteza por ele propiciadas na sociedade e nos atores sociais. É através deste olhar que se deve analisar a metodologia das ciências sociais, nomeadamente da sociologia.

Numa fase inicial da investigação, aquando da definição do problema de pesquisa, delineou-se como objeto de estudo, compreender e interpretar como é que diretores de serviços de hospitais do SNS da RAM concebem o seu duplo papel de médico e gestor, e de que forma estas concepções

permitem compreender os resultados organizacionais nos hospitais públicos da RAM, tendo em linha de conta as características e particularidade da região, atrás mencionadas.

A partir da definição do objeto foram desenvolvidos objetivos de pesquisa, que procuraram conhecer o perfil (percurso/carreira) de alguns diretores de serviço da RAM; explorar as competências de um diretor de serviço no quadro das pressões associadas à NGP; compreender até que ponto o exercício da direção dos serviços médicos articula (ou incompatibiliza) os valores e lógicas profissionais da medicina e da gestão; e se os dados recolhidos o permitirem, conseguir estabelecer uma relação de influência (causalidade), no sentido de perceber até que ponto o exercício da profissão médica na gestão de um serviço hospitalar influencia o modelo NGP (em vários sentidos: simplificando, alterando, complexificando, agilizando). Por outro lado, construímos o quadro conceitual, onde procuramos articular cinco diferentes conceitos: burocracia hospitalar, profissão e profissionalismo, Nova Gestão Pública e por fim o conceito de hibridização em contexto profissional; e de que forma poderiam ser articulados e operacionalizados entre si, pois consideramos que seriam os mais adequados do ponto de vista da definição do objeto e dos objetivos do estudo.

O recurso a alguns artigos científicos acerca da NGP demonstraram ser da maior pertinência para o auxílio à delimitação de um panorama conceitual que servisse de suporte e referência para a investigação, a partir do qual fosse possível perceber, através das suas relações causais e conclusões mais importantes, as suas mais-valias para a construção do objeto de estudo, no campo da sociologia das profissões, da burocracia hospitalar e da hibridização profissional, em âmbito hospitalar, no sentido de facultar uma maior apreensão das influências da NGP sobre a conceção do duplo papel de médico e de diretor de uma unidade hospitalar. No entanto, apesar das mais variadas propostas interpretativas facultadas pelos vários estudos já realizados, estas não conseguem esgotar os campos de possibilidades de emergência de múltiplas conceções do duplo papel, dada a diversidade de posições que cada ator detém acerca da sua profissão, bem como das estratégias usadas para se afirmarem dentro de uma instituição hospitalar.

A estratégia metodológica consistiu não só em analisar os dados recolhidos através de técnicas específicas de recolha de informação, nomeadamente através da análise documental e através da entrevista, e em tentar descortinar e clarificar a reflexão epistemológica de tudo o que esteve inerente à realização desta pesquisa, de modo a compreender os elementos e as implicações enquadrados num contexto institucional específico, dadas as particularidades da RAM, onde por sua vez estão enquadrados papéis sociais incorporados num contexto específico de cargos de direção, aliados à reflexividade produzida por cada entrevistado. Esta investigação assumiu o carácter de uma pesquisa qualitativa, com recurso a entrevistas semiestruturadas, através do método de estudo de caso, que se caracterizou por interações muito próximas com os diretores de serviço que foram contactados e entrevistados.

A estratégia metodológica teve em linha de conta os objetivos inicialmente traçados para a conceção e desenho de investigação. Ao longo da investigação, a análise destes objetivos foi dando origem a conclusões específicas, por vezes até distintas do entendimento generalizado da sociologia das profissões que, de antemão, era impossível prever, o que acarretou algumas alterações introduzidas na perspetiva teórica, respeitando as especificidades próprias do estudo de caso e sem nunca comprometer o primado da teoria. Estas alterações verificam-se quando os entrevistados assumem modos de atuação distintos e contraditórios nos papéis assumidos nos cargos gestionários tendo em conta o mesmo contexto profissional e as mesmas posições do ponto de vista hierárquico, confirmando argumento de Carvalho (2006) e Correia (2017b), segundo o qual a sociologia das profissões até então tem sido pouco capaz de captar e conceptualizar tais diversidades contingenciais, nomeadamente quando discordam da necessidade de serem ou não médicos a dirigir um serviço hospitalar, em que alguns entrevistados assumem que é algo de natural na carreira médica hospitalar e outros mencionam como algo de paralelo à carreira médica hospitalar; quando discordam acerca da necessidade de ter formação complementar em gestão para dirigir um serviço hospitalar público, ou quando discordam aquando do momento em que tem que reportar decisões aos seus superiores hierárquicos. Ou seja, através da estratégia metodológica adotada concluiu-se que existem conceções de projetos profissionais distintas, sem que sejam guiados por traços estruturais e padronizados, através da existência de formas distintas de profissionalismo.

Foram elaborados 2 guiões de entrevista: um para entrevistar médicos diretores de serviço dos hospitais públicos da RAM e outro para entrevistar o presidente do IA Saúde da RAM, em ambos os casos com o objetivo de obter as suas perceções da NGP, em função das suas posições. Foram realizadas 22 entrevistas² em especialidades diferenciadas, sendo que de todas as especialidades existentes, não foram realizadas 14 entrevistas às restantes especialidades, por indisponibilidade ou incompatibilidade de datas, por recusa ou oposição. As entrevistas tiveram uma duração entre 1 hora e 2 horas e 30 min e decorreram entre Março de 2018 a Maio de 2018, à exceção de uma entrevista que realizou-se no mês de Agosto de 2018 e teve a duração de 1 hora. Todas as entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho dos entrevistados (hospitais), à exceção de 1 entrevista que se realizou num espaço público (zona comercial). Apesar do local de trabalho não representar um local neutro, foi a única maneira alcançada para compatibilizar as diferentes disponibilidades e de garantir a realização das entrevistas num espaço de tempo tão curto para a realização das mesmas. As entrevistas decorreram todas em espaços privados (gabinetes médicos e salas de reuniões) sem a presença de outros indivíduos, à exceção de 1 entrevista que começou por ser uma conversa só com o entrevistado, mas depois entrou um interno que acabou por assistir ao final da entrevista. As entrevistas de forma geral foram realizadas com poucas interrupções-interferências, salvo as vezes em que os entrevistados

² Remeter dados para tabela em anexo (Dados de Caracterização)

tinham que atender o telefone ou falar com colegas que entravam nas salas para falar com os mesmos. Todos os entrevistados foram previamente avisados, ou por contacto telefónico, ou por email, ou pessoalmente, e tomaram conhecimento de que as entrevistas iriam ser gravadas para recolha e transcrição. Só quando obtivemos a confirmação dos entrevistados para a realização das entrevistas, enviámos para todos (à exceção de 3 entrevistados que pediram que lhes fosse entregue em mãos) uma declaração que atesta o enquadramento institucional do estudo, bem como assegura o sigilo e a confidencialidade dos dados recolhidos.

No que respeita ao anonimato não é possível garantir o mesmo nas relações inter-pares, dado que o estudo foi realizado na Região Autónoma da Madeira onde existem apenas 4 instituições hospitalares, das quais 3 correspondem a especialidades específicas. A estratégia usada foi no sentido de usar excertos que ilustrassem os argumentos ao longo do texto, por forma a não comprometer nenhum profissional, tendo sido transcritos sem referir os nomes dos entrevistados, sem mencionar as especialidades, bem como sem referência ao género dos mesmos.

No que se refere à transcrição das entrevistas, estas foram transcritas integralmente, apenas com algumas correções do ponto de vista linguístico. Para o tratamento da informação procedeu-se à análise das entrevistas sem recurso a nenhum programa informático. Foram criadas grelhas de análise no Software Microsoft Word, separadas por dimensões de análise com as respetivas perguntas, e com todas as transcrições referentes à dimensão analisada. Deste trabalho resultaram grelhas de análise, cada uma com as perguntas correspondentes às dimensões de análise, e com as transcrições dos 22 entrevistados. A posteriori, cruzou-se a informação dos discursos de entrevistado, a fim de observar possíveis contradições, recorrências, concordâncias e divergências. Ao longo de algumas entrevistas houve a necessidade de manter uma posição mais interventiva, para que os entrevistados não controlassem o contexto (entrevista), pedindo-se aos entrevistados as suas opiniões e, algumas vezes, houve a necessidade de reformular certas perguntas para que os entrevistados não generalizassem ou mudassem o rumo de direção da conversa, através de um novo questionamento, de uma reformulação ou até do recurso a exemplos.

4. Análise e discussão dos resultados

4.1. O exercício da profissão médica e as dimensões profissionais

Esta análise permite fornecer a explanação de alguns dos processos supramencionados, baseados no plano individual de cada entrevistado, sem que seja possível extrapolar para outras realidades hospitalares. Serão evidenciados perfis e comportamentos dos médicos entrevistados, através de alguns retratos sociológicos com base em condicionalismos estruturais.

4.1.1. Percurso Profissional

Relativamente ao percurso profissional dos entrevistados, em geral a formação médica é percebida como um sonho, algo que sempre ambicionaram desde muito cedo., quer por ímpeto próprio, quer por terem familiares médicos. Ou seja, a escolha da profissão constituiu um elemento crucial que antecedeu o exercício da profissão, conforme os excertos seguintes demonstram:

“Praticar medicina no fundo foi sempre aquilo que eu quis ser! Ou seja, por outras palavras, não conseguia fazer outra coisa se não fazer medicina. Só me vejo nesta profissão!” (Ent:1)

“ (...) Eu sempre vivi com medicina, porque tenho familiares médicos e sempre convivi muito, sempre opere bonecas (...) ” (Ent:2)

Referem que praticar medicina simboliza uma filosofia de vida, uma maneira de ajudar os outros, e que o ato de salvar vidas, de minorar o sofrimento de outros é representativo da importância que atribuem à relação entre médico-doente. Esta visão da medicina mostra-se estreitamente relacionada com o ato de cuidador, onde é também revelador a prática do ato médico estreitamente relacionada com o conhecimento técnico-científico de que são detentores. O predomínio do discurso associado à ideologia profissional está associado à profissão, e à transversalidade da importância atribuída à interação com o doente. Ou seja, identifica-se o ideal-tipo (no sentido Weberiano do conceito³, o que representa o legitimar da profissão.

“ (...) o doente chega e eu gosto sempre de ouvir o doente primeiro, antes de passar à fase seguinte dos exames” (Ent:3)

“Para mim é uma vocação, uma vontade imensa, enorme de ajudar os outros, muito gratificante quando se consegue ajudar os outros, um bocadinho de tudo isso, desde sempre, eu penso, e não me vejo a fazer outra coisa (...)” (Ent:1)

“Significa...estou a tentar responder, não dizer o que devia dizer, mas o que eu sinto, mas o que eu sinto é mesmo ajudar pessoas que precisam, sobretudo isso, é uma forma objetiva, real, de ajudar pessoas que precisam (...), é o gosto pela investigação e o pelo estudo (...) Estudo mais agora que na faculdade, é constante, por exemplo hoje às cinco da manhã estava a estudar antes de vir para aqui.” (Ent:8)

“ (...) eu vejo o exercício da medicina como um equilíbrio entre a arte (que tem que ser sempre) e a ciência. A arte é aqui entendida como algo que se vê nas entrelinhas, a ligação aos doentes, o respeito pelas pessoas, de certo modo uma postura humanista.” (Ent:4)

Alguns médicos têm uma formação mais alargada do ponto de vista clínico, por forma a se especializarem em áreas diferentes, aumentarem o seu conhecimento, de maneira a deterem uma posição firmada na instituição. Segundo Tavares (2016), o contributo de Freidson (1968), assente no conhecimento e no poder das profissões, é revelador de como o saber (conhecimento) representa, de forma profícua um recurso do poder profissional, em que o conhecimento técnico-científico aliado à formação académica articula-se com o controlo e a autoridade destes profissionais, por forma a

³ “O conceito de ideal-tipo constitui uma ferramenta teórica-metodológica introduzida na análise sociológica por Max Weber (1971/1922), que consiste no confronto entre a perspetiva teórica, concebida de forma racional e sistémica, em termos de ideias e a realidade empírica, com vista a analisar os traços mais significativos das situações observadas, relativamente a um determinado objeto de estudo.” (Tavares, 2016)

conquistarem espaços de poder no tecido social das organizações de saúde, através das relações de poder associadas à autonomia e ao monopólio no campo profissional.

“Eu tenho uma formação muito alargada, sou especialista em medicina geral, sou especializado em medicina do trabalho e fiz formação em higiene industrial e tenho uma pós-graduação em cessação tabágica.” (Ent:4)

“É sentir (...) que era isto a minha especialidade e o que eu queria fazer na altura, mas era uma sob especialidade, hoje em dia é uma especialidade, portanto eu tenho duas especialidades medicina interna e cuidados intensivos.” (Ent:8)

“ (...) a medicina geral e familiar, sendo abrangente, implicando bio e socio familiar e todas as redes de suporte, penso que ser médico é ter capacidade não só de atuar na doença orgânica, física do corpo em si, mas depois o conseguir integrar a pessoa como ser humano nas suas várias valências, nos seus vários âmbitos enquanto pessoa. Porque para mim, para fazer sentido essa abrangência, também acabei por enveredar depois, para além da medicina geral familiar, pelos cuidados paliativos.” (Ent:14)

No que diz respeito aos momentos mais marcantes nas carreiras dos profissionais entrevistados, destacam momentos que antecederam as carreiras hospitalares, ou seja, momentos que não estão relacionados com o ato médico enquanto profissionais, como por exemplo: a entrada na faculdade; o sentimento associado ao terminar do curso; a escolha da especialidade, onde na sua generalidade destacam que o exame do fim da especialidade é o atingir de um objetivo de algo que era muito desejado; e por fim mencionam a progressão na carreira hospitalar, incluindo o cargo de direção de serviço. Alguns entrevistados mencionaram casos clínicos, que consideram marcados pelo brilhantismo do diagnóstico e pela eficácia dos seus processos terapêuticos. Mencionam também o facto de só se conseguir entrar em medicina com notas altas, onde referem as dificuldades das várias etapas que tiveram que passar até à conclusão do curso e conseqüente ascensão da carreira médica, com grau de dificuldade elevado, com mérito e muito estudo. Verificamos no discurso dos entrevistados a valorização do conhecimento técnico-científico legitimando assim a profissão, quando mencionam o percurso que antecedeu a carreira médica hospitalar onde adotaram uma atitude reflexiva. Os entrevistados fazem questão de demarcar a sua posição enquanto médicos, como a sua principal atividade hospitalar, que reafirma o seu posicionamento na estrutura hospitalar. Ou seja, referem que o mais importante é serem médicos com atividade hospitalar, independentemente dos cargos de gestão que assumem, embora enaltecendo sempre a satisfação que sentem pelo reconhecimento do seu serviço. Desta feita, verifica-se uma dupla conceção profissional em que referem a ocupação do cargo de direção de serviço como algo natural, fruto da ascensão da carreira médica hospitalar, em que a direção de serviço aparece como um reconhecimento de todo o trabalho desenvolvido e prestado à instituição hospitalar. Alguns mencionam o facto de chegarem a assistentes graduados seniores, como dando-lhes estatuto para gerir o atual serviço que dirigem. Não obstante, embora não representando a maioria, alguns dão primazia à atividade assistencial em enfermaria e em consulta, considerando que o seu objetivo único é tratar doentes:

*“Portanto a nossa carreira é um bocadinho direcionada na orientação dos serviços e depois à medida que fazemos a especialidade até chegarmos a chefes de serviço, o que é que nós pensávamos fazer (...)
” (Ent:10)*

*“Eu sou o mais velho e é uma sucessão lógica, porque é uma sucessão natural das coisas.” (Ent:12)
“É a evolução natural de um determinado percurso, não tenho dúvida que vim para a Madeira dirigir um serviço, como também se eu tivesse ficado no Santa Maria provavelmente atualmente era diretor de serviço lá.” (Ent:16)*

Estes profissionais são detentores de elevado *status* dentro da profissão médica, o que os torna um caso *sui generis* no sistema de saúde, aquando do exercício da prática profissional, independentemente do sistema burocratizado de uma estrutura hospitalar. O poder que detêm através da autonomia inerente à profissão obriga a que os profissionais elaborem estratégias por forma a compensar as restrições impostas pela NGP (Denis e Gestel 2016). Por outro lado, o poder das profissões em diferentes contextos de divisão social do trabalho, são ancorados pela existência de monopólio sobre um determinado campo profissional, ou atribuído pelo Estado ou pela Ordem profissional, que o Estado legítima e delega poderes a favor do controlo do grupo profissional. Ou seja, o fechamento social⁴, é definido como a forma dos atores sociais regularem, de forma heterogénea e a seu favor, o acesso a recursos e favorecimentos.

Quanto às principais competências destacadas para dirigir um serviço hospitalar, encontram-se: competências e conhecimentos em gestão; gestão de recursos humanos (consideram das tarefas do ponto de vista da gestão mais complicadas na direção de um serviço hospitalar, devido à gestão da escassez de recursos associadas às restrições orçamentais da NGP), e criação de alternativas viáveis gerindo as mesmas; gestão de conflitos; saber ouvir, comunicar, orientar, motivar os pares, fazendo fruir o melhor de cada um; escolher as pessoas certas para a distribuição das diversas tarefas do serviço hospitalar; proporcionar condições de trabalho; serem médicos competentes do ponto de vista da gestão clínica; e terem capacidades exemplares do ponto de vista técnico-científico.

“Olhe, eu acho que um médico tem que ser um bom gestor também (...), mas primeiro tenho que gerir bem os meus doentes, tenho que gerir bem os exames complementares que peço aos meus doentes, e isto só tendo algumas noções de gestão é que se pode também algumas vezes fazê-lo, porque nós também temos a noção de quanto custam os fármacos (...) o melhor para o doente ao menor custo (...) que é produzir o mesmo gastando menos.” (Ent:20)

“Faz parte, porque os médios têm que gerir sempre, dependo do âmbito em que estão...do cuidar, do tratar em primeiro lugar, e por vezes tentar arranjar alternativas para a falta de recursos, para a falta de material, porque em última análise, a gente tem que ter a consciência que o serviço nunca pode fechar.” (Ent:2)

No que diz respeito à relação com as equipas multiprofissionais, verifica-se um distanciamento entre a posição central do médico diretor de serviço, em relação aos enfermeiros,

⁴ “O fechamento social constitui uma etapa (...) que consiste na capacidade de um grupo profissional garantir, tanto o monopólio sobre o mercado de serviços que presta, como o monopólio da seleção e formação dos praticantes, como ainda, o monopólio e legitimidade de definir o seu campo de exercício e autoridade.” (Tavares, 2016)

assistentes operacionais e pessoal administrativo, pois as tarefas de cada grupo profissional não devem esbarrar com as dos médicos, verificando-se a necessidade de “tomada de controlo” perante as outras profissões hospitalares. Destacam também a importância que tem um cargo de direção, onde deveriam ser os médicos a chefiar as equipas multiprofissionais em detrimento das chefias paralelas (cargos de chefia das equipas multiprofissionais, do ponto de vista horizontal). Não obstante, há um reconhecimento em relação a estas profissões, pois referem a importância do papel destas equipas e da sua existência a bem da qualidade assistencial prestada.

“Eu neste serviço tenho a gestão de recursos, mas é relativa. Se eu pegar só nos recursos humanos, só tenho a gestão de recursos humanos da área médica (...) acabam por ter alguma limitação devido às alterações que se foram fazendo ao longo dos tempos. No início, eu lembro-me, e estamos só a falar na gestão de recursos humanos, porque a gestão deste serviço é muito mais abrangente, mas lembro-me que na gestão de recursos humanos tínhamos os médicos e os técnicos e administrativos e assistentes operacionais, e depois foi mudando, os assistentes operacionais ficaram sobre a alçada da enfermagem e os assistentes técnicos administrativos passaram por uma reformulação e a ter uma chefia própria. (...) Neste momento cada um deles tem a sua chefia, e isto é que é o mal desta questão toda” (Ent:10)

Alguns entrevistados mencionaram já terem tido alguns cargos de chefia, nomeadamente, na direção clínica, emergência na RAM, no conselho médico da RAM da Ordem dos Médicos, no sindicato independente dos médicos da RAM e em clínicas privadas. Seis entrevistados referiram a criação de unidades hospitalares, de que são os atuais diretores de serviço. A atribuição do cargo de direção de serviço enquadra-se na progressão da carreira hospitalar, dependente do reconhecimento da *expertise* (conhecimento médico especializado), ou seja, a natureza dos saberes médicos investidos na produção de cuidados e nas relações estabelecidas com outros saberes, constitui um lugar por excelência do poder médico.

Dez entrevistados deram especial relevo ao facto de terem sido escolhidos para diretores de serviço muito cedo, tendo em conta as diferenças de idades, entre eles e os que já estavam anteriormente no serviço. Esta atitude reflexiva por parte dos entrevistados manifesta-se em dois sentidos, pois demonstra um reconhecimento por parte da instituição hospitalar, da *expertise*, e por outro lado, poderá estar associada a uma estratégia, por parte superiores hierárquicos (CA e DC), de rejuvenescimento das chefias médicas que eventualmente corresponderá a uma clivagem no pensamento sobre o perfil do “diretor de serviço”.

“ (...) Portanto, depois tive que lidar com pessoas mais velhas, digamos que estavam e que provavelmente poderiam sentir que eram elas que deveriam avançar, e depois tinha sido eu que era muito mais nova (...), foi muito complicado (...) ” (Ent:1)

“ (...) e ele quis dar uma dinâmica diferente e escolher pessoas novas para a direção clínica, que tradicionalmente são pessoas duma certa idade (...) até que na altura tive que prescindir um pouco da minha carreira clínica (...) de facto um convite destes não se pode dizer que não. ” (Ent:20)

Revelaram-se características nos entrevistados que se prendem com o papel motivacional inter-pares, na execução de tarefas diárias nos cargos de direção de serviço: papéis relacionados com a

mediação de conflitos; orientadores e representantes dos colegas face aos superiores hierárquicos, adotando a figura que estabelece a ligação entre os diversos serviços hospitalares e uma postura de chefia na organização das práticas relativas ao funcionamento quotidiano do serviço. Estes aderem com algum entusiasmo a algumas medidas da NGP, como forma de reafirmarem a detenção do seu poder enquanto profissionais na estrutura hospitalar. Aqui ganha relevo a adoção de uma linguagem associada à gestão, quando se referem ao seu trabalho por objetivos e atos clínicos quantificáveis, onde se evidencia a necessidade de medição do ato médico. Ou seja, a integração da quantificação da arte na profissão poderá querer expressar que reconhecem que a sua arte só será levada a sério se se materializar em números. No entanto, verificamos que os discursos associados aos valores e comportamentos característicos de uma gestão integrada, do ponto de vista das funções enquanto diretores de serviço, é pensada individualmente em termos de performance, e não de cultura profissional, dada a incompatibilidade entre valores associados à gestão e à medicina. Observamos a existência de uma visão dicotómica entre os valores associados às lógicas profissionais e os ligados a uma cultura de gestão bem como uma compatibilização de ambos. Verificamos dois tipos de perfis diferenciados, um perfil tradicionalista onde se destacam os profissionais com mais de dez anos de serviço e um perfil dinâmico onde se enquadram os profissionais com menos de dez anos de serviço. Os valores associados a uma visão tradicionalista da medicina incompatibilizam-se com as lógicas e valores da gestão, onde mencionam que nunca irão colocar em causa a qualidade assistencial prestada. A gestão introduz instrumentos racionalizadores na obtenção e utilização dos recursos materiais associados aos cuidados de saúde, por imposição, indo contra as lógicas e valores da profissão médica, o que confirma a prevalência do modelo da medicina liberal, como explicativa da sua estratégia de pertença ao hospital e do seu pensamento sobre a direção médica de um serviço hospitalar, corroborada com o que vem a seguir. O papel do diretor de serviço sugere uma atitude tradicionalista no que respeita à dicotomia da perspetiva do papel profissional do médico e a perspetiva burocrática do conselho de administração. Não obstante, constatou-se um perfil dinâmico relacionado à incorporação de uma visão associada às lógicas da NGP como uma mais-valia para o papel do diretor de serviço.

4.1.2. Implicações da NGP no exercício da profissão médica no hospital

Segundo alguns estudos realizados, estes sugerem que uma maior participação e intervenção da profissão médica nas decisões relacionadas com a gestão hospitalar trazem benefícios para o mesmo (Sarto e Veronesi, 2016).

No que diz respeito à forma como os entrevistados encaram a relação entre gestão e medicina, manifestam a necessidade de incorporação das duas lógicas profissionais, entre médico e gestor de um serviço hospitalar, sendo que na maioria das entrevistas expressaram a necessidade de produzir mais,

ou o mesmo, com o menor custo possível, estando sempre muito presente a noção da medição, manifestando o descontentamento para com estas contingências. Alguns consideram que nos dias de hoje está incorporado na profissão ter competências ou conhecimentos em gestão para se ser médico. Todavia alguns consideram que conciliar as duas funções não é um trabalho fácil, pois muitas vezes as lógicas relacionadas com a gestão desencontram-se das lógicas e valores da profissão. Consideram que a relação entre medicina e gestão poderá por vezes, ser conflituosa, dadas as restrições económicas e os objetivos impostos pelo CA e DC.

“ (...) eu achava que isso estava muito certo se os lucros revertissem para os serviços, isso lá está, cada serviço ter uma unidade, nós sabemos que o nosso serviço dá lucro mas nem tudo o que nós ganhamos é investido na nossa própria especialidade.” (Ent:13)

“Lembrando o que eu disse em relação às características que um gestor deve ter, ou um diretor, ser médico é uma vantagem enorme. Primeiro conhecemos e sabemos o que é que os médicos fazem. Eu não sou cirurgião, mas sei o que eles fazem, não sou ortopedista mas sei o que eles fazem e por aí adiante, portanto ser médico numa unidade de saúde é algo muito importante e muito valioso, depois ser médico significa conhecer as pessoas e o médico conhece a fisiologia da pessoa.” (Ent:12)

“Pois, tendo em conta que os objetivos são normalmente determinados pelo conselho de administração, nós temos que ser, como se diz, muito cuidadosos no modo como abordamos. Depois os próprios objetivos internos condicionam-nos muitas vezes a atingir esses objetivos, respondendo ao conselho de administração e à direção clínica que, com estes custos e estas verbas, não vamos conseguir.” (Ent:8)

“Portanto não é possível neste momento cumprir objetivos sem eventualmente sofrerem cortes aqui ou acolá por carências várias, mas uma das principais são as económicas.” (Ent:9)

Os estudos sugerem que, em termos de políticas de saúde, os cuidados de saúde são cada vez mais geridos através de medições de resultados e gestão de controlo dos custos. O que é notório no discurso dos entrevistados é a necessidade de quantificar e medir o ato médico na gestão periódica dos seus serviços.

O surgimento de novas formas de controlo nos hospitais europeus propicia novas formas de profissionalismo, através da dupla conceção dos papéis profissionais sobre a relação existente entre medicina e gestão, descritas na literatura como hibridização. Alguns argumentos sugerem formas mistas (heterogéneas) de gestão hospitalar, devido à auto-regulação e autonomia da profissão médica. As lógicas associadas à gestão estão cada vez mais incorporadas nos médicos, ou seja, desempenham um papel cada vez mais inclusivo. Segundo (Kuhlmann, et al., 2013), na liderança médica surgem formas diferenciadas de controlo, relacionadas com a NGP: um *controlo integrado* em que há uma coordenação coerente entre o controlo e os padrões que são definidos pelo CA e os diretores de serviço, relacionados com o custo e com a qualidade dos serviços; o *controlo parcialmente integrado* em que se verifica uma fragmentação do que é realizado e o que é pedido ao nível superior, não sendo cumprido na íntegra, no que diz respeito aos custos e qualidade; e o *controlo fragmentado* em que se verifica que há um maior controlo da qualidade pela profissão médica, e relativamente aos custos, um controlo associado ao CA.

“Dificuldades, mas não são as dificuldades técnicas, às vezes pode ser algum elemento ou alguém da equipa que tenha um comportamento menos correto, mas são poucas vezes, o nosso serviço está bem equilibrado, as pessoas sentem-se bem e são valorizadas, se eu negligenciasse algum valor deles no aspeto profissional ou moral, andávamos aqui em conflito. Não temos tido conflito nenhum, às vezes podemos ser chamados por algum conflito pessoal, mas é raro, comparando com outros serviços o nosso é uma paz de espírito.” (Ent:7)

“A maior dificuldade são os recursos humanos e também como temos urgência sete dias por semana isso cansa um pouco e isso traz alguma desmotivação e cansaço, a verdade é que sempre foi assim e temos que tentar ultrapassar.” (Ent:16)

“Se eu precisar de alguma coisa vou diretamente falar à direção, não envio papel, falo primeiro e depois envio papel, é um proforma para protocolizar. (...) tenho quinhentos doentes à espera durante dez anos, entra um rapaz com trinta anos com três filhos menores cuja mulher não trabalha e que entrou ontem aleijado, privilegia-se o rapaz que tem descendentes e a mulher não trabalha. Não se pode, digamos, protocolizar, ou dizer é por este caminho. De situação para situação é que vamos resolvendo. Mas digo: todas as noites durmo descansado!” (Ent:11)

Relativamente às decisões mais complexas em termos de gestão, os entrevistados destacam com grande frequência as dificuldades existentes na gestão de recursos humanos: conflitos inter-pares, distribuição de tarefas inter-pares, escassez de recursos materiais, agendamento de férias, escalas de urgência, falta de recursos humanos e tempos de blocos operatórios⁵, atribuindo estas dificuldades aos cortes orçamentais no SNS, onde destacam que a relação com os seus superiores nem sempre é fácil, pois têm que “convencer” a DC e o CA sobre as necessidades do serviço (materiais e humanas).

“Oh doutora, perfeitamente, eu peço, estou sempre a chatear! Fazendo um pouco de chantagem. Mas nem a administração, nem a direção clínica me dizem não faças isso que não está correto, não, de forma nenhuma, nem eu permitia isso, a não ser que estivesse doidinho, louquinho.” (E:11)

No que diz respeito à posição dos profissionais em relação às alterações dos modelos e mecanismos de gestão dos hospitais públicos, denota-se que há um descontentamento generalizado face às medidas políticas na área da saúde, nomeadamente em alguns critérios relacionados com a NGP, no que diz respeito aos índices de produtividade, objetivos a serem cumpridos, contratualização de profissionais e racionalização dos gastos. Mencionam que o financiamento para a saúde é insuficiente, colocando em causa a existência de recursos materiais e de recursos humanos (quer por falta de recursos, quer por excesso de trabalho), e que existe pouca transparência no sistema público e na gestão. No geral, os entrevistados mencionam que não têm acesso ao que o serviço produz, em termos estatísticos, não havendo um feedback por parte dos superiores dos planos de atividades que são apresentados. Alguns destacam que o modelo de gestão atual é puramente técnico e economicista, deixando o lado humano para trás. No entanto, há alguns entrevistados que consideram que a forma como se gere hoje em dia está melhor, favorecendo a racionalização dos gastos em saúde.

⁵ Quando os entrevistados necessitam das salas (blocos operatórios) para fazerem cirurgias. Ou seja, cada serviço tem X de tempo por semana para usarem os blocos e por vezes esse tempo torna-se exíguo, originando conflitos entre os serviços.

“Acho que já chegou tarde, não gosto de usar esta expressão, mas um hospital pode ser um sorvedor de dinheiro, porque se não houver uma correta gestão dos nossos custos, que são poucos e parcós, pode ser um descalabro e um poço sem fundo. Obviamente que tem o reverso da medalha, mas falando das coisas boas, acho que as pessoas, e principalmente os diretores de serviço, aprenderam que têm uma responsabilidade acrescida, que não são meramente uma figura técnica que tem que ensinar tecnicamente, mas que de facto têm responsabilidades que vão para além disso, têm que gerir recursos humanos, têm orçamentos dentro do seu serviço, têm índices de produção que têm que responder por isso, têm uma série de coisas que não estavam habituados a ter. Os diretores de serviço antigamente eram quase um rei, uma figura importante de imagem que toda a gente respeitava, mas com muito pouco poder. O que traz esta gestão empresarial, se calhar mais responsabilidade acrescida na gestão dos seus recursos, nos índices de produção, que é uma coisa importante.” (Ent:20)

“A Nova Gestão Pública só veio organizar mais e valorizar mais os parâmetros gastos e produção. Até aí as pessoas faziam e não olhavam muito a custos, só veio chamar a atenção das entidades públicas com certo exagero, principalmente quando foi uma altura de crise que houve um certo exagero, e acho que havia dinheiros que eram desperdiçados quando se podia aplicar esses dinheiros em outras valências.” (Ent:7)

“Eu acho que é um exagero, passou-se “do oito para o oitenta”, antes a gestão era única e exclusivamente feita pela parte médica, depois começou a entrar os gestores, que eu acho muito bem, é a formação deles. Neste momento há hospitais, que não é o meu por acaso, em que os hospitais estão praticamente entregues a gestores e não há capacidade de revindicação por parte da classe médica.” (Ent:8)

“A tendência é uma tendência para mim economicista só escusaria estar a tecer mais comentários sobre isso, porque sendo uma tendência economicista dá para perceber o que eu quero dizer.” (E:10)

Em termos de trabalho burocrático-administrativo, os profissionais consideram que aumentou exponencialmente, mencionando que cada vez têm mais “papelada” para preencher, bem como o excesso de carga horária despendida para todo o trabalho burocrático-administrativo (relatórios de atividades / o facto de ter que ser o médico a pedir ambulância para transportar um doente / relatórios médicos que os doentes solicitam), consideram que poderá colocar em causa a qualidade assistencial, nomeadamente nas urgências e nas consultas, pois poderá atrasar alguns dos procedimentos. Mostram-se muito relutantes a estas contingências burocráticas, onde a maioria menciona que deixa de realizar o trabalho burocrático a favor da profissão. Ou seja, apesar da organização burocrática inerente aos hospitais, o poder e a autonomia profissional que estes atores detêm sobrepõe-se à existência de uma estrutura administrativa burocrática, através de um “sistema dual de autoridade”⁶. No entanto, alguns entrevistados destacam a sua importância e pertinência dessa mesma burocracia para o bom funcionamento e gestão do próprio serviço.

“Até que tive que prescindir bastante da minha carreira clínica, porque temos que prescindir algum tempo, o que me fez pensar seriamente se aceitava ou não.” (Ent:13)

⁶ Modelo da burocracia racional de Weber: “O tipo-ideal de burocracia racional foi constituído por Weber pressupondo a emergência do Estado moderno (...) a burocracia apresenta-se como uma organização racional de posições hierárquicas, caracterizada por autoridade hierárquica, divisão do trabalho com base em competências especializadas, regras sistemáticas e impessoalidade. (Carapinheiro,1998)

“Tive logo de início, o passar da minha profissão que eu adoro, ver doentes, e depois sentir que eu queria, mas não consigo, porque eu não consigo estar a gerir um serviço deste tamanho e ao mesmo tempo estar a ver a atividade assistencial diária.” (Ent:1)

“Digo-lhe sinceramente, foi muito violento, como é a medicina que eu gosto nunca quis prescindir ou diminuir o meu trabalho na medicina, eu tive que aumentar a minha carga de trabalho, porque depois tenho a parte de gestão. Todos os dias, habitualmente eu começo as minhas consultas às dez e antes das oito tenho a parte da gestão do serviço, os planos, os blocos, as adaptações que nós temos de fazer, os constrangimentos que vão chegando dia a dia. É isso.” (E:19)

Regista-se uma desresponsabilização, uma adaptação da profissão, ou ambas face ao incumprimento dos objetivos internos do serviço, pois não são atingidos devido aos constrangimentos associados ao papel que têm que desempenhar enquanto diretores de serviço e face às condicionantes associadas à lógica managerialista. Constata-se uma desresponsabilização do incumprimento dos objetivos ou da inexistência de respostas ao nível da gestão dos serviços devido à escassez de recursos (materiais e humanos), fruto dos constrangimentos gerados pelas estruturas hierárquicas, representando por vezes um fator de discórdia entre serviços. Segundo (Tavares, 2016), existe uma ausência de comprovação empírica sobre as teses de desresponsabilização das profissões, dado que mantêm poder profissional, expresso pela autonomia e dadas as alterações que têm vindo a ocorrer nas organizações, “obrigando” o profissional a adaptar-se às mudanças. Por outro lado, há autores que referem que as transformações sociais ocorridas nas estruturas hospitalares não equacionam um processo associado à desresponsabilização, mas um emergir de novas formas de poder profissional, bem como de reconfiguração da estrutura hierárquica interna das profissões, o que tende a acentuar as assimetrias no interior das mesmas.

Os profissionais relatam a necessidade de auto-regulação das questões económico-financeiras e da gestão dos recursos humanos nos serviços hospitalares que dirigem. É a expressão da necessidade de regulação de todos os processos inerentes ao funcionamento das unidades hospitalares, podendo ser vista como uma manifestação do poder técnico-económico.

Destacam também o brilhantismo do seu serviço e a importância que tem para o hospital, evidenciando a luta e a disputa entre especialidades, distinguindo os seus serviços em detrimento de outros.

“A articulação com os outros colegas sim, porque esta especialidade é sui generis, não somos melhores que os outros, tentamos ser médicos ideais. Agora se os outros se sentem inferiorizados em relação a nós, nós não nos sentimos superiores a outros colegas, agora o nosso serviço é particular e temos um compromisso com todos os doentes e passamos visita diária.” (Ent:11)

“É evidente que nós somos o patinho feio das ligações com os outros serviços, porque sem nós ninguém trabalha, ponto final.” (Ent:16)

“É que cada um tem um mundo, que entende que o seu é o mais importante, esquece que tem que se associar ao nosso, enquanto que o mundo deles é cinco estrelas, o nosso é uma constelação de estrelas. Nós temos que gerir uma constelação de estrelas e cada uma delas quer brilhar mais que a outra, mas a gente não pode alimentar este brilho para todos. Não temos capacidade e estamos limitados.” (Ent:5)

4.1.3. Autonomia Profissional

Relativamente à questão de como os entrevistados pensam a sua autonomia, na generalidade afirmam que a própria autonomia representa um dos principais pilares da profissão médica, mencionando que é uma condição sine qua non do ato médico. Referem que são detentores de autonomia na relação médico-doente, nomeadamente nos diagnósticos e terapêuticas aplicadas aos seus doentes. Mencionam também que são detentores de autonomia aquando da solicitação de exames complementares de diagnóstico. Também referem que a autonomia começa a estar altamente balizada e comprometida, devido à burocracia e protocolização inerente às regras hospitalares, até mesmo no ato clínico em si, pois muitas vezes é limitada devido à escassez de recursos em saúde (materiais e humanos), quer na execução no ato médico (meios complementares de diagnóstico), quer no excesso de burocracia inerente ao mesmo, que provoca morosidade através do constrangimento causado pelas condições impostas pela estrutura hierárquica (CA e DC). Alguns entrevistados mencionam também que a autonomia de que são detentores está relacionada com a questão da insularidade, onde referem que são portadores de uma autonomia forçada, quando sentem necessidade de recorrer a meios ou recursos que não existem na região.

“Devia haver mais autonomia, mas não há. Se me perguntar quanto é que eu gastei no serviço, eu não sei, na gestão dos serviços eu não sei quanto gastei em recursos humanos, e isto passa-se aqui.” (Ent:8)

“Relativamente aos meios complementares de diagnóstico e novas tecnologias tenho autonomia, mas provavelmente se fizesse esta entrevista a um colega meu num hospital do continente provavelmente diria que não tinha, isto porque aqui eu tenho que enviar os doentes para o continente para serem tratados, e isto é mais caro para a região, porque não tenho alternativas, devido à questão da insularidade.” (Ent:6)

“Na obtenção de novas tecnologias quando se fala nas novas tecnologias na integração de alguns sistemas, nomeadamente os modelos de diagnósticos e terapêuticas, aí obriga a uma autonomia, mas mais reduzida, obriga a partilhar conhecimentos com terceiros, e a prática com terceiros, o que quer dizer que o médico aí está dependente de outros, nomeadamente de outros colegas.” (Ent:9)

No que diz respeito à questão da autonomia enquanto diretores de serviço, na sua generalidade referem que não tem autonomia, pois estão dependentes de uma estrutura hierárquica que os constrange, do ponto de vista burocrático, protocolar e financeiro. Referem que para além dos constrangimentos financeiros e da estrutura hierárquica, um dos motivos impulsionadores da ausência de autonomia nos cargos de direção de um serviço hospitalar está também associada às chefias paralelas (chefias do ponto de vista horizontal), pois só os médicos estão a cargo dos profissionais entrevistados, sendo que tudo o que diga respeito à enfermagem, aos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, assistentes operacionais e administrativos, não estão sob sua alçada, ou seja, tudo o que diga respeito à contratação de pessoal médico e aquisição de material. Destacam também que não têm qualquer tipo de autonomia relacionada com questões financeira do serviço, onde

mencionam que são detentores de autonomia do ponto de vista teórico, pois na prática não se verifica. É mencionado que a NGP implicou restrições na autonomia da profissão médica, devido à escassez de recursos (materiais e humanos) e devido à excessiva protocolização e burocracia associada ao ato médico.

No que diz respeito à questão de se os diretores de serviço têm ou não que reportar as suas decisões, a grande maioria dos entrevistados salientaram, num primeiro momento das entrevistas, que não teriam que reportar as suas decisões a ninguém. No entanto, a posteriori, no decorrer das mesmas relataram que teriam que reportar à direção clínica e ao conselho de administração, através de reuniões, audiências ou relatórios. Referem que apresentam aos seus superiores: alterações nas funcionalidades do serviço; solicitação de implementação de novos procedimentos clínicos; falhas ou incumprimentos de objetivos estipulados nos planos de atividades; gastos extra e quando têm que estabelecer pontos de ligação com outros serviços, nomeadamente os recursos humanos.

No que diz respeito à introdução de alterações ao funcionamento do serviço, à margem das regras impostas, esta questão não ficou muito clara, pois os entrevistados ficaram um pouco tensos aquando da pergunta. No entanto alguns entrevistados mencionaram que por vezes podem e têm autonomia para introduzir alterações do ponto de vista da gestão clínica para contornar a burocratização e agilizar situações do ponto de vista terapêutico.

Relativamente à questão da pertinência da quantificação de indicadores para melhoria da gestão do serviço, na generalidade consideram fundamental a sua existência, até para uma autoavaliação do próprio serviço. No entanto consideram que, por vezes, o CA e a DC podem ser muito exigentes e, por vezes, acabam por não corresponder aos objetivos estipulados. Destacam também que nunca obtêm o feedback pormenorizado e justificado por parte do conselho de administração acerca do incumprimento dos objetivos.

Relativamente ao papel estritamente profissional, é conferida a esta profissão um papel discricionário no que diz respeito a questões relacionadas com a terapêutica dos pacientes. No entanto a discricionariedade tem influência na gestão e racionalização dos recursos hospitalares, onde se influenciam mutuamente, sendo que esta influência recíproca pode conduzir à linguagem fortemente associada à quantificação e medição do ato médico.

Ao nível da burocracia profissional, constata-se que os diretores de serviço possuem um poder-técnico associado à *expertise*, o que lhes dá autonomia para gerir as suas próprias decisões, podendo afetar os resultados organizacionais, que resulta na obtenção de maior autoridade e mais poder.

Verifica-se que os entrevistados possuem autonomia na aquisição de materiais para o serviço, associada a uma linguagem “negocial” relacionada com a solicitação de novos materiais para determinados procedimentos terapêuticos, onde negociam com os seus superiores hierárquicos as

necessidades associadas ao seu serviço, bem como as suas vantagens e desvantagens, a médio e a longo prazo.

“Muitas vezes, algumas vezes já entramos em conflito, porque os profissionais da gestão do hospital, não aqui ao nível do serviço, porque nós como diretores não fazemos isso, mas os gestores não médicos tem uma visão economicista da medicina, que não é a nossa, e eu pessoalmente já entrei, em semi conflito com alguns gestores. Por exemplo tentar que alguns rastreios em vez de passar de dois em dois anos, passar de três em três anos, em vez de começar aos quarenta e cinco, como se começa agora, começar aos cinquenta. Eu já argumentei isso, dei dados concretos, mas na região não vai mudar nada e até tenho o apoio do secretário que diz que não se muda.” (Ent:6)

4.1.4. Duplo Papel Profissional

Do ponto de vista do ethos da profissão médica, os entrevistados encaram que os princípios que estruturam a forma de pensar a profissão prendem-se com valores e normas associadas ao modelo biomédico⁷, onde por sua vez são descartados fatores sociais ou subjetivos. Mencionam que o mais importante é fazerem um diagnóstico acertado, pois estão perante pessoas doentes que se sentem inferiores e diminuídas face às condições associadas à doença. Referem que têm que fazer cumprir o seu dever, como assim o estudaram, colocando o tratamento do doente à frente de todos os condicionalismos. Destacam também a alteração de paradigma na relação médico-doente como uma menos valia, dado ao excesso de informação de que o saber leigo é detentor.

No que diz respeito às implicações da NGP no ethos da profissão médica, as opiniões dividem-se. Alguns dos entrevistados consideram que os condicionalismos poderão colocar em causa o tempo despendido à atividade assistencial, bem como a qualidade da mesma, face ao excesso de controlo pela imposição de objetivos relacionados com os índices de produtividade, aliados à racionalização do uso de recursos em saúde, e face à desmotivação presente nos pares na execução de tarefas, à escassez de recursos humanos e materiais provenientes das restrições orçamentais impostas. Por outro lado, alguns entrevistados mencionaram que esta não coloca, nem poderá colocar em causa, pois colide com os seus princípios éticos e profissionais, onde mencionam existir um certo equilíbrio entre o que eles solicitam à DC e os recursos usados.

Relativamente à conciliação dos objetivos impostos pela NGP e os objetivos da profissão, a grande maioria dos entrevistados menciona que existem dificuldades de conciliação, na sua generalidade, por causa das contingências económicas, onde destacam conflitos ideológicos, tais como: a restrição nas contratações; a gestão voltada para uma vertente economicista, direcionada única e exclusivamente para a obtenção de lucro; o descontentamento com as questões remuneratórias; e a dificuldade em desenvolver ferramentas motivacionais nos seus pares, como também poderá colocar em causa a vertente humanista do médico e a qualidade assistencial prestada aos doentes.

⁷ O modelo biomédico é guiado por variáveis biológicas do ponto de vista fisiológico, que analisam o corpo através da relação causa-efeito, minimizando os aspetos sociais, psicológicos e as várias dimensões da doença.

Quanto à questão de se a NGP pode colocar em causa o desempenho dos papéis profissionais dos médicos, a generalidade dos entrevistados menciona que esse desempenho poderá estar em causa, dadas todas as contingências impostas hierarquicamente, que colocam em causa a qualidade assistencial prestada no hospital.

No que diz respeito à relação entre o papel profissional dos médicos, a produtividade e os resultados globais da organização hospitalar, na sua generalidade revelam um enorme descontentamento face a esta triangulação, pois mencionam que a relação é quase sempre conflituosa face às exigências do CA. Dá assim origem a conflitos do ponto de vista hierárquico, afetando a qualidade assistencial. Relatam a incompatibilidade predominante entre o pensamento médico e o pensamento gestor, mencionando também que o CA vê a saúde do ponto de vista do negócio, tal qual como os governantes. Dizem que muitas vezes tem de haver uma relação quase que comercial entre os diretores de serviço e o CA.

O desempenho de duas competências e lógicas profissionais diferenciadas poderão dar origem a uma nova forma de profissionalismo inclusiva, que se torna mais abrangente do ponto de vista das suas funções, podendo trazer alterações nas estratégias de gestão por parte dos profissionais por causa das imposições e guidelines da NGP. Poderemos mencionar que existem várias estratégias de atuação por parte dos mesmos, sem que haja uma única estratégia definida como padrão ou traço estrutural.

4.2. Tipo de perfil dos Entrevistados / Tipologia dos Entrevistados

Verificamos a existência de papéis heterogêneos relativamente às decisões relacionadas com a gestão a cargo de cada um. Denota-se que desempenham papéis múltiplos e diferenciados ao nível da gestão, pois na estrutura social de cada serviço hospitalar encontram-se diversos processos de negociação relacionados com vários níveis de funcionamento da estrutura social informal, que se articulam e se podem até sobrepor à estrutura social formal. É também visível a posição dominante dos médicos na produção de cuidados e a autonomia auferida para a organização da divisão do trabalho de cada serviço, do ponto de vista clínico.

Ao mesmo tempo que detêm um discurso mais direcionado para as diretrizes associadas à NGP, em relação a alguns aspetos mostram uma atitude crítica no que diz respeito aos controlos e cortes financeiros (quando posta em causa a qualidade assistencial e a autonomia profissional), e em relação aos indicadores associados à produtividade dos serviços hospitalares. Não obstante, apesar de haver um sentimento de incompatibilidade entre as regras do CA e da DC e as regras informais médicas na gestão de cada serviço hospitalar, surgem situações de conflito que acabam por se resolver através da cumplicidade de interesses, através das capacidades negociais, ou através de uma cedência autorizada e recíproca de territórios entre os entrevistados e superiores hierárquicos, através da centralidade que é conferida à RAM.

Verificamos que os diretores de serviço com menos de 10 anos, por comparação com os diretores de serviço com 10 ou mais anos em cargos de direção encontram-se mais permeáveis às lógicas associadas à NGP, pois alguns mencionam que contribuíram para melhorar o sistema hospitalar e a gestão do mesmo, quer em termos de qualidade assistencial, quer em termos de produção. Verificamos também que alguns entrevistados deste grupo também já assumiram funções de gestão, quer no hospital (direção clínica), quer em clínicas privadas, ou noutros contextos.

Sendo assim, constatamos a existência de dois tipos de perfis diferenciados de diretor de serviço: um “perfil tradicionalista” onde se manifesta como traço central o predomínio da atividade clínica, sem reconhecer qualquer tipo de vantagem às medidas associadas à NGP, que inclui os diretores de serviço com 10 ou mais anos em cargos de direção de serviço; por outro lado, temos um “perfil dinâmico” onde manifestam um maior interesse e concordância com as medidas impostas pela NGP, reconhecendo algumas das suas vantagens. A estes correspondem os diretores de serviço com menos de 10 anos em cargos de direção, sendo que alguns já ocuparam cargos de chefia, nomeadamente na direção clínica do hospital onde se encontram, e outros criaram as unidades hospitalares dos quais são atualmente diretores de serviço.

5. Conclusão

A análise desenvolvida neste trabalho de investigação está ligada à abordagem global do impacto das reformas que têm vindo a ocorrer na Europa desde 1980. Estas têm vindo a dar prioridade às reformas na gestão dos serviços de saúde, conhecidas na literatura pela NGP. Estas alterações desencadeadas pela NGP não incidiram apenas sobre os médicos com cargos de direção de serviços. Incidiram sobre todas as profissões e categorias profissionais, das mais qualificadas às menos qualificadas e também sobre os doentes.

Para este trabalho, o recorte analítico realizado delimitou apenas o estudo das alterações da NGP sobre os diretores de serviço de hospitais públicos da RAM, tendo em conta a sua envolvente política no que respeita a organização da saúde na região, bem como a sua abrangência institucional, por forma a envolver o campo profissional dos atores sociais. Para analisar o impacto e a influência da NGP sobre a conceção do duplo papel profissional, enquanto médico e gestor de uma unidade hospitalar, houve a necessidade de compreender o contexto ao nível regional, tendo em conta: o perfil epidemiológico populacional da região; as políticas de saúde, no que diz respeito à autonomia político-administrativa; as principais idiosincrasias inerentes à insularidade, nomeadamente na implementação de objetivos, indo ao encontro das medidas associadas à NGP; a contratualização dos profissionais hospitalares; a aquisição de infraestruturas físicas, equipamentos e tecnologias; e a implementação de indicadores de produtividade hospitalar. Desta forma analisou-se as diferentes forças que acabam por contribuir num universo circunscrito acerca das práticas inerentes ao duplo papel profissional.

Salientamos que as conclusões apresentadas neste trabalho dizem respeito ao contexto empírico apresentado, de onde não é possível extrapolar para outras realidades hospitalares.

Por forma a sintetizar e apresentar as questões que foram colocadas para análise no início da investigação, seguem-se os pontos seguintes:

- Conhecer o perfil (percurso/carreira) de alguns diretores de serviço da RAM.
- Explorar as competências de um diretor de serviço no quadro das pressões associadas à NGP.
- Compreender até que ponto o exercício da direção dos serviços médicos articula (ou incompatibiliza) os valores e lógicas profissionais da medicina e da gestão.
- Se os dados recolhidos o permitirem, conseguir estabelecer uma relação de influência (causalidade), no sentido de perceber até que ponto o exercício da profissão médica na gestão de um serviço hospital influencia o modelo NGP (em vários sentidos: simplificando, alterando, complexificando e agilizando).

Na senda dos pontos supramencionados, numa fase inicial procurou-se abordar as várias problematizações acerca das implicações da NGP, em que se observou um aumento da convergência entre as práticas das organizações públicas e privadas, proporcionando transformações nas culturas organizacionais e nas práticas profissionais. Salienta-se uma alteração no panorama organizacional e de financiamento dos hospitais públicos, por forma a incrementar a autonomia na tomada de decisões, de modo a atingir metas relacionadas com o desempenho e produtividade. Estas alterações estão apoiadas numa ideologia managerialista, em que há uma transformação nas formas tradicionais de organização e gestão das instituições públicas para lógicas e ideologias associadas ao mercado privado. No entanto, ainda não é visível o impacto real da NGP no sector público. Especialmente em comparação quando levamos em linha de conta a diferença da aplicação das várias medidas em diferentes países e a proximidade dos Estados em relação às instituições. (Carvalho, 2006). Não obstante, nas instituições hospitalares constatam-se alterações impostas do topo para a base (top down), por forma a haver uma maior aproximação das ideologias associadas ao mercado privado. Estas alterações incorporam o surgimento de formas híbridas nas organizações hospitalares públicas. A literatura e discussão teórica sugerem que as instituições públicas são detentoras de particularidades que as diferenciam, que decorre da discricionariedade profissional, variável em cada contexto. O poder político e a definição do papel do Estado sobre essas instituições marcadas pelo seu inevitável mercado apresentam modelos racionais e burocráticos diferenciados, tornados mais visíveis pela ação dos seus profissionais (Carvalho, 2006). O conceito de profissionalismo, apesar das reformas a que este é sujeito com a hibridização dos papéis, mantém vigente o conceito tradicional de burocracia hospitalar. Assim sendo, os estudos identificam que o modo como os atores e as organizações hospitalares respondem às implicações da NGP sugere que os modelos híbridos incluem até ao momento modelos tradicionais (burocrático e profissionais), em que há uma complementaridade do conhecimento profissional e de gestão.

A literatura sugere também que as ferramentas e as lógicas associadas à gestão não se apresentam vinculadas de forma natural aos profissionais de saúde, com cargos de gestão em simultâneo, onde não se verifica um padrão unívoco de profissionalismo, existindo formas várias de projeção do mesmo através da construção de novos perfis e identidades profissionais.

Este trabalho procura dar conta da complexidade presente na ação individual dos profissionais de saúde entrevistados, perante os condicionalismos estruturais da sua envolvência, na perceção e conceção do seu duplo papel profissional, onde está inerente a valorização simbólica a título individual. Ou seja, procurou-se identificar e analisar os impactos que individualmente podem surgir no duplo desempenho dos papéis profissionais e a forma

como os diretores de serviço constroem a sua posição no próprio serviço, perante o CA e seus pares, baseada na individualidade inerente à ação e à concomitante reflexividade.

Os hospitais adotaram medidas com vista à reformulação dos termos da burocracia profissional, nomeadamente nas prestações de serviços, nas políticas associadas aos recursos humanos, promovendo uma cultura top down, com maior aproximação da gestão managerialista à gestão clínica. Perante esta forma de organização hospitalar, importa perceber como se manifestaram nos entrevistados os impactos destas alterações no exercício do duplo papel profissional.

O estudo da dupla conceção do papel de médico e de diretor de serviço nos hospitais públicos da RAM confere uma maior compreensão do contexto regional e das suas particularidades, enquanto região detentora de autonomia política e administrativa; não sendo este representativo de um raciocínio inferencial, onde poderão ser retiradas conclusões fechadas e que sejam definitivas e concludentes, dada a discricionariedade científica e ao facto de o conhecimento científico não ser estanque. Este fornece uma noção e compreensão aprofundada de um contexto específico, que poderá suscitar algumas respostas e tantas outras perguntas até então inexistentes, devido às intensas interdependências com o sistema de saúde do Continente que poderão também revelar, de forma genérica, importantes aspetos deste mesmo tema, quando estudados em outras instituições hospitalares de Portugal Continental.

A existência de debate nacional e internacional crescente quanto à “hibridização” do profissionalismo dos médicos está a encaminhar-se para uma tendencial abertura e compatibilização entre valores e lógicas de pensamento da medicina e da gestão, embora esta permaneça pouco consensual na literatura. Até que ponto a maior “abertura” das chefias médicas à gestão é, ou não, benéfica para o desempenho organizacional? Devem ser diretores de serviço (médicos no topo da carreira) a gerir os serviços de forma autónoma (como no passado)? Os diretores de serviço devem ter que reportar toda a atividade intrínseca da gestão hospitalar a gestores profissionais, que porventura controlem o desempenho do serviço, reportando estes à administração hospitalar? Os diretores de serviço devem ou não ser obrigados a ter formação académica em gestão?

Em Portugal escasseiam dados empíricos que respondam a estas dúvidas. A única evidência sociológica encontrada conclui que a abertura das chefias médicas à gestão pode ser benéfica para os resultados organizacionais; a gestão autónoma dos diretores de serviço pode ser benéfica para os resultados organizacionais, sendo que para atingir esses resultados não é necessário que os diretores de serviço tenham formação em gestão (sendo necessária a coadjuvação de gestores profissionais). Deste modo revelou-se interessante, para este estudo, fazer um levantamento da relação do exercício da profissão médica e a direção de um serviço

hospitalar nos hospitais públicos da RAM, onde se procurou explicar a forma como os diretores de serviço conciliam o exercício da sua profissão com a gestão ordinária de um serviço hospitalar, bem como procurou-se explicar o maior ou menor sucesso dessa gestão, com base na avaliação da sua eficácia e da relação entre gestão e exercício da profissão. Com este fim, apostou-se na realização de entrevistas semiestruturadas aos profissionais, diretores de serviço, para que se percecionassem as realidades destes profissionais através dos seus referenciais.

Em contexto de entrevista verificou-se uma conduta socialmente desejável, em que os entrevistados conseguem manipular os seus discursos, por forma a não comprometerem as suas posições, quando não respondiam às perguntas ou quando as respostas eram vazias de conteúdo. Segundo as informações extraídas das entrevistas verificamos que no geral, os diretores de serviço desempenham papéis heterogéneos no que tem a ver com as decisões relacionadas com a gestão de cada unidade hospitalar. Porém, não se constatando um padrão estrutural nas características e competências associadas à gestão dos serviços, verificou-se que desempenham papéis múltiplos e diferenciados ao nível do exercício das competências gestionárias por cada um dos intervenientes. Não se verifica uma linearidade racional comum face às responsabilidades relacionadas com a gestão dos serviços, sendo visível nos seus discursos um pragmatismo associado ao exercício da sua função. Verifica-se que o *modus operandi* é adaptado consoante as exigências e realidades de cada serviço sobre o qual atuam. Sendo um processo que não se traduz num movimento unívoco, mas em movimentos contraditórios e pouco rotinizáveis dado às interações desenvolvidas aquando das suas ações de gestão.

Verificou-se uma certa abertura por parte destes profissionais à incorporação de uma linguagem direcionada para a mensurabilidade e medição. No entanto, ao mesmo tempo que detêm um discurso mais direcionado para as diretrizes associadas à NGP, em relação a alguns aspetos mostram uma atitude crítica, no que diz respeito aos controlos e cortes financeiros (quando colocam em causa a qualidade assistencial e a autonomia profissional). Em relação aos indicadores associados à produtividade das unidades hospitalares fruto da hierarquia top down, também é visível, alguma resistência por parte dos mesmos. De uma forma geral verifica-se que os profissionais estão estreitamente vinculados ao seu papel de médico, à arte de praticar medicina, à construção do ato clínico, onde mencionam e dão grande destaque ao conhecimento técnico-científico de que são detentores. Concomitantemente valorizam o facto de as suas equipas estarem dotadas de “super” competências (conhecimento técnico científico), relacionadas com a especialidade em que executam as tarefas médicas, ou seja, mencionam que as competências técnico-científicas são essenciais para assegurar os objetivos e qualidade assistencial dos serviços, bem como da sua gestão, em detrimento das lógicas associadas a uma visão única, meramente empresarial, da gestão desses serviços.

Todos os indivíduos entrevistados executam ambos os papéis, apesar de mencionarem que por vezes o tempo despendido para a qualidade assistencial é exíguo, em detrimento do tempo consumido pelas competências associadas à gestão dos serviços. No entanto, destacam que mantém uma ligação constante e próxima com os doentes e com os pares, tentando superar as inerentes burocracias. Aliás, torna-se patente que em todos os casos é revelado um descontentamento generalizado em relação às questões burocráticas, rejeitando-as, e mencionando que quando se torna necessário dão primazia à atividade assistencial. Ou seja, o ato clínico mantém um lugar central na definição dos papéis profissionais, constatando-se uma oposição entre as lógicas associadas à racionalidade profissional e à racionalidade da gestão, aquando da prestação de contas a superiores hierárquicos, e no que diz respeito à autonomia profissional nos cargos de direção de serviço. Observou-se ao longo das entrevistas que os seus discursos indicam a necessidade de ocuparem posições de poder com a devida autonomia, detentores de poder técnico-económico, onde progressivamente manifestam uma forma administrativa do poder médico que corresponde à crescente penetração na gestão hospitalar. Verifica-se assim uma incorporação e aceitação da conceção do duplo papel profissional, apesar das lógicas profissionais serem distintas, e apesar da ênfase atribuída aquele que é o seu primeiro papel profissional.

Ao longo das entrevistas confirma-se que o facto de serem médicos representa uma mais-valia e condição sine qua non para dirigir unidades hospitalares, pois apoiam-se nos papéis profissionais (médicos) para dirigirem os seus serviços. No entanto, todos mencionam que nasceram para serem médicos e não para serem gestores, ou seja, apesar do discurso estar direcionado para uma desintegração da gestão na profissão, verifica-se o contrário, uma integração como forma de manifestação de poder na estrutura hierárquica. Até mesmo do ponto de vista dos cargos das chefias paralelas, onde equipas multidisciplinares são detentoras de chefias próprias, os entrevistados, na sua maioria, discordam da sua existência, mencionando que deveriam de estar sob a sua alçada. No entanto, a dominância estrutural da profissão médica no hospital é mais significativamente visível nos poderes da dimensão médica do que no poder administrativo per se, fazendo desta forma com que os médicos diretores de serviço, aumentem progressivamente o seu papel e a sua influência no hospital, pois a detenção do poder técnico económico, ainda que informal, é representativo de mais vantagens e privilégios, incrementando a autonomia nos serviços face ao controlo burocrático administrativo existente.

Por outro lado, no que toca à relação entre colegas, quando diretores de serviço, constata-se a existência de tensões e conflitos, tal como entre os superiores hierárquicos, provenientes das restrições orçamentais e dos incentivos à produtividade. É em linhas gerais considerado que as pressões impostas pelos superiores colocam em causa a autonomia e

discricionarieidade da profissão médica, e consequentemente, a autonomia inerente do cargo de direção de serviço. Verificam-se tensões e conflitos, pois a incapacidade de resposta por parte de algumas unidades hospitalares impossibilitam a execução de alguns procedimentos, ou seja, as diferentes direções condicionam-se mutuamente, de onde surgem lutas de poder entre os seus homólogos.

A heterogeneidade associada aos grupos profissionais aumenta conforme se acentua a divisão social do trabalho, onde está inerente a especialização e multiplicação de funções. Surgem identidades profissionais e formas de identificação centradas nos diversos grupos profissionais, que advém da própria diferenciação interna inerente à heterogeneidade dos grupos profissionais, cujas identidades se definem pelos atributos e afinidades; através das suas características, representações, práticas, papéis e normas padronizadas (Tavares, 2016).

Apesar de a maioria dos diretores de serviço manifestarem o seu descontentamento para com as medidas associadas à NGP, apoiam-se nas mesmas como forma de manifestarem e incrementarem o poder técnico científico-económico e hierárquico. Verifica-se que existem diferentes racionalidades que suportam os papéis desempenhados pelos profissionais associadas às competências de gestão. Contata-se também que surgirão novas dinâmicas associadas aos papéis desempenhados, onde por sua vez exercerão papéis inclusivos, que destacam novas racionalidades associadas às capacidades negociais, nomeadamente entre os seus pares e superiores hierárquicos. O facto dos diretores de serviço desempenharem papéis híbridos coloca e suscita dilemas profissionais na conciliação dos dois papéis, onde se verificam incompatibilidades na articulação entre as duas lógicas profissionais. No entanto observamos que os diretores de serviço com menos de 10 anos nos cargos de direção encontram-se mais permeáveis às lógicas associadas à NGP, pois alguns mencionam que contribuem para melhorar o sistema hospitalar e a gestão do mesmo, quer em termos da qualidade assistencial, quer em termos de produtividade. Consideramos importante relevar que alguns entrevistados deste grupo também já assumiram funções de gestão em contextos diferenciados.

Apuramos dois tipos de perfis distintos, um perfil tradicionalista onde se manifesta o predomínio da atividade clínica como central, sem reconhecimento de qualquer tipo de vantagem associada às medidas impostas pela NGP, e onde se encontram os profissionais com 10 ou mais anos nos cargos de direção de serviço, e por outro lado um outro perfil diferenciado onde se manifesta um maior interesse e concordância com as medidas impostas pela NGP, reconhecendo algumas das suas vantagens. A estes correspondem os diretores de serviço com menos de 10 anos nos cargos de direção (e não necessariamente mais jovens), sendo que alguns já ocuparam cargos de chefia, nomeadamente na direção clínica do hospital onde se encontram, e na criação das unidades hospitalares de onde são atualmente diretores de serviço.

As lógicas associadas à burocracia tradicional hospitalar permanecem dominantes. No entanto as lógicas relacionadas com a gestão ganham espaço, em que estas mantêm-se como matriz, evidenciando o modelo racional-burocrático nas instituições hospitalares da RAM.

Segundo a entrevista realizada ao Presidente do IA SAUDE da RAM, a região apresenta particularidades que a caracterizam, como são exemplo o perfil epidemiológico, e a autonomia político-administrativa que conferem especificidades na sua atuação, beneficiando de uma maior proximidade entre as instituições e atores sociais, pois o sistema encontra-se mais centralizado, o que aumenta a autonomia dos diretores de serviço, e facilita as formas comunicacionais com os seus superiores hierárquicos, ou até com os seus pares. No entanto, apesar de a insularidade representar uma mais-valia na questão da proximidade, a região não deixa de se guiar e monitorizar pelas normas aplicadas ao nível nacional, pela burocracia inerente ao sistema, bem como nas questões associadas à contratualização dos profissionais. Aqueles que desempenham um duplo papel profissional nos hospitais públicos da RAM são detentores de uma maior autonomia e poder nos cargos de direção de serviço, dada a centralidade e insularidade da região que a particulariza e que por sua vez poderá adicionar uma responsabilidade acrescida devido a esta autonomia que lhe é inerente.

As conclusões supramencionadas vão de encontro a alguns dados de produção teórica existente, em que se manifestam alterações e implicações no papel e nas funções do Estado nas organizações hospitalares públicas, o que acaba por confirmar a tendência no sentido da hibridização e das vantagens associadas à sua dupla conceção profissional.

Torna-se também interessante salientar alguns pontos que são merecedores de investigação futuramente, particularmente no que diz respeito à existência de uma maior ou menor responsabilidade dos profissionais de saúde para com as suas tarefas, devido à insularidade da RAM; compreender até que ponto a NGP tem impacto ou não ao nível do género em cargos de direção de serviço na RAM; perceber o impacto da NGP na qualidade assistencial na RAM; compreender até que ponto a autonomia financeira dada a cada serviço hospitalar público da RAM seria ou não benéfico em termos de produtividade e de qualidade assistencial.

Estamos convictos que este estudo deu a conhecer parte de uma realidade, associada a uma região autónoma, com características na senda das alterações ocorridas ao nível nacional, nomeadamente em alguns particularismos que o exercício da profissão incorpora, dada a insularidade associada à região. Desta forma, esperamos ter fornecido um contributo aos fenómenos que particularizam a região dentro das propostas managerialistas associadas ao setor público da saúde.

6. Bibliografia

Aguiar, Filipa Bianchi (2010), *Novos Modelos de Gestão Hospitalar*. Dissertação de Mestrado em Administração Hospitalar. Faculdade de Medicina – Universidade do Porto, Porto.

Araújo, Joaquim Filipe, (2005), "A Reforma Administrativa em Portugal: em busca de um novo paradigma" (Online), consultado em 27.11.2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/3274>

Bachelard, Gaston (1971), *A Epistemologia*, Edições 70.

Burau, Viola (2016), "Comparing medicine and management: methodological issues", *BMC Health Services Research*. (Online), consultado em 12.06.2017. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com>.

Catão, Marconi (2011), *Genealogia do direito à saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade*, 1ª Edição. Editora da Universidade Estadual da Paraíba.

Calnan, Michael e Rowe, Rosemary (2008), "Trust relations and changing professional governance: theoretical challenges", In E. Kuhlmann & M. Saks (eds.), *Rethinking Professional Governance*, Bristol: The Policy Press, cap. 4, PP. 61 – 76.

Carapinheiro, Graça (1998), *Saberes e poderes no hospital, Uma sociologia dos serviços hospitalares*, Porto, Edições Afrontamento.

Carapinheiro, Graça (1991), "Poder Médico e Poder Administrativo no Quotidiano Hospitalar", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (Online), Disponível em: <https://www.ces.uc.pt>.

Carapinheiro, Graça e Correia, Tiago (2015), *Novos Temas de Saúde, Novas Questões Sociais*. 1ª Edição, Mundos Sociais, Lisboa.

Carvalho, Maria Teresa, (2006). *A Nova Gestão Pública, as reformas no sector da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal*, Dissertação de Doutoramento em Ciências Sociais, Lisboa, Universidade de Aveiro.

Correia, Tiago (2017), "Doctors' reflexivity in hospital organisations: The nexus between institutional and behavioural dynamics in the sociology of professions." *SAGE Journals.Current Sociology*, 65(7).

Correia, Tiago (2012), *Medicina: O Agir Numa Saúde Em Mudança*. Lisboa: 1ª edição, Mundos Sociais.

Correia, Tiago (2011), *A Gestão das Incertezas nas Certezas da Gestão: uma abordagem sociológica sobre os efeitos da empresarialização hospitalar nas relações profissionais*. Dissertação de Doutoramento em Sociologia. Instituto Universitário de Lisboa – Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.

Correia, Tiago (2009), “A reconceptualização dos modos de produção de saúde no contexto da reforma hospitalar portuguesa”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (Online) e Disponível em: <https://journals.openedition.org>.

Correia, Tiago, Jean-Louis Denis (2016a), “Hybrid management, organizational configuration, and medical professionalism: evidence from the establishment of a clinical directorate in Portugal.” Edited by *BMC Health Services Research*. 16 (Suppl 2): 74-83.

Denis, Jean-Louis, Nicolette Gestel (2016), “Medical doctors in healthcare leadership: theoretical and practical challenges.” *BMC Health Services Research*, 46-56.

Fonseca, Dirce Mendes (2008), “A pedagogia científica de Bachelard: uma reflexão a favor da qualidade da prática e da pesquisa e da pesquisa docente”. Centro Universitário de Brasília (Online), Disponível em: Educação e Pesquisa.

Freidson, Eliot (2001), “Professionalism. The third logic. .” *Oxford: Polity Press*.

Gadamer, Hans-Gerog (2009), *O Mistério da saúde, o cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa: Edições 70.

Gruening, Gernod (2001), “Origin and theoretical basis of New Public Management.” *International Public Management Journal*, 1-25.

Hartley, Kathy (2016), “Untangling approaches to management and leadership across systems of medical education”, *BMC Health Services Research*, (Online), Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com>.

Jeurissen, Patrick, Duran, António e Saltman, Richard (2016), “Uncomfortable realities: the challenge of creating real change in Europe’s consolidating hospital sector”, *BMC Health Services Research*, (Online) e Disponível: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com>.

Kirkpatrick, Ian., Kuhlmann, Ellen., Hartley, Kathy., Dent, Mike e Lega, Federico (2016), “Medicine and management in European hospitals: a comparative overview”, *BMC Health Services Research*, (Online) e Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com>.

Kuhlmann, Ellen, Rangnitt, Ylva e Knorrning, Mia von (2016), “Medicine and management: looking inside the box of changing hospital governance”, *BMC Health Services Research*, (Online) e Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com>.

Kuhlmann, Ellen, et al. (2013), ““A manager in the minds of doctors:” a comparison of new modes of control in European hospitals.” *BMC Health Services Research*, 2-9.

Lega, Federico e Sartirana, Marco (2016), “Making doctors manage... but how? Recent developments in the Italian NHS”, *BMC Health Services Research*, (Online) e Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com>.

Lima, Marcos e Marinelli, Marcos (2011), “A epistemologia de Gaston Bachelard: uma ruptura com as filosofias do imobilismo”, *Revista de Ciências Sociais (Online)* e Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br>.

McGivern, Gerry, Currie, Graeme, Ferlie, Ewan, Fitzgerald, Louise e Warning, Justin (2015), “Hybrid manager – professionals` identity work: the maintenance and hybridization of medical professionalism in managerial contexts”, *Public Administration. (Online)*, Disponível em: Wiley Online Library.

Nunes, E. D. (2009). Goffman: contribuições para a Sociologia da Saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 (1): 173-187.

Rotar, A, et al (2016), “The involvement of medical doctors in hospital governance and implications for quality management: a quick scan in 19 and an in depth study in 7 OECD countries.” *BMC Health Services Research*, 100-109.

Rodrigues, Maria de Lurdes (2002), “Sociologia das Profissões” (2ª edição). Oeiras: Celta Editores.

Santos, Boaventura de Sousa (1987), “O Estado, a sociedade e as políticas sociais: o caso das políticas de saúde”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, 13-74.

Sarto, F. E Veronesi, G. (2016), “Clinical leadership and hospital performance: assessing the evidence base”, *BMC Health Services Research*, (Online) e Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com>.

Sarto, Fabrizia, e Gianluca Veronesi (2016), “Clinical leadership and hospital performance: assessing the evidence base.” *BMC Health Services Research*, 85-95.

Saúde, Direção-Geral da (2018), "Proteja-se contra as doenças transmitidas por vetores- Pequena Picada, Grande Ameaça"(Online), consultado em 20.08.2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/dia-mundial-da-saude-proteja-se-contras-as-doencas-transmitidas-por-vetores-pequena-picada-grande-ameaca.aspx>.

Schmitz, Aldo António (2014), “ Max Weber e a corrente neweuberiana na sociologia das profissões. .” *Revista Eletrônica dos Pós Graduados em Sociologia Política da UFSC*, 11 (10-29).

Schraiber, Lilia (1995), “O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional” *Cadernos de Saúde Pública*, (Online), Disponível em: <http://www.scielo.br>.

Tavares, David (2016), *Introdução à Sociologia da Saúde*. Coimbra: Edições Almedina.

7. Fontes

7.1. Legislação Consultada

Artigo nº 64/1976 de 10 de Abril da Constituição da República Portuguesa. (Consult.10.julho.2017). Disponível em: http://bdjur.almedina.net/item.php?field=item_id&value=229816).

Decreto-Lei Regional nº 10/1979 de 29 de Maio da Assembleia Legislativa Regional. Diário da República: I-A Série. (Consult.16.maio.2018). Disponível em: <https://dre.pt/pesquisaavancada//asearch/145612/details/maximized?perPage=100&anoDR=1999&types=SERIEI&search=Pesquisar/en>).

Lei nº 2/2013 de 2 de Setembro da Assembleia da República. Diário da República: I Série. (Consult.22.maio.2018). Disponível em: <http://data.dre.pt/eli/leiorg/2/2013/09/02/p/dre/pt/html>).

Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro do Ministério da Saúde. Diário da República: I-A Série. (Consult.16.maio.2018). Disponível em: <http://data.dre.pt/eli/lei/27/2002/11/08/p/dre/pt/html>).

Lei nº 48/1990 de 24 de Agosto da Assembleia da República. Diário da República: I Série, base VIII. (Consult.16.maio.2018). Disponível em: https://dre.pt/web/guest/pesquisa//search/574127/details/normal?p_p_auth=jnyzN3zG).

8. Anexos

ANEXO I -Declaração de Compromisso de Honra:



DECLARAÇÃO

Joana Raquel Abreu Ferreira frequenta o Mestrado de Sociologia do ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, encontrando-se a desenvolver a sua dissertação de mestrado no presente ano letivo (2017-2018), com o projeto “Entre a Medicina e a Gestão: o profissionalismo de diretores de serviço de hospitais públicos da RAM”, e da qual eu sou a orientadora.

A finalidade do estudo é compreender como é que os diretores de serviço de hospitais do SNS (Serviço Nacional de Saúde) concebem o seu duplo papel de médico e gestor de um serviço hospitalar e de que forma isso permite compreender os resultados organizacionais. Para tal, pretende-se utilizar uma abordagem qualitativa, com recurso a entrevista a diretores de serviço dos hospitais públicos da Madeira.

No âmbito das minhas responsabilidades de orientação deste estudo, venho solicitar a colaboração de V.^a Ex.^a para a sua realização, nomeadamente através da concessão de entrevista, de forma que a mestranda Joana Ferreira possa atingir os objetivos definidos para a sua investigação, sendo assegurados o sigilo e o anonimato dos dados facultados, a garantia da sua exclusiva utilização para fins académicos, bem como o compromisso de não comercializar, facultar, transmitir ou ceder esta informação a terceiros, entidades públicas ou privadas, fora do âmbito do projeto, a título gratuito ou oneroso.

Ciente da relevância deste tema de estudo, da experiência médica de V.^a Ex.^a, e também da importância de que se reveste a colaboração entre as organizações de saúde e as universidades, venho solicitar a sua melhor atenção a este pedido.

Subscrevo-me respeitosamente,

(Professora Catedrática do Departamento de Sociologia do ISCTE-IUL)

ISCTE – IUL, 27 de Novembro de 2017

ANEXO II - Guião de Entrevista aos Profissionais:

Guião da Entrevista

PERCURSO PROFISSIONAL

1. O que significa para si praticar medicina?
2. Quais foram os marcos mais importantes do seu percurso profissional?
(a construção da carreira até diretor de serviço)
3. Alguma vez pensou ser diretor de serviço? Em que circunstâncias aconteceu? O que significou para si?
4. Há quanto tempo exerce esta função? Teve alguma experiência prévia como diretor de serviço (noutro serviço deste hospital ou no serviço de outro hospital) ou com algum outro cargo de direção?
5. Enquanto médico, que competências destaca como mais importantes para dirigir um serviço hospitalar?
6. Quais as maiores dificuldades sentidas ao longo da sua experiência de direção do serviço?
7. E hoje, o que significa para si ser diretor de serviço? O que mudou? Que avaliação é possível fazer?

IMPLICAÇÕES DA NGP NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO MÉDICA NO HOSPITAL

8. Como avalia a relação entre gestão e medicina?
9. Enquanto gestor clínico, que competências considera essenciais para organizar o trabalho dos profissionais de saúde e assegurar os objetivos assistenciais de um serviço?
10. Da sua experiência, quais considera serem as decisões de gestão mais difíceis e críticas de um serviço? Quais as razões?
11. Em algum momento duvidou das decisões que estava a tomar enquanto gestor do seu serviço hospitalar? Porque duvidou?
12. Sentiu alguma vez necessidade de adquirir algum tipo de formação relacionada com a forma como deve gerir um serviço hospitalar? Porquê? Qual a formação que escolheu/escolheria?
- Nos últimos anos ocorreram inúmeras alterações nos modelos e mecanismos de gestão dos hospitais públicos.
13. Qual a sua posição face estas alterações?
14. Como avalia as consequências sobre o seu serviço:
na tomada de decisão relativamente aos vários objetivos a atingir?
na qualidade assistencial do serviço?
na articulação de trabalho dos profissionais?

na articulação com outros diretores de serviço?

15. Quais as profissões hospitalares que considera mais sensíveis às implicações do funcionamento dos novos modelos de gestão em vigor? Porquê?
16. Acha que o nível do trabalho burocrático/administrativo tem vindo a aumentar? Do seu ponto de vista, entende que tem alguma influência no tipo de cuidados prestados (na qualidade assistencial)?

DUPLO PAPEL PROFISSIONAL

17. Como é que pensa o ethos da profissão médica?
18. Qual o seu ponto de vista sobre as implicações das regras da NGP sobre o ethos da profissão médica?
19. Sente algumas dificuldades na conciliação dos objetivos da NGP com os objetivos da sua profissão? Em que situações?
20. Considera que a NGP pode colocar em causa o desempenho dos papéis profissionais dos médicos? Em que sentidos?
21. Como equaciona a relação entre os papéis profissionais dos médicos, a produtividade dos serviços e os resultados globais da organização hospitalar?

AUTONOMIA PROFISSIONAL

22. Como pensa a autonomia da profissão médica? Para si, quais são os seus principais pilares?
23. Como pensa a sua autonomia como diretor de serviço? Quais os principais fatores que a podem alargar ou a constranger?
24. Considera que a autonomia do exercício da profissão médica sofreu algum tipo de pressão resultante da NGP? Se sim, quais foram as principais fatores de pressão?
25. Enquanto diretor de serviço tem que reportar as suas decisões? Habitualmente em que tipo de decisões? A quem? De que maneira?
26. Que instâncias de autoridade considera que estão acima da sua e que reconhece como sendo necessárias e legítimas?
27. Sente necessidade de introduzir alterações na gestão do próprio serviço à margem das regras impostas pela administração do hospital (por forma a agilizar)? Sente que tem autonomia para o fazer?
28. Do seu ponto de vista, considera pertinente a quantificação de indicadores para a melhoria da gestão dos serviços hospitalares? Quando lhe parece aceitável? Quando lhe parece inaceitável?

ANEXO III - Guião de Entrevista ao Presidente do IASAUDE-IPRAM:

Guião de Entrevista (Presidente do IA Saúde da RAM)

1. Que aspetos considera que melhor caracterizam o perfil epidemiológico da população da RAM?
2. O que significa para si a questão da insularidade em termos de autonomia política/administrativa? (Políticas de Saúde)
3. A Região Autónoma da Madeira é detentora de total autonomia na definição das políticas de saúde? Quais as políticas em que sente menor autonomia de definição?
4. Considera que existem diferenças na definição das políticas de saúde entre a RAM e Portugal Continental? Quais são para si as diferenças mais significativas? Como as avalia em termos de vantagens e desvantagens?
5. O modelo de gestão hospitalar da Região vai ao encontro das diretrizes a nível nacional ou é detentora de especificidades particulares?
6. A questão da insularidade coloca diferenças na planificação e implementação dos objetivos impostos pela Nova Gestão Pública nas questões relacionadas com a saúde na RAM (Gestão Hospitalar / Produção de Bens e Serviços)? Quais são as principais diferenças?
7. O Serviço Regional de Saúde é dotado de sistemas autónomos de informação/comunicação em saúde? E relativamente à componente informática ao nível hospitalar, o sistema informático é específico dos Serviços de Saúde da Região?
8. Do ponto de vista da gestão dos recursos humanos, relativamente às questões da contratualização dos profissionais hospitalares (médicos especialistas e médicos internos para cada serviço) é feita ao nível Regional? (Os diretores de serviço tem autonomia nesse sentido / ou existem outras formas de contratualização) Existem restrições legais devido à insularidade? Como é que se processam?
9. No que diz respeito à gestão das infraestruturas físicas, equipamentos e tecnologias, as suas aquisições são feitas a nível regional? Como é que se processa? Por quem são financiadas?
10. A RAM possui autonomia financeira para gerir os seus serviços de saúde? Como é que se processa a gestão financeira em termos de recursos materiais, equipamentos e recursos humanos?
11. Que comparações lhe ocorre fazer entre a RAM e Portugal Continental no que diz respeito às implicações da utilização do Novo Modelo de Gestão Pública sobre a saúde desta região?
12. Os indicadores de qualidade mensurados no Serviço Regional de Saúde são ajustados às particularidades da Região, ou vão de encontro aos indicadores Nacionais?

13. Sente que existem conflitos na concretização de objetivos de produtividade (de acordo com o modelo da Nova Gestão Pública) entre o ambiente interno da Região e externo de Portugal Continental na implementação das políticas de saúde?
14. Em termos de gestão hospitalar, existem características que diferenciam em termos comunicacionais a relação entre os diretores de serviço e os seus superiores hierárquicos? São diferentes entre a Região e Portugal Continental?
15. Ao nível Regional é exigida alguma formação específica para dirigir um serviço hospitalar? Se sim, quais os aspetos que são valorizados? Onde é adquirida?
16. Relativamente à verba do orçamento geral de estado distribuída para a saúde na Região Autónoma da Madeira é parcelada /distribuída da mesma forma que em Portugal Continental?
17. Do ponto de vista da investigação clínica (ensaios clínicos), como é que se processa na Região Autónoma da Madeira? (Existe investigação? / São financiados por programas próprios ou fazem parte do orçamento de estado?)
18. Como avalia a relação, do ponto de vista da gestão de um serviço hospitalar, entre um diretor de um serviço e o conselho de administração. Consegue estabelecer alguma comparação com o que se passa nos hospitais de Portugal Continental?
19. Para terminar peço-lhe que me faça uma avaliação / balanço sobre as diferenças e semelhanças que considera serem mais significativas entre a Madeira e o Continente em termos de implementação de políticas hospitalares. Em que políticas mais se observam essas diferenças e semelhanças?

ANEXO IV - Dados de Caracterização

	Sexo	Idade		Mais do que uma especialização	Formação Complementar (Gestão de Unidade de Saúde / Gestão de Conflitos / Liderança)	Nº de anos na direção do serviço hospitalar			
		30-50	50 +			-10 Anos	+10 Anos	20 Anos	30 Anos
Ent:1	F		X		X		X		
Ent:2	F		X	X	X	X			
Ent:3	M		X			X			
Ent:4	M		X	X	X		X		
Ent:5	M		X	X		X			
Ent:6	M		X			X			
Ent:7	M		X	X	X	X			
Ent:8	M		X	X	X	X			
Ent:9	F	X					X		
Ent:10	M		X		X		X		
Ent:11	M		X			X			
Ent:12	M		X			X			
Ent:13	M		X			X			
Ent:14	F	X		X	X	X			
Ent:15	M		X	X		X			
Ent:16	M		X						X
Ent:17	F		X		X	X			
Ent:18	M	X					X		
Ent:19	M		X		X			X	
Ent:20	F		X	X				X	
Ent:21	M	X		X		X			
Ent:22	M		X					X	

Tabela: Dados de Caracterização dos Entrevistados