

Departamento de Gestão

O PARADOXO EM TECNOLOGIAS DE SAÚDE
da Racionalidade Paramétrica à Racionalidade Estratégica

Maria da Conceição de Assis Pacheco Moreira

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Gestão de Recursos Humanos

Orientador:

Professor Doutor Albino Lopes, Professor Associado com agregação, ISCTE Business
School, Departamento de Gestão – ISCTE-IUL

Co-orientador:

Professor Doutor David Tavares, Prof. Coordenador, Área Científica de Sociologia,
Departamento de Ciências Sociais e Humanas – ESTeSL-IPL

Abril 2010

RESUMO

O conhecimento actualmente detido sobre as profissões das Tecnologias da Saúde é incipiente porque os trabalhos científicos existentes são escassos e fragmentários.

Este trabalho constitui-se como um ensaio germinal. O instrumento dele resultante permitirá desenvolver indicadores de caracterização das profissões das TS concretos, actualmente inexistentes, e favorecerá o conhecimento da realidade organizacional no que a estas áreas de actividade concerne, nomeadamente, possibilitará a aferição do estado de desenvolvimento socioprofissional e o estudo de zonas de fronteira de actividade.

A racionalidade que enforma o pensamento sobre a Saúde tem sido uma racionalidade paramétrica, preponderantemente centrada nas questões das profissões médicas, quando é necessária uma racionalidade estratégica, que integre as várias dimensões e actores que se movem no Sistema de Saúde.

Foi aplicada uma tecnologia de painel de Delphi com a participação de 7 peritos numa primeira fase e alargado a 14 especialistas numa segunda etapa. Todos os peritos foram convidados de entre gestores em saúde, professores, PTS com responsabilidades de gestão e sindicalistas. Com base nas suas asserções foi construído um instrumento que permite: (a) aferir do estado de desenvolvimento profissional dos PTS; (b) estudar zonas de fronteira de actividade; (c) alargar o debate de ideias ao universo de profissionais no exercício

Este estudo aspira a favorecer a tomada de uma base mais científica para a empiria e a casuística que actualmente fundam o pensamento sobre estas profissões e possibilita a fundamentação de práticas de GRH efectivas e profícuas pois que proporciona a identificação de padrões e semelhanças para a integração, e de dissemelhanças e irregularidades para a diferenciação.

Palavras-chave: Gestão de Pessoas; Profissões das Tecnologias da Saúde; Profissões e Ocupações; Cuidados de Saúde; Mudanças Tecnológicas: escolhas e consequências.

Classificação do JEL: M12 – Personnel Management; I11 – Health Care Markets; J44 – Professional Labour Markets and Occupations; O33 – Technological Changes: Choices and Consequences.

ABSTRACT

The knowledge currently hold on the Professions of the Health Technologies is incipient because the existing scientific works are scarce and fragmentary.

This study is a germinal assay. The instrument that results from it will allow the development of concrete pointers of characterization of the Professions of Health Technologies, actually inexistent, and will favour the knowledge of the organizational reality in what these areas of activity are concerned, nominated, will make possible to measure the state of socio-professional development and the study of zones of activity border.

The rationality that forms the thought on Health has been a parametric rationality, preponderantly centred in the questions of the medical professions, when a strategical rationality is necessary, which integrates the various dimensions and actors who moves in the Health System.

It as been applied a Delphi panel technology with the participation of 7 experts in a first step, enlarged to 14 specialists within a second stage. All experts were health managers, professors, health technologies professionals and union workers. Funded in their assertions we have built an instrument to that allows: (a) to survey the state of professional development of Professions of the Health Technologies; (b) to study zones of activity border; (c) to widen the debate of ideas to the universe of professionals in the exercise.

So it favours a more scientific base for empiria and casuistry that currently seeds the thought on these professions and makes possible effective and proficient practises of Human Resources Management therefore that it provides the identification of standards and similarities for the integration, and of differences and irregularities for differentiation.

Key-Words: Human Resources Management; Health Technology Professions; Professions and Occupations; Health Care Markets; Technological Changes: Choices and Consequences.

JEL Classification System: M12 – Personnel Management; I11 – Health Care Markets; J44 – Professional Labour Markets and Occupations; O33 – Technological Changes: Choices and Consequences.

AGRADECIMENTOS

Fico, para sempre, penhorada para com o Professor Albino Lopes que, com a sua sabedoria e paciência me desvendou os melhores caminhos para este trabalho;

Agradeço aos peritos que, sem hesitação, estiraram o seu tempo para integrar o painel de Delphi e que, com o seu pensamento, firmaram o meu;

Também serei sempre grata ao Professor David Tavares cuja ajuda foi capital nos trabalhos de validação do questionário;

Ao Helder e à Maria Ana
que sustiveram o meu desassossego
e que, com constância, me incentivaram a prosseguir;

Ao António
por me fazer acreditar no valor, para o futuro, de persistir no estudo;

Por fim, mas não por menor, a todos os Amigos que não aceitaram a minha renúncia.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos Profissionais das Tecnologias da Saúde que, todos os dias, porfiam em construir uma posição profissional autónoma, um espaço de exercício capacitado e em prestar um serviço à comunidade de mérito.

“...para lá das falsas classificações, dos interditos, das condições culturais, políticas e económicas, as ciências não têm, por direito, como limite senão a criatividade humana. Elas não são constrangimento fatal ao qual seria necessária submissão, mas condições produtoras de um sentido que não cessamos de criar e que podemos criar de tal maneira que não é contra elas, mas através delas, que se constroem as vias novas do diálogo entre os homens e com o mundo que eles habitam.”

Ilya Prigogine & Isabel Stengers, 1986: 440

INDICE

INTRODUÇÃO	1
O PARADOXO DAS TECNOLOGIAS EM SAÚDE: da Racionalidade Paramétrica à Racionalidade Estratégica	5
A Racionalidade Em Saúde	5
OS FACTOS	8
Conjuntura	8
Componente Política	12
Componente Estratégica	16
Teorias em oposição	22
A estrutura nas burocracias funcionais	23
Práticas periciais e poder	29
A Saúde é uma entidade unipode	32
TECNOLOGIAS DA SAÚDE	35
Crescimento e Papel	35
Inovação	42
As TIC em Saúde	44
METODOLOGIA	47
Procedimento	51
Objectivos	53
ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	56
CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
ANEXO I - RAZÕES DO ESTUDO	89
ANEXO II – RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO - RESENHA	93
ANEXO III – QUESTIONÁRIO	100
ANEXO IV - TECNOLOGIAS DA SAÚDE: PARADIGMAS E PARADOXOS NA GESTÃO DE PESSOAS	109

LISTA DE ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamento de Centros de saúde

ACS – Alto Comissariado da Saúde

CRI – Centro de Responsabilidade Integrada

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ECTS – European Credit Transfer System

EPE – Entidades Públicas Empresariais

ESTeSL – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

GRH – Gestão de Recursos Humanos

ISCED – International Standard Classification for Education

OCED – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

OMS Europe – Organização Mundial de Saúde – Regional Office for Europe

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

OSS – Organizações dos Serviços de Saúde

PTS – Profissional das Tecnologias da Saúde

SPA – Sector Público Administrativo

TS – Tecnologias da Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

UNESCO – United Nations Educational Scientific and Cultural Organization

USF – Unidade de Saúde familiar

INTRODUÇÃO

“Tradicionalmente, chamamos simples aos sistemas que têm poucos graus de liberdade, e complexos aos sistemas que são descritos como tendo numerosos graus de liberdade. [...] Durante muito tempo prevaleceu a ideia de que, qualquer que seja a complexidade, a descrição poderia ser reduzida a fenômenos simples, sujeitos a leis deterministas e reversíveis [porém] o fundamental já não é simples mas complexo” (Prigogine, 1998: 231-232).

Inopinadamente introduzem-se no nosso pensamento, e nas nossas formas de olhar a realidade, novos conceitos como o de flutuação e imprevisibilidade, geradores de outros princípios não já de ordem mas de organização. A estrutura deixa de ser estável e comporta a emergência. As leis da natureza contêm a flecha do tempo e, à partida exprimem «possibilidades» e já não «certezas». É levando em conta o não-equilíbrio que as flutuações se revelam produtivas porque estão sempre presentes e esperam uma ocasião para se manifestar “O Universo é uma realização num universo de coisas possíveis.” (Prigogine, 1998:235).

Com esta ordem de pensamento prefaciamos o trabalho que levámos a cabo e damos à apreciação centrando-o nas questões de GRH (Gestão de Recursos Humanos) que surgem nas OSS (Organizações dos Serviços de Saúde) com a incontornabilidade da constatação da emergência de um grupo de outras profissões que se revelam fundamentais para a prestação de cuidados de saúde – as Profissões das Tecnologias da Saúde (TS) – naturalmente enquadrando-as em contexto.

Os estudos e escritos em GRH são um manancial de conhecimento, porém, muito raramente o foco se coloca nas Profissões das Tecnologias da Saúde. Por isso nos pareceu, até pela explosão súbita de pensamento sobre estas profissões, que se verifica neste ano de 2009, que dar a conhecer alguma história e condições sociais de aparecimento e desenvolvimento das profissões de TS seria interessante.

Também porque, tudo leva a crer que, os pensadores e os políticos descobriram a evidência de que as Tecnologias da Saúde são importantes no Sistema, embora, pensem o que fazer com uma realidade que não procuraram, não previram e não encaixa nos formatos existentes. É obviamente uma questão de GRH.

O trabalho em Gestão consiste em compreender e integrar tensões e paradoxos mais do que em simplificar realidades complexas (Rego e Cunha, 2007) fazendo uma abordagem à realidade organizacional capaz de reconhecer os estados contraditórios e paradoxais que caracterizam as colectividades humanas.

A escolha deste objecto de análise radica no facto de sermos primariamente e desde há mais de vinte e cinco anos, um destes PTS (Profissional das Tecnologias da Saúde). Nascemos para o mundo do trabalho, crescemos e desenvolvemo-nos com a profissão de Técnica de Análises Clínicas e de Saúde Pública ao mesmo tempo que emergia e se desenvolvia o grupo de profissões das TS.

Por isso, mergulhámos nas vicissitudes inevitáveis dessa emergência que tem vindo a induzir a reconstrução de realidades sociais até aí reputadas sólidas e, por isso, acompanhámos a revelação e crescimento destas profissões de saúde. Inevitável seria, portanto, que as organizações que têm como missão a prestação de cuidados de saúde e, em sequência, a aplicação dos princípios de Gestão das Pessoas nestas instituições, em particular, estivessem no centro do nosso interesse.

A questão de investigação primordial é tentar antever o que reserva o futuro a estas profissões sabendo que a evolução dos saberes que as suportam tem relação directa com as descobertas nas mais variadas áreas científicas que vão da química ao tratamento de imagem, da informática à biologia, da matemática à genética, da física à psicologia, da sociologia às engenharias de sistemas e à electrotecnia, das ciências biomédicas às normas legais, numa constante interacção, em permanente mudança

Não é nosso intento perorar acerca das teorias desenvolvidas sobre liderança, motivação, nem mesmo sobre as práticas ou as suas especificidades, dimensões fundamentais em GRH, sem dúvida. Porém, basta literatura está produzida, pelo que nada de valor nesse passo se acrescentaria.

Refere-se que, porque não de somenos importância, a adopção de um âmbito tão alargado num trabalho de investigação para conclusão de estudos de mestrado deveu-se à omissão de assentimento, sobre os requerimentos feitos para esse fim, por parte das duas organizações a quem, em tempo, foi solicitada a colaboração, e permissão, para efectuar os trabalhos de investigação empírica.

Nesta circunstância não nos restava outra alternativa se não a de analisar as questões de GRH das TS com este abrangente âmbito quando a restrição de contorno do trabalho proporcionaria uma menor dispersão de análise pela maior concentração numa só concreta realidade organizacional, sem com isso comprometer o objectivo geral ou as conclusões a extrair.

O decurso dos trabalhos se encarregou de demonstrar a pertinência e oportunidade da investigação nestes moldes latos. Pois o que interessa é o que está no cerne da emergência das Profissões de TS, oculto, fundamental mas simples, inscrito nas sucessões da história, que determinam o estar aqui e o devir que se demanda, e que confere sentido ao caminho.

O que importa é reflectir sobre o papel que os PTS cumprem no sistema de saúde para a saúde das pessoas. E se o cumprem. E como poderiam cumpri-lo melhor: com mais autonomia, com mais saber, mais capacitação, mais poder, mais reconhecimento da função pelos outros elementos do todo produtivo, e receptivo, dos seus resultados – os clientes internos e externos do produto do labor profissional em TS.

Um factor, que justifica plenamente este trabalho, ainda que o não simplifique, é a circunstância de estar em curso uma profunda mudança nas organizações do sector público¹ (Lobato Faria, 2008) induzida pelas alterações introduzidas no enquadramento jurídico em que, até ao ano de 2006 se fundavam as relações entre o Estado e os organismos a quem cabe a missão de executar as suas funções, e que continuadas pela reforma dos regimes de trabalho², desafia à introdução, também para as OSS, de visões diferentes e, sobretudo, introduz novas formas de gerir os Recursos Humanos, e aceita outros paradigmas orientadores das missões organizacionais.

Esta conjuntura poderia ser propiciadora de uma mudança transformadora nas formas de encarar e resolver a complexa problemática do sector da saúde.

¹ Lei nº48/90, de 24 de Agosto – Lei de Bases da Saúde; Lei 27/2002, de 8 de Novembro que a altera, aprova o regime jurídico de gestão hospitalar e permite a transformação de 33 Hospitais Públicos em Sociedades Anónimas (artº 3º da Base XXXVI e alínea c) do artº 2º do anexo); Dec-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro, transforma estes mesmos Hospitais em Entidades Públicas Empresariais (EPE's).

² Dec-Lei nº 169/2006, de 21 de Abril, aprova o Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE); Lei 12-A/2008 de 27 de Fevereiro, estabelece o novo regime de vínculos, carreiras e remunerações na Administração Pública (AP); e, Dec-Lei nº 59/2008, de 11 de Novembro, aprova o novo Regime de Contrato de Trabalho em Funções Públicas (RCTFP), entre outros normativos subsequentes.

Este trabalho desenvolve-se em três partes nas quais se abordam as questões macro e meso das organizações de saúde, sendo que este nível médio é analisado em duas perspectivas: do ponto de vista da estrutura das OSS e do ponto de vista das tecnologias da saúde.

Referem-se, ainda, as tecnologias de informação e comunicação, no sentido de observar o seu papel como facilitadoras da integração do sistema organizacional, e da criação e difusão de conhecimento, permitindo às partes centrar-se na sua missão e na sua função e ao todo funcionar com fluidez.

O PARADOXO DAS TECNOLOGIAS EM SAÚDE: da Racionalidade Paramétrica à Racionalidade Estratégica

A Racionalidade Em Saúde

A Saúde é um sistema extremamente complexo pois que apresenta numerosas dimensões de análise, numa constelação de interconexões, e factores mediadores de *performance* multiplicados. A sua descrição já não é exequível sem a referência ao contexto e à entropia. Este conceito introduz uma orientação temporal, um elemento irreversível e portanto uma evolução, isto é, uma história (Prigogine e Stengers, 1986). Passamos a falar de pontos de equilíbrio, efémeros, e de estados «longe do equilíbrio», persistentes.

A Saúde é, também, um sector económico, com especificidades, mas é um sector económico. Tem estado, desde sempre, sujeito a contingências externas de conjuntura e orientação política por parte do Estado na sua dupla função de prestador e regulador deste bem social. Mas também está sob o efeito de tensões nos grupos de prestadores de cuidados, de dentro para dentro, e por dentro, condicionadas pelas aspirações, individuais e grupais, de desenvolvimento das pessoas, não coordenadas pela GRH da organização mas pelas associações profissionais.

Apesar disso, e talvez por isso, os resultados em saúde têm sido apreciáveis, pois que a saúde da população melhorou (Villaverde Cabral e Silva, 2009). A prestação do serviço incorporou a evolução científica e tecnológica por pressão dos fornecedores externos e das necessidades de desenvolvimento pessoal dos prestadores (Antunes, 2001).

Uma das especificidades do sistema de saúde é que o doente-paciente-cliente-utente está assegurado pela natureza do serviço prestado. Não é a organização que procura os seus clientes, antes é o doente que a ela recorre imperiosamente sempre que está, ou sente estar, em causa a sua condição de saúde. As dificuldades de designação dão bem a imagem da fluidez da identidade atribuída a este particular cliente.

Mas, sem gestão das Pessoas a OSS tem uma estrutura desconexa. Se produz um serviço correcto, este é desagregado, sem qualidade, desadequado muitas vezes, e de elevado custo.

Segundo Lopes e Barrosa, (2008) na actual conjuntura a GRH é mais uma questão de filosofia e de princípios do que de instrumentos. No caso das OSS, isto é flagrante e urgente é a sua assumpção. Como veremos, as intervenções de gestão requeridas, para melhorar a gestão de recursos humanos afectos à prestação de cuidados de saúde no nosso País, são muito mais da esfera das estratégias de desenvolvimento da cidadania e da racionalidade comunicacional, do que da sofisticação dos instrumentos aplicados para aferir da eficiência do trabalho ou da eficácia do resultado.

Por outro lado, os factores «culturais», bem como as dimensões sociológicas das profissões de saúde, são correntemente pouco relevados, não sendo normalmente estabelecida relação harmónica entre as políticas e os patamares de evolução da economia e dos seus agentes (Cardim e Miranda, 2007:206).

Todavia, perante esta realidade, coloca-se um problema que tem tido abordagens variadas na busca de soluções, que diversas e diferentemente implementadas têm resultados demonstrados díspares, polémicos e de alcance duvidoso porque se têm aplicado lições não compreendidas a uma realidade desconhecida (Antunes, 2001:21)

Um problema de fundo é: Deve a GRH aplicar estratégias e técnicas importadas de fontes externas e a elas conformar o corpo organizacional por meio de práticas e táticas dele alheadas ou, antes e porque as organizações se autoproduzem (Lopes e Barrosa, 2008), deve a GRH adoptar práticas que atendam à idiossincrasia organizacional específica, escolhendo estratégias inovadoras mas contingentes e adaptadas à realidade imanente das redes relacionais existentes, nelas influenciando de forma a encaminhar o conjunto para melhores, mais adequados às necessidades das Pessoas e mais positivos desempenhos.

A Saúde é um sector que tem que considerar como paradigmáticas as negatividades do excesso de eficácia e a humanidade com que alguma ineficácia enriquece as organizações (Pina e Cunha, et al. 2006) pois que a procura de eficácia em cuidados de saúde pode acarretar desigualdades sociais e selecção negativa de processos de doença se as regras de mercado não forem temperadas com medidas reguladoras, que introduzam a total abertura no acesso aos recursos, e mediadas por outros conceitos, mais apropriados porque socialmente mais fundamentados, como seja o da efectividade do cuidado (Leal da Costa, 2005).

Esta efectividade carrega alguma ineficácia quando, preocupando-se com a humanidade da prestação, prescinde de aplicar um acto de cuidar para não infligir dor, inútil se sem efeito no resultado, preserva a dignidade da pessoa ou quando, pelo contrário, cuida o paciente mesmo se não está garantido o retorno financeiro.

Trata-se de fazer uma abordagem que venha a permitir inferir as conexões e interrelações fulcrais para os equilíbrios em que as OSS se sustentam ainda que dinâmicos, em permanente movimento e reajuste.

Porque se gerir recursos humanos é menos uma questão de práticas e técnicas que de sociologia numa perspectiva complexa, para o alcançar, há que compreender as relações que se constroem nas fronteiras profissionais, que sendo de integração, regulação, homeostasia e programação de forma «auto-exo-referente» como “uma fronteira que isola a célula e ao mesmo tempo a faz comunicar com o exterior” (Morin, 1983:109) têm que se desenvolver com uma visão integrativa (Cameron, et al., 2006) para a construção da «coopetição» interna, justificada pelas necessidades em saúde da população e favorecedora da sustentabilidade da organização (Barretta, 2008).

Mas, o que se verifica é que não tem sido possível, dada a extrema complexidade do sector da saúde, pensá-lo como um todo (Brito et al. 2001). Assume-se, geralmente, uma perspectiva redutora na tentativa de resolver tensões e conflitos agudos de solução urgente, fraccionando as questões nas suas parcelas e nos parâmetros e factores que os influenciam sem ir fundo na sua análise de forma a obter um conhecimento pleno a partir do qual, e só dele, é possível identificar padrões e semelhanças para a integração, dissemelhanças e irregularidades para a diferenciação.

A racionalidade que enforma o pensamento sobre a saúde, tem sido uma racionalidade paramétrica, ademais, enviesada porque preponderantemente centrada nas questões das profissões médicas quando o campo de análise está, hoje, alargado pela necessidade de se ponderarem as matérias sociais e pela diversidade de profissionais que detêm os saberes e exercem as competências insubstituíveis para a efectiva prestação de cuidados de saúde (McKee et al., 2004). A cada um caberá saber o lugar que ocupa e o papel que cumpre no todo integrado, à Gestão incumbirá aplicar práticas integradoras do Sistema.

Além dos usuais parâmetros torna-se imprescindível considerar as tecnologias de saúde e as de informação para uma análise estratégica, integradora do sistema. As tecnologias da saúde são preteridas nessa ponderação.

OS FACTOS

Conjuntura

“O problema da Saúde em Portugal é muito mais uma responsabilidade de gestão do que de recursos utilizados (quaisquer que eles sejam, nomeadamente humanos).” (Carvalho, 2008:139).

Há que pensar a organização de forma sistémica para que as melhorias introduzidas nos processos se auto-sustentem e induzam mais melhorias. Para isso é necessário chamar (e treinar) os Recursos Humanos da organização de saúde ao uso de metodologias colaborativas de forma a promover a definição, documentação e disseminação de boas ideias e práticas de cuidar e, também, testar e medir a mudança continuamente introduzida (Bloom e Standing, 2008). Há também que fazer circular o conhecimento de forma a que se propague e adaptar o conhecimento existente para alcançar objectivos partilhados e, por tanto, assumidos em conjunto como comuns.

A mudança nos sistemas de saúde tem sido extensamente analisada, à escala europeia através das experiências do NHS britânico (National Health Service) (Pettigrew et al., 1992 e Black, 1997) e à escala global pelos organismos internacionais competentes, OCDE e OMS (WHO, 2006, 2008a, 2008b, 2009a, 2009b).

Conhecem-se as suas forças e fraquezas, os resultados de saúde que têm produzido e as vias para a sua melhoria. E sabe-se que as ameaças são sobretudo internas ao próprio sistema – marcado pelo alto valor social que lhe é conferido – às suas singularidades, e ao contexto em que opera (Correia de Campos, 2008).

O SNS (Serviço Nacional de Saúde³) português não foge à global conjunção. Ora, neste nosso País muitos falam em princípios orientadores, processos de implementação e, pela proliferação de pensamento sobre o assunto e pelo corpo de conhecimento já constituído⁴, também não há como continuar a produzir literatura sem concretização, deixando as organizações, e os profissionais que as constituem, em limbos de orientação e processos de navegação à vista (Carvalho, 2008).

³ Ou Sistema como é ultimamente já designado mantendo o acrónimo.

⁴ Mendo, 1996; Antunes, 2001; Escoval, 2007; Pita Barros e Simões, 2007; Reis, 2007; Correia de Campos, 2008, de entre outros.

Pois que, e tal como reconhecia Beleza (2001), o conceito de Sistema de Saúde supõe um nível de organização entre nós desconhecido. Dão-se, hoje, os primeiros passos para a criação de tal sistema, restando saber como se fará o alinhamento e integração das várias unidades estratégicas que se vão estabelecendo, com orientação política para a sua criação, por iniciativa e participação dos profissionais.

É no foco organizacional que radicam as questões fulcrais pois que a prestação de cuidados de saúde é um processo de colaboração complexo que requer a coordenação e comunicação entre um alargado número de pessoas – profissionais, altamente qualificadas – e a tessitura de um vasto conjunto de estruturas (Hodgetts e Porter, 2007), para benefício das Pessoas que necessitam do sistema de saúde.

Porém, as mais das vezes, não são elas que estão no cerne das preocupações, antes são o «umbigo» profissional (Carvalho, 2008), os objectivos financeiros ou a manutenção do status.

Em Saúde, a quantidade de factores em jogo proíbe as tipologias e exige a construção de modelos cuja complexidade os pode tornar impraticáveis, nesse caso restando-lhes apenas valor heurístico.

E, no confronto com a complexidade das organizações de saúde, demasiadas vezes, “...se aceita jogar para o empate na decisão...” ou que esse seja um “resultado a buscar ou defender” encaminhando a gestão do SNS para “um beco sem saída” sem que se vejam “propostas para ultrapassar esse impasse” e regenerar o sistema (Carvalho, 2008:16-17).

Assim é a despeito de sucessivas orientações políticas configuradoras de outros modelos de gestão, enquadrados pela Lei de Bases da Saúde⁵ que, há já 19 anos, a todos hipotetizou sem que as relações interpessoais se tenham alterado ou os mecanismos de comunicação modificado.

Não são, portanto, as mudanças *top-down* que mudam a cultura de uma organização, mesmo quando legalmente instauradas, como foi o caso da empresarialização dos hospitais – que se mantém igual seja a designação de Hospitais SA (sociedade anónima) ou EPE’s (entidades públicas empresariais) porque o que (não) muda é a composição do “accionista” que afinal é sempre o Estado, ou seja, todos nós cidadãos que o compomos. E menos ainda quando rapidamente descontinuadas pela ordem política. (McKee et al., 2004; Stoleroff e Correia, 2008; Lobato Faria, 2008).

⁵ Lei nº 48/90, de 24 de Agosto.

Em contrapartida, embora só recentemente, tem vindo a ser compreendido que os recursos humanos de saúde, na medida em que o sector económico é reconhecido como singular, requerem, pelas suas particularidades, um tratamento gestor e político diferente (Buchan, 2004) e tem sido produzida uma vultosa literatura que se debruça sobre tais peculiaridades mais do que nas formas de lidar com elas, quer em Portugal, quer noutras culturas.⁶ Os sistemas de saúde têm sido alvo de grandes transformações nas formas como são financiados, prestados e organizados (Reis, 2007). Mas, e sobretudo, a prestação de cuidados de saúde, no que interessa debater nesta dissertação, tem estado sujeita a pressões geradas pela adopção de diferentes modelos sociais de saúde e doença, que vêm a evoluir paulatinamente da ênfase no tratamento da doença⁷ para o realce da promoção e manutenção da saúde iluminado por um modelo mais holístico mesmo se incompletamente adoptado (Lopes, 2001, Carapinheiro, 2005, 2006, Clamote, 2006) uma vez que as atitudes periciais dos profissionais, as suas posturas de dominância paternalista e a desigualdade de conhecimentos, determinam, muitas vezes, a desqualificação das Pessoas enquanto utilizadores dos serviços de saúde e, portanto, a desumanização constatada, debatida, mas não dirimida.

É estonteante a velocidade de introdução de inovação em saúde, de novas metodologias empíricas e, sobretudo, a das evoluções, autênticas revoluções, tecnológicas – muitas oriundas de parcerias entre as ciências biomédicas e as engenharias – que, todas, expandem as possibilidades diagnósticas e terapêuticas e aceleram o fluxo de prestação de cuidado, com suporte em diferentes teorias científicas e vários modelos sociológicos, económicos e gestores.

A saúde é, hoje, indiscutivelmente um assunto de infinitas dimensões, múltiplas nuances e infindáveis quadrantes que requer a contribuição de uma multiplicidade de áreas de saber (Santana e Costa 2008).

À míngua de um princípio de integração, olhamos a árvore e pensamos toda a floresta. A parcelarização e a compartimentação dos saberes impede colher «o que está tecido em conjunto». Trata-se de “compreender um pensamento que separa e que reduz por meio de um pensamento que distingue e que religa” (Morin, 2002:50). Há que conjugar análise e síntese, não separando e reduzindo mas distinguir e religar, ver as interacções das partes quando em funcionamento, quer dizer, entender não só o quê, mas, e sobretudo, os como e os porquês, já

⁶ Lopes, 2001; Carvalho Rodrigues et al., 2002; Carapinheiro, 2005, WHO, 2008a, OPSS, 2009, de entre outros.

⁷ Modelo biomédico alargado pelo modelo bio-psico-social

que, cada parte nas suas potencialidades apresenta propriedades e capacidades variantes com as partes com que interage e o conjunto em que se integra.

Apesar de tudo o que outros pensamentos já compreenderam, têm-se procurado, e aplicado, soluções para a questão cerne da saúde que criam mais problemas do que aqueles que resolvem (Carvalho, 2008).

E assim é porque se tem incrementado a longevidade sem, a montante, melhorar a saúde através de avanços na qualidade de vida pela atenção, análise e ponderação das dimensões de oportunidade, equidade e liberdade de acesso, e escolha, dos cuidados, sem indução ou nutrição de consumismos (Menezes de Almeida, 2005) ou pânico social.

Veja-se, no tempo em que se escreve, e como exemplo de consumismo, a multiplicação de nutracêuticos – alimentos farmacológicos, «enriquecidos» com estatinas ou estirpes bacteriológicas. Ou, como exemplo do segundo, o caso da gripe das aves e, mais actualmente, o da gripe pelo vírus H1N1 cujas estatísticas são divulgadas em números mundiais quando, se pararmos para os enquadrar devidamente, os indicadores mortalidade e morbidade mostram a sua não significância estatística.

Além disto, a coberto do «estado da arte» médica, enceta-se uma escalada de aplicação de recursos, tecnológicos e humanos, para arredar o final com um «encarniçamento terapêutico» despesista e inútil que «medicaliza» e adia o desfecho natural e, pior, retira dignidade à Pessoa no seu fim de vida.

Claro que se salvam vidas, mas, quantas vezes a um altíssimo preço, financeiro, humano e social porque uma vida sem autonomia não é vida, nem em si nem para os outros, porque não tem qualidade. A intervenção médica deve constranger-se à vontade da pessoa antes de se curvar à doutrina dos seus saberes próprios. Os saberes médicos têm que incorporar valores humanísticos e filosóficos dos quais têm estado alheados.

Veja-se que “é nos serviços e nas unidades estratégicas” que se realiza o verdadeiro acrescento de valor e não na estrutura mastodôntica que lhes serve de chapéu” (Carvalho, 2008:16) Muito menos, dir-se-ia, através do anseio inconcretizável de disseminação de princípios e orientações teóricas ou de uma “gestão centralista do sistema” (Carvalho, 2008:103) que nada fecundam a prática pois, que aqui, se cristalizam erros tradicionais e confusões recorrentes quando é em unidades inovadoras, porque pequenas, próximas, que os problemas podem encontrar solução eficaz e efectiva, porque adequada, específica, personalizada e, por tanto, humanizada como se proclama.

Porque, sem dúvida, há que «pensar global e agir local» (Morin, 1983; Lopes e Barrosa, 2008) para a congruência das soluções adoptadas. Caso contrário corre-se o risco de desperdiçar não só recursos financeiros como, e sobretudo, esforço, vontade, volição e força anímica, em suma, motivação, conceito tão caro à GRH.

Componente Política

O mundo rendeu-se à palavra mudança. “Só a mudança é permanente” (Quinn 2003). A palavra enche os nossos dias. Todos sabem o que quer dizer, mas não o que significa. Porque uma coisa é alterar as nossas formas de fazer segundo as vicissitudes e o acaso, outra coisa é fazê-lo com os olhos postos no futuro de maneira a que as nossas acções sejam fundadas num projecto guiado por um propósito, mediado por valores e norteado por uma visão integradora de querer partilhados. E, no entanto, esta afirmação configura um desígnio moral que, sem correspondência prática, não passará de um conjunto de categorias teóricas, e ideológicas, que satisfazem ensejos mas de que se não presumem resultados, resultando, se não praticado, num lugar-comum.

É o que perpassa das declarações que formigam nos espaços de debate, reais ou virtuais, nas prédicas dos políticos, e técnicos, e nas publicações que se multiplicam (ACS, 2005, 2009 e Jorge, 2009).

Porque, na realidade, e apesar de todos alegarem a necessidade de se encontrarem as linhas mestras antes de iniciar o caminho, a verdade é que o tempo urge e não se pára uma organização, um conjunto de organizações, um sistema de saúde, para o refundar. Será tempo de passar aos actos, descer do alto patamar às caves do edifício e divisar, afinal, o que lá está, em que pilares se apoia, de facto, a fluidez da estrutura.

Os programas para a eficiência foram sempre importantes para a indústria e espalharam-se ao longo de todas as cadeias de produção, fossem elas de manufacturas ou de serviços e levam à redução do desperdício e à «lean production» pela introdução de instrumentos e técnicas que levam a melhoramentos práticos. No entanto, não chegam para estabelecer a eficácia da organização de saúde e, se permitem gerir recursos limitados e caros, não permitem a gestão das Pessoas para a manutenção das melhorias – antes as espartilha como se de instrumental se tratasse – e a entropia natural do sistema, que a variabilidade individual sustém, encarrega-se de os adulterar.

Também em Saúde as orientações políticas e gestionárias e, durante anos, os indivíduos e os grupos focaram-se na introdução de melhorias nos processos de forma a incrementar a eficiência da prestação de cuidados e, assim fazendo, obtiveram resultados importantes.

Porém, agora, os doentes não são sempre doentes, nem mesmo utentes pois que não são passivos na sua relação com as organizações de saúde (Carapinheiro, 2006). São antes clientes cada vez mais informados, não só porque a informação lhes é oferecida como um direito cívico e um dever social como é assumida por eles como uma procura intrínseca à sua dignidade de Pessoa, um direito, portanto, a qual deve ser respeitada na sua integral individualidade por quem lhes presta o cuidado.

As organizações devem adaptar-se às novas realidades e, por elas, realizar não já a eficiência dos processos – que é sempre uma razão entre «coisas», isto é, entre unidades produzidas e um factor determinante dessa produção – nem a eficácia dos cuidados que é uma medida da justeza do acto clínico, ou melhor, da sua qualidade, isto é, da sua conformação com a norma ou com o esperado. Antes, têm que realizar a sua efectividade que é uma medida do êxito, um critério de resultado, pois que concretiza o melhor efeito conseguido com os recursos disponíveis (Leal da Costa, 2005).

A eficácia organizacional, e a efectividade dos cuidados ao cliente, requerem o alargamento em rede dos processos de comunicação e uma celeridade decisória nem sempre compatível com os anteriores procedimentos de informação para a decisão, já que as decisões são tomadas, cada vez mais, com base numa multiplicidade de «opiniões», estas por sua vez informadas por uma diversidade de dados biométricos colhidos a partir da análise pormenorizada da própria Pessoa e da literatura que produz evidência científica (Buchan, 2004). Cada vez menos dependem do «estado da arte» e muito menos do saber de um só perito ainda que médico.

Hoje, as decisões em saúde são o produto do trabalho de uma equipa vasta, com os seus produtos parciais que, através de meios de comunicação, e suportes, variados constituem fluxos de dados e de informação para as estribar.

Porque, se a Saúde é um bem social, se é um direito incontornável, de todos e, portanto, uma função social do Estado, se a oferta gera a procura e a procura exige a expansão da oferta fazendo da Saúde um sector da economia em forte, e constante, crescimento (Fritzen, 2007).

Se a evolução técnica e científica se aplicam directamente, e de imediato, por força das pressões dos fornecedores e da necessidade de desenvolvimento dos profissionais, então os custos tendem a crescer exponencial e imparavelmente.

Estes factos, consabidos e incontestáveis, implicam a necessidade imperiosa de mudar a cultura actualmente vivenciada nas OSS pela introdução de “racionalização” de recursos materiais e financeiros e de diferentes práticas de GRH.

E isto porque a sofisticação da saúde em termos de prevenção e tratamento, se por um lado, melhorou significativamente a qualidade da sua oferta e com isso incrementou a nossa qualidade de vida e aumentou a nossa esperança de vida, por outro lado, onerou esse cuidar a níveis tão elevados que se torna necessário introduzir factores moderadores, elementos de racionalidade na sua utilização, como é já largamente consensual, ou o País confronta-se com um problema financeiro grave, um problema, também ele complexo, sob o ponto de vista social, a médio prazo (Simões, 2004; Correia de Campos, 2008).

E, podemos perguntar, como se chegou aqui?

Em Portugal, o debate sobre a reforma da Saúde decorre há já alguns anos e as medidas que vêm sendo tomadas têm características singulares como: “raramente foram levadas até ao fim (pelo menos tal como foram concebidas); permaneceram sempre, por esta e aquela razão, traços (por vezes importantes) do(s) modelo(s) anterior(es); tiveram quase sempre uma componente normativa mais evidente do que a componente executiva, ficando frequentemente algumas das suas dimensões circunscritas ao papel” (Reis, 2007: 223).

Os Hospitais do sector público, na sua totalidade, tinham até Dezembro de 2002 o estatuto jurídico de serviços públicos administrativos (SPA). A transformação de 33 desses Hospitais em Sociedades Anónimas (SA) e a modificação do seu regime jurídico para o de Entidades Públicas Empresariais (EPE), apenas três (3) anos depois (Lobato Faria, 2008), constituiu uma alteração radical nas formas de ver a gestão hospitalar e a gestão dos profissionais que aí laboram.

Na impossibilidade verificada de estas acções serem mediadas pelos próprios intervenientes – ninguém é bom julgador em causa própria – caberia aos gestores, de recursos humanos e outros, o papel de aplanar estas divergências que em nada contribuem para a eficiência nos actos de cuidar nem para a eficácia da utilização dos capitais disponíveis – financeiros, de conhecimento, emocional – para o incremento do capital social de todos, organizações, profissionais e pessoas em processo de doença ou de saúde, para a gestão correcta dos fluxos

de pessoas nas organizações e para o alcance dos objectivos individuais, grupais e organizacionais pois que são os Gestores que detêm o conhecimento dos instrumentos e práticas adequadas para este governo.

Aliás, a empresarialização dos hospitais teve o objectivo de introduzir, juridicamente, uma matriz de gestão privada que assumiu formas de *corporate business* (Lobato Faria, 2008) e implicou uma deslocação dos centros de decisão quanto à disposição dos recursos organizacionais, incluindo dos recursos humanos (Stoleroff e Correia, 2008:4) e, de qualquer forma, implica uma reformulação e reestruturação das estruturas de poder e regulação.

Até ao surgimento da «empresarialização» e, por ora ainda nos Hospitais SPA (do Sector Público Administrativo) – se bem que estes sejam cada vez em menor número – as práticas de GRH conformavam-se ao princípio da legalidade que se contrapõe ao princípio da liberdade. Comanda-nos o primeiro que se execute em conformidade com o legislado ou regulado, enquanto a orientação feita pelo segundo permite que se faça tudo o que não vá contra a lei (Antunes, 2001, Carvalho, 2008).

Esta forma de proceder, parece subtilmente diversa da primeira mas constitui, afinal, uma mudança profunda pois que possibilita a aplicação de estratégias e práticas com muito maior maleabilidade visto que aquela vê a lei como um guia rígido, quase um formulário, ao qual não pode fugir-se, enquanto pelo princípio da liberdade a lei toma o valor de um referencial de acção. Sendo a norma legal um referencial e não um guião a que estritamente deveremos ater-nos, a acção liberta-se de peias e pode assumir outras formas e seguir outros modelos.

Um e outro princípio estabelecem-se como basilares de modelos diversos, estribados em dois paradigmas: o legal que, de forma paradoxal com a sua origem nas forças sociopolíticas da tradição «revolucionária» defende a protecção do *status quo* em política laboral, e o modelo da concertação que se propõe abrir espaços de evolução negociada como via mais favorável à competitividade com fundamento na “confiança que forja o futuro”. (Lopes e Barrosa, 2008:90)

Mas, a GRH nos Hospitais está, por enquanto, tolhida na sua eficácia porque se encontra sujeita a uma duplicidade de regimes jurídicos de emprego, público e privado, que, coabitantes na mesma organização, não permitem uma GRH uniforme. Não “UMA gestão” de RH, mas duas em coexistência. Preconizava-se que se encontrasse uma via alternativa através da concepção de um regime de emprego especial para a fase de transição.

Caso tal não sucedesse, com o modelo dual que existia, resultante muito provavelmente das dificuldades surgidas na preparação das alterações pela complexidade do sistema de saúde e da fundamentação economicista da decisão, aceitou-se que a unidade na GRH se ressentisse até que o número de colaboradores, em Contrato Individual de Trabalho (CIT) e em nomeação na Função Pública, assumisse a proporção inversa (Bleck, 2006).

O resultado visível disso é que se mantém a tendência para a manutenção das formas administrativas de gerir RH nos Hospitais correndo-se o risco de resultarem perdas as virtualidades contidas na alteração do regime jurídico das instituições, seja ela para SA ou EPE ou da prestação do trabalho, como introduziram o programa de reforma da Administração Pública⁸ e o Regime de Contrato de trabalho em Funções Públicas (RCTFP).

As alterações decorrentes da profunda reforma implementada pelo Governo resolverão esta dualidade de forma bem mais célere que a fórmula ainda vigente nas práticas em Saúde.

A realidade é que a reforma dos regimes da prestação de trabalho nas OSS, se tem demonstrado morosa e complicada não tendo até à data evoluído para além da negociação de “princípios enformadores”.

Uma outra prática de gestão de recursos económicos que tem vindo a ser introduzida com adesão e que foi iniciada, também, com a «empresarialização» nas OSS é a da contratualização – entre o Estado pagador e regulador e as pessoas que assumem a direcção das unidades – de objectivos, e resultados esperados, e que se vem difundindo e generalizando com a formação de unidades estratégicas mais pequenas como os CRI's, as ULS's, os ACES's, as USF's ou as UCC's adiante relatados.

Componente Estratégica

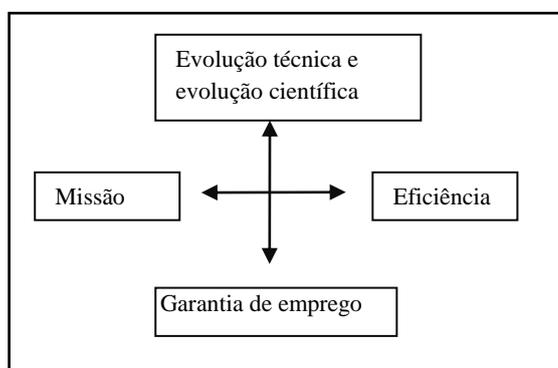
É consabido que um Hospital é uma organização mais complexa que uma empresa, nomeadamente, porque o serviço aí prestado envolve dimensões psico-afectivas intensas, e individuais, que estão muito para além da mera satisfação do cliente com o produto adquirido. Trata-se de prestar cuidados de saúde a quem a não tem ou a não quer perder.

⁸ Através do PRACE (Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado), do RCTFP (Lei 59/2008, de 11 de Setembro) e das regulamentações subsequentes.

Em Saúde, intervêm factores relacionais mais profundos pois que a desigualdade de posições, entre o cuidador que é um perito (no sentido que Giddens lhe imprime) e o fragilizado “cliente” a quem o procedimento pericial é aplicado, propicia a ocorrência de enviesamentos na prestação do serviço cujos resultados deveriam ser avaliados. Ademais, todos recorremos a estes peritos quando está em causa a nossa saúde, sem outra possibilidade que a de confiar nos profissionais e nas organizações onde exercem a sua actividade.

Se pensarmos nos valores que, ainda, orientam os interesses contraditórios nas OSS, segundo um sistema de eixos ortogonais, como se representa na figura 1 – em que se expõem, no eixo de coordenadas, os interesses fundamentais dos colaboradores e, no eixo das abcissas, os da organização – e cogitarmos na realidade que aí se vive, constataremos que a verdade é que só os profissionais de saúde “estão” na organização, a equipa de gestão não. Isto, acrescido pela prática, política e corrente, de rotação de gestores nas, e pelas, OSS portuguesas, resulta no completo fracasso de eficiência da Organização. Esta é instrumental na consecução de interesses de índole particular e de desenvolvimento individual, também para este estrato de profissionais.

Figura 1: Valores que orientam interesses contraditórios nas OSS



Fonte: Construção da Autora

Consequentemente, o eixo missão↔eficiência resulta fatalmente comprometido, disfuncional, aleatório e variavelmente estabelecido a critério das hierarquias técnico-funcionais.

E dizemos hierarquias técnico-funcionais em consonância com as palavras de um nosso entrevistado e com o nosso próprio conhecimento empírico: ”Nós temos especialistas absolutamente extraordinários que, pela qualidade do seu serviço concentraram – por incúria da gestão – imenso poder dentro das unidades hospitalares (Bleck, 2006) ou, “só o ego hipertrofiado da classe médica portuguesa permite defender o princípio de que as direcções hospitalares têm necessariamente que ser confiadas a médicos.” (Antunes, 2001).

Os Conselhos de Administração (CA) não são investidos como «A Autoridade» dentro das OSS até porque no modelo ainda vigente nos Hospitais ditos SPA, os CA são constituídos por: um médico – eleito de entre e pelos seus pares; um enfermeiro – nomeado também de entre aqueles que atingiram, na sua específica hierarquia profissional, a diferenciação necessária para ocupar o cargo; e um administrador hospitalar – técnico com formação académica que, podendo ser diversificada, culmine com um curso especificamente criado e ministrado na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

Esta disciplina de constituição dos CA's hospitalares reforçou as vertentes, clínica e de cuidado, de tal forma que todas as outras actividades resultam minorizadas mesmo se são fulcrais para a efectividade daquelas actividades.

Quer se trate de um fenómeno derivado de uma norma social, quer tenha sido influenciado pelo contexto sociopolítico português à data⁹ da formação e regulamentação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) por um Estado prestador de serviço público de saúde, quer ainda, potenciado pela evolução sociológica das profissões de saúde, a realidade é que os profissionais na saúde têm uma relação muito instrumental com a organização, ou seja, estão muito centrados na sua carreira, estão muito centrados nos seus interesses e, portanto, virados para uma individuação, não do serviço prestado, como devido, mas do seu próprio desenvolvimento.

Esta «egocentrização» leva à perda de foco no sentido de serviço público que iluminava estas profissões, é propiciada pelo extraordinário desenvolvimento técnico e científico carreado para as ciências médicas, a partir das ciências biológicas e humanas, e também das engenharias, e fomenta a corporativização das carreiras e grupos profissionais e, com isso, “uma protecção, desusada e desmedida em relação à carreira”. Esta protecção com corporativização e a extrema diferenciação “criou silos dentro dos hospitais”, afirma Carapinheiro (2005).

Morin (1999) ensina-nos que a política, vive, hoje, as vantagens da divisão do trabalho e os inconvenientes da superespecialização, do fechamento e do emparcelamento do saber. Este fragmenta-se em vários domínios e a possibilidade de os conceber em conjunto diminui ou desaparece. Com ele, dizemos, também o SNS vive.

⁹ A lei primeira que deu corpo a um SNS foi a lei 57/79, de 15 de Setembro, baseada nos direitos estatuídos no artº 64 da Constituição da República Portuguesa (CRP). Porém a chamada Lei de Bases do SNS é a Lei 48/90, de 24 de Agosto, regulada pelo Dec-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro, que criou o Estatuto do SNS.

A existência de silos dentro da organização induz a formação de outros mais, como por exemplo o dos auxiliares de acção médica (AAM) – agora assistentes operacionais (AO) – ou o das secretárias de unidade (SU) – agora assistentes administrativas (AA) – quando todos trabalham para um mesmo resultado.

Esta estrutura em silos dentro da organização hospitalar é factual, verificável e causa a impossibilidade absoluta de comunicação interna e de formação de equipas que possam ser funcionantes. Causa, também, o *gap* imenso que existe entre mundos tão próximos como são o do enfermeiro, que é um qualificado, e o do AAM (ou AO), que é um indiferenciado.

Nas OSS, os processos internos são determinados pelas regulamentações de carreira administrativamente cumpridos e pelos ditames das deontologias, das tecnicidades e das tecnologias próprias de cada «silo» de profissionais. As relações humanas são de competitividade e desvalorização dos restantes grupos. Os objectivos são particulares e não organizacionais (Dussault e Dubois, 2003). Em consequência, o sistema fecha-se sobre a perícia e os saberes que, individualizados e tornados herméticos, são esotéricos para quem os olha de fora.

Os grupos funcionais, em saúde, estão – em conformidade com a terminologia aprendida – repletos de pilares – nós temos especialistas absolutamente extraordinários (Bleck, 2006) – que, frequentemente, exaustos esmorecem no esforço e, sobretudo, de ramos mortos. As «estrelas» há muito perderam o seu brilho, ou posicionam-se, inermes, como meros lampiões. Os «esperanças», rapidamente se acantonam nos seus silos e assumem os modos de fazer sancionados como “correctos”.

A inovação, no que tem de criatividade, proactividade e conexão perde-se para se resumir à «mudança», tantas vezes retórica, ou à evolução tecnológica. (Dias, 2008).

Deve-se a presente idiosincrasia aos controles artificialmente introduzidos na admissão às Escolas, médica e de enfermagem e, também, ao facto de o sector público ter sido, até agora, o empregador principal, e sempre preferencial, de todos os profissionais de saúde e, também, à forma como as Ordens protegem os seus associados numa atitude «umbiguista» (Carvalho, 2008).

Parece-nos possível resumir a cultura hospitalar preponderante no nosso País adaptando o modelo de Quinn (1988) de forma a mostrar a disfuncionalidade das relações humanas por inexistência de comunicação entre os grupos, o fechamento do sistema sobre si mesmo, a individuação dos objectivos e a excessiva fixação sobre processos internos, não organizacionais mas deontológicos e tendentes a manter as perícias e as corporações e, em consequência, a ensilagem da estrutura. O sistema torna-se rígido.

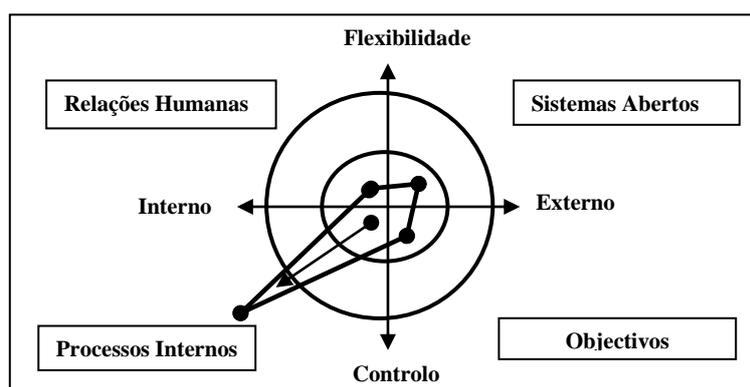


Figura 2: Cultura hospitalar segundo o modelo de Quinn (1988)

As lideranças não estão no topo, nem na base e, muito menos, no centro da organização. Antes estão nela disseminadas e vão conduzindo, como podem, o seu pequeno grupo de colaboradores. Há um deficit de qualidade das lideranças, e, sobretudo, há um deficit fatal no seu enquadramento e integração.

Os líderes formais, não emergindo pelas suas competências relacionais ou negociais, antes resultando as suas posições de actos administrativos de progressão na carreira, são muitas vezes, autocráticos, com um estilo impositivo, não consultivo e, menos ainda, adoptando modelos participativos.

Não se negociando soluções, não se geram consensos, mas também não se geram conflitos. Estes são ignorados e ultrapassados (Cunha, 2008). A conflitualidade fica latente contribuindo para o aprofundamento da desconfiança e para o desmembramento estrutural. Não há estratégia possível para este todo no estado em que está.

As unidades de saúde que não se encontram neste estado, além de excepcionais, são «super-especializadas» numa determinada área da prestação de cuidados de saúde, mais pequenas e, conseqüentemente, mais fáceis de gerir.

É verdade que, no Sistema de Saúde Português, vão emergindo alguns exemplos destas unidades funcionais, nomeadamente os CRI's (Centros de Responsabilidade Integrados)¹⁰, unidades hospitalares a quem é legalmente concedida total autonomia de gestão e funcionamento mediante contratualização de uma determinada prestação de serviço (Antunes, 2001).

O único exemplo de uma estrutura deste tipo é o Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica dos HUC (Hospitais da Universidade de Coimbra). A criação destes CRI's, dentro das organizações hospitalares, ficou dependente da iniciativa de profissionais, isolados ou em grupo, e a adesão à ideia não foi entusiástica, dadas as implicações nas práticas e no rigor de gestão a que a autonomia concedida obriga e apesar de se constituírem, mediante projecto, dentro de um Hospital. Hoje, na literatura oficial ou de autor (Lobato Faria, 2008), nem deles “reza a história”. Contudo, estão juridicamente sancionados pelo que poderiam ser criados muitos mais.

Também foram criadas as ULS's (Unidades Locais de Saúde)¹¹ que agrupam vários Centros de Saúde e um Hospital Geral, ou vários especializados, com o intuito de agregar os serviços prestados à população de uma determinada área geográfica de forma integrada. É disto exemplo a Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Muito maior eco têm vindo a obter as USF (Unidades de Saúde Familiar)¹², que “assentam em equipas multiprofissionais de médicos, enfermeiros e administrativos” (artº 3º da norma reguladora) os quais se comprometem, com contratualização, a assegurar os cuidados de medicina generalista a um certo número de famílias, de forma autónoma e em articulação com os centros de saúde mas sem inclusão formal de PTS quando deles já o Sistema de Saúde não prescinde, como notaremos adiante.

Mais recentemente ainda¹³ – Abril 2009 – foram regulamentadas as UCC (Unidades de Cuidados na Comunidade) com base num modelo de auto-organização contratualizada e que ficaram integrados nos ACES (Agrupamento de Centros de Saúde)¹⁴.

¹⁰ Regulados pelo Decreto-lei nº 219/99.

¹¹ A primeira ULS (de Matosinhos) foi criada pelo Dec-Lei nº 207/99, de 9-6, sendo secundada apenas em 2007 (Dec-Lei nº 50-B/2007, de 28-2) pela do Norte Alentejo e mais três em 2008.

¹² O seu funcionamento está regulado pelo Dec-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto.

¹³ Despacho do Secretário de Estado da Saúde nº 10143/2009, Diário da República nº 74, IIª série, de 16 de Abril.

¹⁴ Criados e regulados pelo Dec-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, entretanto alterado pelo Dec-Lei nº 102/2009, de 11-5.

Estas iniciativas inserem-se na reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) que, como também se lê no preâmbulo do mesmo Despacho, “embora tendo como ponto de partida os serviços de saúde existentes e os profissionais que os integram, implica a sua reorganização e a criação de novas estruturas.”

São óbvias tentativas reformistas que, a expandir-se, levarão, inelutavelmente, à dissolução do actual gigantismo da estrutura de saúde. Todavia, até que estas unidades autónomas – CRI’s; USF’s; UCC’s – sejam preponderantes e as estruturas integradoras – ULS’s; ACES – alcancem fazê-lo, ou se o actual princípio de ordem lograr minar estas inovações manter-se-á a lógica hospitalocêntrica que, tendo produzido bons resultados de saúde há algumas décadas, se escuda neles para se perpetuar.

O facto é que “algo tem que ser feito” (Jorge, 2009), mesmo se gerir um Hospital não é o mesmo que gerir uma empresa.

Teorias em oposição

Young et al, (2004:723), citando Mintzberg (1981) e Galbraith (1993), afirmam que “um problema fundamental da teoria das organizações é o de saber qual a melhor forma de desenhar as organizações complexas em matéria de agrupamento das actividades a levar a efeito”.

As teorias usualmente postas em oposição decorrem genericamente das vantagens e desvantagens relativas de dois tipos de estrutura organizacional básicos e extremos: a estrutura funcional, em que se organizam as actividades por inputs, e de acordo com a especialização do trabalho, e a estrutura de linha de produção, em que se agrupam as actividades com base nos outputs, ou seja, pelo tipo de produto a fabricar ou de serviço a prestar.

Contudo, uma questão deixada, até hoje, em aberto pela investigação é a de conhecer da aplicabilidade das suas conclusões às burocracias profissionais uma vez que o seu foco se concentrou, essencialmente, em empresas do sector industrial tradicional, de manufactura. (Young et al., 2004).

Partindo da evidência científica fundada em autores clássicos e da realidade das organizações hospitalares nos EUA – que, no nosso País, é muito semelhante à descrita – Young et al. (2004:724) afirmam que “Tradicionalmente, as burocracias profissionais agrupam os postos de trabalho em unidades com base no treino profissional, ou perícia, que a posição requer, dessa forma constituindo aquilo que é, essencialmente, uma estrutura funcional.”

Disso são exemplo os hospitais, mas também as universidades e outras organizações de investigação científica, que mantêm departamentos separados conforme as especialidades de prestação de cuidados de saúde, académicas ou científicas em que actuam.

Todo o desenvolvimento estrutural, organizacional, profissional, académico, gestor, deriva deste problema.

A estrutura nas burocracias funcionais

Mas, como é o caso em Cuidados de Saúde, quando as organizações devem produzir uma multiplicidade de serviços a um mesmo cliente, o agrupamento em unidades funcionais torna-se uma questão muito complicada e pode estabelecer-se com recurso a várias perspectivas. Destas as que têm vindo a ser experimentadas são: a perspectiva da contingência estrutural e a perspectiva da autonomia dos profissionais numa estrutura funcional.

Ambas as perspectivas indicam a estrutura como uma escolha fundamental nas burocracias profissionais pois que têm implicações directas e indirectas no desempenho organizacional, e nos resultados alcançados pelos profissionais, pelo que as duas teorias diferem na estrutura que recomendam como adequada e se colocam em posições explicativas antagónicas.

E assim é, afirmam Young et al. (2004), por motivo da combinação de dois atributos fulcrais: (a) o alto nível de interdependências entre as posições funcionais de que resulta a necessidade de substanciais processos de troca de informação entre as várias unidades funcionais; e, (b) o elevado nível de qualificações específicas exigidas para o exercício da função que implicaria a concessão de discricionariedade bastante para gerir o trabalho sem grande supervisão administrativa.

Em congruência e de forma espontânea, a maioria dos hospitais gerais, tradicionalmente, agrupa as actividades a executar por profissão. Estas tendem a estabelecer uma estrutura funcional, intrínseca à natureza da actividade produzida e decorrente dos esforços dos

profissionais para coordenar e controlar o seu próprio trabalho (Bloom et al., 2008). Uma vez que cada uma das profissões requer, para o seu exercício, longas e substanciais aprendizagens prévias, teóricas e práticas, os profissionais dão muito valor à sua autonomia e à capacidade de trabalhar sem a interferência de controlos administrativos (Carapinheiro, 2005).

Numa estrutura de linha de produção, a organização estabelece um sistema administrativo para coordenar e controlar o trabalho dos indivíduos cujos postos de trabalho estão ligados à produção de um produto ou serviço.

Desta forma, uma estrutura de linha de produção, conceptualmente, transforma uma organização profissional, de uma que é autónoma para uma outra que é heteronómica (Scott, 1998 citado por Young et al. 2004), criando um evidente paradoxo em organizações com um *core business* altamente diferenciado e complexo como é o caso das organizações de saúde, fundadas que são no conhecimento e artes dos profissionais seus colaboradores.

A qualificação requer autonomia para se manifestar tal como as flutuações num sistema complexo só são produtivas nos pontos de não-equilíbrio (Prigogine 1998).

Todavia, o nível de interdependências, e portanto o número de ajustamentos que se tornam imprescindíveis entre as várias actividades, tem crescido, exponencialmente com as pressões para prover uma prestação de cuidados de saúde da mais alta qualidade e, simultaneamente, para o fazer ao menor custo.

Os esforços de integração devem ser intensificados, em consonância, sob pena de se manter a desagregação estrutural e a fragmentação organizacional com custos de qualidade, evidentes e reconhecidos por todos (McKee et al, 2004, Santana e Costa, 2008).

Considera-se existir estruturação por grupo profissional em unidades funcionais (Young et al. 2004) se os profissionais biomédicos dessa área reportam, através de uma hierarquia tradicional, a gestores da sua disciplina respectiva. Pelo contrário, classifica-se a estrutura como sendo de linha de produção se os profissionais reportam a um gestor fora da hierarquia de profissão que detenha autoridade sobre o orçamento e responsabilidade por produzir um conjunto alargado de cuidados de saúde nessa área clínica. Em Portugal enceta-se, com a reforma dos CSP, a experiência com estruturas opcionais como as de matriz ou de equipas multi-funcionais.

A introdução de estrutura em linha de produção nos hospitais pode, conforme comprova o estudo e Young et al. (2004), induzir um menor desenvolvimento profissional, isto é, a dissipação das capacidades técnicas e humanas dos profissionais o que, obviamente, constituiria um retrocesso fatal na geração de valor para os doentes o qual, também ele, toma características específicas dado o envolvimento de dimensões psico-afectivas intensas, e individuais.

Paradoxalmente, no mesmo tempo em que isto se conclui, os hospitais têm demonstrado um interesse crescente no conceito de linha de produção através da partilha do propósito comum de produzir um conjunto compreensível de serviços clínicos – em Portugal, também se tem verificado a implementação dos GDH's (Grupos de Diagnóstico Homogéneo) – para gerir uma doença, quando aguda, ou uma população de doentes para prevenção, tratamento, reabilitação ou palição. As duas estruturas emergem num mesmo hospital.

Mais recentemente, e sobretudo no sector privado e nas orientações para a acção (ACS, 2009; OPSS, 2009), fala-se de processos de gestão da doença. A estes devem acrescentar-se os processos de gestão da saúde dado o investimento crescente em metodologias de prevenção da doença e promoção da saúde que se acompanham por aguerridas campanhas de marketing.

Estas, encomendadas ou patrocinadas pelas indústrias alimentares e farmacêutica, escoradas, também elas, nas assimetrias de informação existentes entre os seus peritos e os seus clientes – todos nós, uma vez mais – engendram uma teia de mitos e (des)necessidades que enredam as Pessoas em ciclos de procura de meios de saúde, tornados de consumo, em danças de potencial iatrogenicidade, perigosas, portanto.

Por enquanto e sabendo-se que as organizações de saúde públicas absorvem, até agora, a quase totalidade dos qualificados pelas escolas específicas e que a sua selecção é feita segundo regulamentos da carreira, legalmente estabelecidos entre o Estado e as associações representativas dos profissionais (Rigoli e Dussault, 2003) e que coexiste uma total promiscuidade entre os sectores público e privado no que concerne os RH que aí exercem, as práticas de GRH, de recrutamento e selecção, estão completamente comprometidas.

As competências com que os profissionais iniciam o exercício profissional correspondem aos seus particulares potenciais, que não são avaliados para admissão, e os saberes aqueles que o curriculum académico contempla. Este não incorpora um conjunto de saberes orientados para a gestão apesar de ser “impensável”, actualmente, que um médico, ao tomar uma decisão sobre um medicamento, sobre um investimento, não tenha noção dos impactos da sua decisão.

Na admissão, apenas o curriculum académico é avaliado, essencialmente pela classificação atribuída no final do curso de formação inicial para a profissão. As promoções são genericamente, dependentes de concurso, mediante avaliação curricular ou por provas públicas ou, por vezes, sujeitas a formação complementar obrigatória.

A cadeia de valor nos hospitais é de muito maior complexidade porque intermediada por dimensões especificamente humanas e a standardização de processos, pelo modelo das indústrias produtivas ou extractivas, não é compaginável com o melindre da prestação de serviços, neste singular sector económico.

A realidade é que no hospital português, o aumento das competências técnicas dos profissionais das tecnologias da saúde, e dos enfermeiros, diminuiu a distância que antes existia relativamente às competências clínicas dos médicos e tem vindo a dar causa ao estabelecimento de um sistema de rivalidade de *status* que, incrementa e alarga o fosso entre os «silos» em que se emparedam e fortificam os vários grupos de prestação de cuidados de saúde.

A problemática da gestão, em Saúde, como já referimos, é que se tem cingido a (re)produzir modelos tipológicos, inter-excludentes, e exclusivos, de características cartesianas ou funcionalistas, que intentam organizar o caos nele buscando descortinar princípios de ordem, e que, por sua natureza, têm incidência na racionalização e melhoria do desenho de processos à luz de teorias desenvolvidas e testadas em organizações industriais e com colaboradores de desenvolvimento profissional incipiente ou indiferenciados.

Mas estes modelos, e as práticas decorrentes, industrializam, portanto não se intervém adequadamente na múltipla realidade que são os Cuidados de Saúde.

As práticas de GRH até aqui introduzidas, muito fundadas em modelos de *Corporate Management* (Antunes, 2001) ao invés de propiciar a comunicação, fomentar o trabalho em equipa e dissolver muralhas, têm vindo a favorecer o aprofundamento da desconfiança, as divergências e as lutas por visibilidade, porque são avulsas, não integradas numa estratégia, ditadas pelas orientações políticas ou orientadas por necessidades de contenção de custos e objectivos de produção e de fomento do consumo, como se a saúde fosse uma indústria como qualquer outra e não um serviço à comunidade.

Desta forma não tem sido possível a centragem no *core business*, (Bleck, 2006) apenas emerge um individualismo cada vez mais marcado. Nas “equipas”, constituídas por elementos do mesmo grupo profissional, logo homogéneas, monodisciplinares, os interesses individuais e corporativos não se diluem pelo que não há possibilidade de se concentrarem na sua missão e também não podem construir-se como deveriam, polivalentes, metadisciplinares. São, dessa forma, grupos de indivíduos, equipas só na retórica.

Sem sombra de dúvida, os serviços prestadores de cuidados de saúde portugueses podem ser classificados como “reactors” segundo a tipologia de Miles & Snow (Neves, 2001b).

Hoje, na envolvente organizacional, há elevados níveis de incerteza instalados pelas orientações políticas, pela “consciência” macro económica de que a saúde é uma área de negócio como outras e pelas alterações nas relações de poder prestador de cuidados/doente subsequentes a um maior acesso à informação em saúde.

Para além destas pressões externas, as opções dos gestores são condicionadas pela tradicional estrutura organizacional e pelas relações de poder, por entre e dentro, dos vários grupos de profissionais pelo que a estratégia que possam querer arquitectar esmaga-se nestes obstáculos. A implementação de práticas de gestão profícuas, quando alcançada, é um acontecimento notável.

Num tempo em que urge integrar os elementos em cada sistema complexo, com visões agregadoras e multidisciplinares, a gestão das organizações de saúde está enferma, precisamente, por até aqui não ter havido visão estratégica que a ilumine e a conforme apropriadamente à missão que lhe cabe.

Hoje verifica-se que os sistemas de RH se colocam acima dos pontos de referência - fazendo com que as novas situações sejam vistas como ameaças com todo o seu cortejo de resistências - enquanto se mantêm práticas de GRH de baixo poder - orientadas para o passado, procurando a eficiência dos processos internos, condenadas a restringir-se à satisfação dos requisitos dos grupos internos com maior força (Bamberger & Meshoulam, 2000).

A Gestão opta por todas as estratégias de RH possíveis – *free agent*, secundária e paternalista (Neves, 2001b) – quando a estratégia de empenhamento é a que perpassa e se evidencia na estrutura e nas qualidades humanas de muitos profissionais de saúde. Por outro lado, também assume com muita frequência posturas de comando e controle que é incompatível com o grau de diferenciação alcançado pela formação profissional prévia e o *mix* de competências necessárias para o exercício em saúde que, igualmente, indicam como melhor uma estratégia de empenhamento com recentramento no cliente e descentração dos interesses corporativos (Buchan e Dal Poz, 2002).

A introdução de práticas de GRH sem visão, sem alinhamento, temporal e horizontal, sem ciclos integradores de curto e longo prazo, como preconiza Gratton, L. (2000) e sem análise de pontos de referência estratégicos (Bamberger & Meshoulam, 2000) que orientem as configurações – e por tanto também a estrutura – e adaptem as estratégias de RH, impede a orientação das organizações de saúde para a sua razão de ser, essa sim clara, inequívoca e obrigatória, a Pessoa no seu processo de saúde ou de doença.

Conseguir reorientar os serviços de saúde para o seu rumo é basilar, e vital para os gestores a fim de almejar vir a induzir, a curto prazo porque o tempo urge, a realização de serviços de saúde de qualidade a custos controlados, como é desejável para a sustentabilidade dos recursos que, afinal, são nossos, entregues antecipadamente e sem garantia de bom uso.

Os Hospitais não são fábricas. Um foco crítico para o redesenho de processos é a experiência do paciente quando recebe os cuidados de saúde e, portanto, a sua satisfação – o que já vai sendo avaliado mas sem resultados operacionais. Aparentemente, os dados dos inquéritos de satisfação não são tratados. Por falta de meios humanos talvez, pois que não de meios técnicos ou tecnológicos. Mas não é o único. Também os processos e os resultados devem ser melhorados e o desperdício de meios, espaço e esforço devem ser diminuídos bem como eliminadas as duplicações.

Em média 30% dos processos organizacionais são desperdício pois que ou são duplicatas, retrabalho – «refazimentos» de coisas mal feitas – ou resultam em estrangulamentos nos fluxos do cuidar em saúde.

Qualquer outra actividade de produção não se sustenta se não cuidar dos processos de fazer aperfeiçoando-os ao ponto de eliminar ao máximo o desperdício. A produção de cuidados de saúde não se pode excepcionar deste propósito. Tal desígnio só pode ser alcançado pela organização e gestão do trabalho humano que, no actual contexto de globalização se tornou um factor crítico para a melhoria da competitividade das organizações (Lopes, 2006).

Práticas periciais e poder

Temas como os das práticas periciais no Hospital, da assimetria de informação do cliente e da relação não paritária que em consequência se estabelece, são apenas aflorados por se considerar transcenderem o âmbito e o objectivo desta reflexão. No entanto, por se tratar da constatação de que no Hospital a comunicação com o doente-cliente externo se estabelece, muitas vezes, segundo os modos de uma hierarquia de poder pericial e não como a de uma relação de parceria, aqui se deixa uma nota dada, também, a importância nuclear de que se revestem e os reflexos que se manifestam nas formas de relação com os restantes colaboradores, nos processos de formação de equipas e nos modos como haviam de estabelecer-se.

A mudança organizacional através da melhoria de processos é uma mudança contínua e essencialmente incremental uma vez que não interfere em grande medida nas relações interpessoais e de poder que condicionam fortemente os fluxos de intangíveis (Prahalad e Hamel, 1990) como o conhecimento e os níveis de capital social (Berger e Luckmann, 1998:65) da organização.

Na saúde é imprescindível fazer uma mudança transformacional (Quinn, 2003) que leve à paridade das actividades por recentração no cerne objectivo das organizações – a prestação de cuidados de saúde e que crie uma ideologia de serviço público e não de serviço pessoal a nenhuma das classes ou indivíduos que aí exercem.

As organizações de saúde não podem ser instrumentais na manutenção ou reformulação de poderes, tradicionais ou emergentes, pois que a serem isso o dispêndio e o desperdício de meios e energias tornam-nas insustentáveis por ingovernáveis.

A dominância do poder médico é um dogma social. Porém, se os saberes biomédicos historicamente o fundamentam, a sua evolução e expansão – massivas, explosivas e ocorridas nas últimas, poucas, décadas – induzidas pelo trabalho de uma miríade de investigadores e com base numa multiplicidade de saberes teóricos, empíricos e experimentais, tornam-no paradoxal.

E paradoxal porque a acção médica já não pode dispensar as práticas profissionais específicas de um conjunto de outros que, com os seus saberes, contribuem para o sucesso dos actos clínicos e sem as quais não é já possível realizar o diagnóstico e aplicar o tratamento.

A realidade é que a extensão de conhecimento necessária para abranger toda a panóplia de procedimentos que as tecnologias médicas requerem não é passível de se encontrar concentrada num único profissional, nem mesmo num grupo restrito de pessoas com os mesmos saberes de base. A diversidade de abordagens é um imperativo da complexidade da problemática em saúde e em doença.

Tanto assim que, no sector da saúde, se tem verificado a inexorável recomposição profissional (Martin et al, 2009) de várias actividades por força das crescentes necessidades das populações e indivíduos e da diversidade das actividades.

Porém, socialmente, continua a entender-se que todas essas actividades se exercem sob delegação de poder médico (quando o contrato implícito para a manutenção da saúde não só se estabelece dentro do individuo e consigo mesmo, mas também com uma diversidade de profissionais que em cada acto intervêm, mas, hoje, também, com a sociedade como um colectivo de pessoas para com quem a pessoa tem deveres de defesa das condicionantes de saúde.

A saúde, e a doença, extravasaram as fronteiras das instituições de saúde tradicionais para se tornarem numa questão social que a todos preocupa e a todos concerne.

Todavia, até a investigação que se tem efectuado só muito timidamente analisa a problemática do poder médico em contraposição com os seus objectos de estudo, para em conclusão e mesmo se nesse caminho aponta correctamente as mudanças sobrevindas, o reconfirmar como incontornável, contribuindo para a manutenção de um status social inadequado à realidade factual. (Areosa e Carapinheiro, 2008).

Aceita-se como inexorável o hospitalocentrismo, conceito caracterizado por sancionar a convergência de todos os meios, a geração de um «hipercentro gigante» e uma periferia desértica. Também se assume como incontornável o princípio de ordem médico que se funda numa hierarquia do saber médico quando este, afinal, está já distribuído por outros profissionais e se difunde na sociedade e, portanto, nos clientes do serviço de saúde.

Porém, aceitar esta realidade é render-se à redistribuição de poderes e, dessa forma, entender que ao doente assiste o poder de escolher quem melhor sabe resolver a sua questão de saúde ou de doença, é fazer «empowerment» do doente/utente/cliente e aceitar a alteração dos equilíbrios vigentes.

Ora, na prática quotidiana, verifica-se que este poder médico se redistribui obrigatoriamente e se difunde por todos os intervenientes nos processos de saúde, ou de doença – o indivíduo, os profissionais e a sociedade.

A despeito desta realidade, os profissionais médicos firmam-se neste paradoxo para manter um estatuto de exclusividade na dominância enquanto os outros profissionais se debatem para que sejam reconhecidas as suas competências próprias, o lugar das suas intervenções no processo e a insubstituibilidade das actividades que realizam. Por tais razões se engajam em debates e confrontos ideológicos e políticos na tentativa de legitimar o seu discurso quando a factualidade social indica que, há muito, esse debate deveria estar suplantado, a solução para o confronto negociada e o conflito dirimido.

Contudo, este poder médico não vai presentemente sem contestação. O tempo e as experiências, por enquanto embrionárias, no seu desenvolvimento, se encarregarão de transformar os valores vigentes, instalar outros e recentrar o sistema no seu adequado foco: um doente no seu processo de saúde ou de doença, num entorno só seu (Bach, 2001).

Será o crescimento gradual e contínuo dos saberes distribuídos e da massa crítica constituída por pesos específicos outros que, paulatinamente, recomporá as organizações de saúde e as levará a um outro equilíbrio em prol da prestação de cuidados de saúde modernizada. Isto é, produtiva, acessível a todos, competente e individualizada para que a ideologia de “gerir a doença, desde a prevenção até à cura” (OPSS, 2008) se consolide.

A Saúde é uma entidade unipode

Todos os sistemas têm diversos pontos de sustentação que permitem a edificação e a sua consolidação e, em sistemas com o nível de complexidade que caracteriza o da prestação de cuidados de saúde, eles são, naturalmente múltiplos. Mas a Saúde é, ainda, pensada e cuidada como se fosse uma entidade unipode.

O paradigma que enforma a prestação de cuidados mantém-na, para além de hospitalocêntrica, medicocêntrica. A solidez do poder médico sustém a sua própria derrocada e mantém a estrutura porque as relações sociais que cimentam o estado da situação se mantêm. (Carapinheiro, 2005, Areosa e Carapinheiro, 2008).

Porém, pela expansão exponencial das ciências e do saber biomédico, essa unipodia não sustenta o edifício por muito mais tempo, antes vacila já aos embates do desenvolvimento dos saberes profissionais dos outros elementos e aos saberes leigos dos clientes/utentes/doentes.

E, todavia, a não ser reconhecida a necessária tripedia e a paridade técnica e científica manifestas na organização, só quando a actual escora implodir e soçobrar se compreenderá que há muito se tratava de uma insustentável ostentação de estatuto que, socialmente conferido a essa fracção de um todo disfuncionante, nessa base é apropriado como legítimo até à impossibilidade estrutural.

Porque, ao reflectir, encontra-se uma realidade tríplice constituída por três interfaces integrativas como se representa na figura 3.

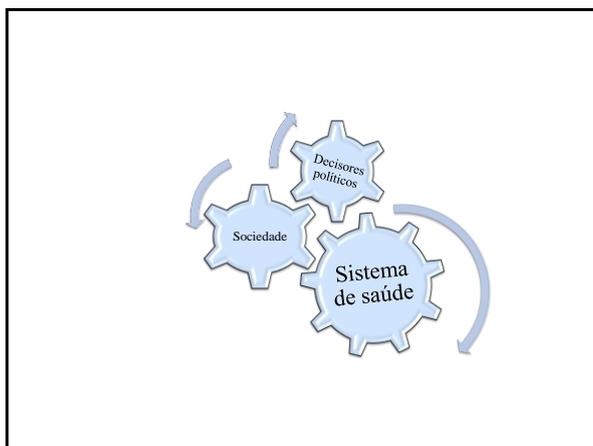


Figura 3: Interfaces com o Sistema de Saúde

A interface «para dentro» da organização, em que o fluxo das tarefas motivadas por um doente, com o seu processo de doença, estabelecem relações de clientela interna. A interface «para fora» que ganha vigor porque a democratização dos saberes médicos torna a sociedade civil mais interventiva e avaliativa. E a interface «para cima» dado que o elevado valor social que a saúde e a doença adquiriram obriga os decisores políticos a tomar as suas decisões não já sob a influência de poderes internos mas à luz de orientações globais e com princípios de acção mais sociais que profissionais e acautelados por um paradigma de gestão da doença e não já do doente – não obstante esse foco ser também questionável.

Não há doenças mas doentes

Porque há que introduzir uma outra noção base que os psicólogos conhecem bem: é que não há doenças mas doentes. Uma mesma patologia varia com aquele que a sofre de forma praticamente imponderável; a saúde e a doença não são padronizáveis, nem normalizáveis. Mesmo a saúde pela evidência científica é uma tentativa de padronização de procedimentos num processo humano que, por ser isso mesmo, varia de forma subtil.

Pretender tratar os processos de saúde e doença com base em determinantes estudados mas expurgando-os da variabilidade individual fulcral é desumanizar os cuidados lá onde eles deveriam ser especiais para o caso, o cliente, o utente, o doente, o hóspede VIP, todos os símbolos conjugados numa única entidade, numa identidade, de que a organização hospital está arredada – a Pessoa.

O SNS, afinal, ainda é um conjunto de mundos incomunicantes. Na notação mental dos primeiros: os mundos dos profissionais altamente qualificados; o mundo dos profissionais qualificados; e o mundo dos inqualificados. Todos competindo por mais qualificação, por mais visibilidade, por mais carreira, por mais estatuto. Incapazes de cooperar.

Vivendo por entre estes mundos o doente, fulcro retórico da actividade, intento da qualificação e objecto de todo o saber, encontra-se arredado para as franjas do sistema, quando deveria ter trato como convidado (*guest*), ser central aos interesses e a toda a actividade. Na impossibilidade de penetrar na profundidade de tais saberes vê-se manietado por peritagens, desapossado do direito a pensar, aprender e controlar os procedimentos a que é sujeito “pela sua saúde”, como diz o slogan.

Haverá, naturalmente, hospitais, serviços, unidades clínicas, em que isto se não verifica com tão marcada dramaticidade, todavia, pensemos, estes são a excepção, não a regra, pelo menos de entre aqueles que integram o SNS. O sector privado, com as suas *guidelines* e processos de gestão da doença – que não do doente, reitera-se – não imprimem melhor dinâmica e não conferem à Pessoa o papel principal que lhe cabe por direito próprio.

A prestação de cuidados de saúde tem que, imperiosamente, centrar-se nos problemas sociais e libertar-se dos «umbiguismos» e a estrutura do SNS tem que abandonar a sua visão hospitalocêntrica que nada descortina ao seu redor, mesmo quando ruidosamente visível – para se concentrar a montante e a jusante. A montante, na manutenção da saúde e na prevenção da doença e a jusante, nos cuidados continuados de curta e média duração ou de palição e na reinserção do doente no seu meio sócio-familiar.

Dessa forma se eliminariam as frequentes coabitações, na mesma enfermaria de hospital de primeira linha, de doentes agudos e doentes crónicos, ou em estado terminal, que deveriam ter sido transferidos para unidades de cuidados de saúde continuados, ou preferivelmente para as suas residências, mas que não o são por falta de vagas nos outros estratos do sistema de saúde, ou de apoio social, ou por inexistência de rede social que possa prestar-lhes o apoio de que necessitam.

TECNOLOGIAS DA SAÚDE

Crescimento e Papel

De entre as várias funcionalidades indispensáveis aos cuidados de saúde está o conjunto de saberes e metodologias de aproximação ao corpo que compõem as Tecnologias da Saúde e que constituem uma área de actividade fundamental para o estabelecimento de um diagnóstico clínico correcto, para o prognóstico e avaliação da evolução da patologia, para a reabilitação pessoal e humana e para a reinserção social e profissional do paciente e, a montante, também para a avaliação do seu estado de saúde e para a implementação de adequadas medidas de prevenção de doença e promoção da saúde.

Por tanto, o trabalho em saúde desenvolve-se pontuado pelo constante recurso às tecnologias de diagnóstico e às terapêuticas, isto é, aos saberes teóricos e práticos que os PTS detêm pela sua específica qualificação.

Podemos considerar as questões enquadradoras do problema das profissões das tecnologias da saúde segundo três dimensões: uma dimensão histórica que divisa as circunstâncias que condicionam a actual conjuntura; uma dimensão social que abarca as relações e as fronteiras com outros actores presentes no campo; e uma dimensão política que decide os futuros.

Esta dimensão política e a visão desses futuros determinariam, se consideradas, decisões que para além de serem tecnicamente correctas veriam as suas probabilidades de sucesso na implementação muito aumentadas já que se fundariam na análise aprofundada das realidades sociais, que conformam o presente, e históricas que expõem o passado, para decidir futuros possíveis, realizáveis e desejados.

Da extensa revisão da literatura que envidámos, pudemos verificar a imensa escassez de trabalhos que tomam para seu objecto de análise os grupos ocupacionais das áreas relacionadas com as tecnologias de diagnóstico e terapêutica, quer se busque na literatura sociológica, quer na literatura de gestão de recursos humanos, em revistas internacionais ou portuguesas ou em livros e manuais.

Algumas organizações como a OMS começam a considerar nos seus programas a necessidade de previsão de integração de profissionais destas áreas de actividade nas suas equipas de trabalho de campo para prover às necessidades em saúde dos países em vias de desenvolvimento (WHO, 2009b)

Porém, raras são as bases de dados sobre saúde ou profissionais em geral que contemplam estas áreas profissionais limitando-se a considerar nos seus indicadores de performance médicos, enfermeiros e parteiras – uma profissão que em Portugal já quase não existe a não ser como uma especialidade de enfermagem – e mais recentemente os médicos dentistas e, por vezes, os farmacêuticos de que é exemplo a *health for all database* (Who, 2009).

As profissões das Tecnologias da Saúde (TS) são relativamente recentes nas organizações de saúde, apesar de alguns saberes, e práticas, que lhes são próprias terem raízes milenares, como as que se aplicam em fisioterapia ou nas actividades do medicamento. O anexo IV refere-se a esta matéria com mais pormenor nomeadamente elencando as disposições legais que têm vindo a objectivar as asserções produzidas.

Sobre as dinâmicas de profissionalização especificamente portuguesas existem alguns estudos, essencialmente endógenos, preocupados com a história, a formação e a evolução das profissões em matéria de saberes, competências e atitudes¹⁵, ou mais sociológicos¹⁶ ou mais políticos¹⁷. Outros há, ainda mais raros, que tocam a problemática muito marginalmente, e apenas como constatação das relações que se estabelecem no seio de equipas de trabalho referenciadas ao trabalho médico, de que é exemplo o de Areosa e Carapinheiro (2008).

A evolução e afirmação destas profissões no nosso país, e no plano internacional, têm sido progressivas. Porém, os profissionais das Tecnologias da Saúde (PTS), hoje, exercem as suas actividades na tensão entre serem profissionais auxiliares do médico ou serem profissionais autónomos com saberes e competências próprias que não competem com os de nenhum outro profissional de saúde, antes realizam actividades essenciais e, dessa forma, se constituem como profissionais chave para a integração dos processos de cuidado e compõem as equipas de prestadores com igual capacidade e elevado potencial de desenvolvimento.

Aliás, noutros países, estes profissionais, nomeadamente os fisioterapeutas, são vistos como profissionais de primeiro contacto sem intermediação de médicos especialistas (Estêvão, 2006).

¹⁵ Lobato, 2001; Tavares et al., 2002; Coutinho, 2003; Conde, 2006; Estêvão, 2006; ESTeSL, 2007.

¹⁶ Tavares et al., 2002; Lopes, A. (Org.), 2004; Tavares, 2007.

¹⁷ Lopes, A. (Org.), 2004; Lourtie e Pinto, 2007.

Trata-se de incorporar uma realidade ainda mal reconhecida que é charneira na Gestão de Recursos Humanos em saúde porque as actividades desenvolvidas pelos profissionais das tecnologias da saúde são indução e fundamento de decisões cruciais em medicina e enfermagem pelo que se tornam imprescindíveis no cuidar e, ademais, consomem largas parcelas de recursos financeiros.

Com o desenvolvimento dos sistemas de saúde estes profissionais compõem hoje um conjunto de profissões regulamentadas pelo Estado, quer nas competências a adquirir em formação exigida para o exercício, quer nas condições em que o exercício profissional se realiza.

Com o progresso exponencial das tecnologias e a diversificação das necessidades este grupo de profissões – das Tecnologias da Saúde (TS) – são um ponto de charneira nos cuidados de saúde pois que, do seu labor, saberes e competências próprias, depende, hoje, qualquer diagnóstico, prognóstico clínico, terapêutica, reabilitação funcional ou readaptação ocupacional das pessoas atingidas por uma patologia e, ainda, os controles de água e alimentos nos parâmetros influentes da saúde pública.

A história das profissões das tecnologias da saúde, enquanto áreas científicas e áreas profissionais, e o próprio desenvolvimento profissional daqueles que as exercem, é uma área de estudo muito pouco explorada em Portugal (Coutinho, 2003).

A sua identidade profissional evoluiu ao longo deste século (Tavares, 2007), vindo a assumir características diferentes de acordo com o país onde se desenvolvem e a sua história e organização social. No entanto, é actualmente inegável o seu contributo na prestação de cuidados de saúde e para melhoria da qualidade de vida das populações (Coutinho, 2003).

O conceito de tecnologias da saúde relaciona um conjunto de profissões com um percurso de largos anos em comum, e algumas delas, com muitos anos de história. Desde 1980¹⁸ que as 18 profissões, enunciadas em baixo, têm mantido um percurso absolutamente comum na definição de políticas governamentais, tendo percorrido os mesmos passos quer no ensino, quer no exercício.

Por essa razão, vêm-lhes sendo aplicadas as mesmas regras em todos os campos de acção desde o acesso aos cursos e ao exercício profissional, aos planos de estudo, às carreiras e às convenções colectivas de trabalho (Conde, 2006).

¹⁸ Antes mesmo, o Decreto Regulamentar nº 87/77, de 30-12, que cria a carreira de Técnico Auxiliar dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica nela englobando 13 profissões. Sobre esta matéria ver Lopes, N. 2006.

As Tecnologias da Saúde no seu conceito tradicional (Conde, 2006) incluem os cursos e as 18 (dezoito) profissões aqui nomeadas por ordem alfabética: Análises Clínicas e Saúde Pública; Anatomia Patológica, Citológica e Tanatológica; Audiologia; Cardiopneumologia; Dietética; Farmácia; Fisioterapia; Higiene Oral; Medicina Nuclear; Neurofisiologia; Ortoprotesia; Ortopédia; Prótese Dentária; Radiologia; Radioterapia; Saúde Ambiental; Terapia da Fala; Terapia Ocupacional.

Todas se diferenciam pelos saberes que devem deter, pelas metodologias e técnicas que dominam e pelas tecnologias específicas que utilizam.

Os seus saberes fundacionais vão da mecânica e biomecânica à anatomia humana, passando pela biologia molecular e celular, a óptica, a fonologia, a neurociência, a hemodinâmica, a química biológica, a microbiologia, a genética, a farmacologia, a biofísica e a física, o controle de radiações e radionuclídeos, o conhecimento dietético e nutricional, as ciências do ambiente, a matemática, especificamente, a bioestatística, a electrónica e, hoje, também a informática avançada, sem esquecer os saberes transversais como a fisiologia e a patologia ou a psicologia e a sociologia ou, ainda, a deontologia profissional e a bioética.

Muitos destes saberes são transversais a várias profissões, como, por exemplo, a química biológica ou a biologia molecular que são saberes fundamentais em análises clínicas, anatomia patológica e farmácia, tal como a física é comum às três profissões radiológicas – imagiologia, radioterapia e medicina nuclear – ou a biomecânica que é comum à fisioterapia, à terapia ocupacional e à ortoprotesia, a neurociência que é comum à terapia da fala, à fisioterapia e à neurofisiologia, a anatomia que é basilar para as profissões radiológicas, a fisioterapia e a ortoprotesia ou mesmo a fonologia que é base da terapia da fala e da audiologia, de entre outros exemplos possíveis.

As metodologias também são diversas e estabelecem agrupamentos de actividade distintos dos anteriores. Assim, e apontando apenas exemplos, os métodos registográficos são preponderantes nas profissões de neurofisiologia, cardiopneumologia e audiologia enquanto as metodologias de imunoquímica, citologia ou biologia molecular são comuns às profissões laboratoriais – análises clínicas e anatomia patológica, citológica e tanatológica.

A multiplicidade de saberes biomédicos tem-se expandido de tal forma que nenhum humano consegue abarcar toda a sua extensão para a aplicar ao exercício de uma profissão, nem mesmo os médicos. Por isso se assiste, necessariamente, à diferenciação de várias profissões nas áreas médicas. Cuidar de um doente e tratar a patologia que apresenta, ou manter a saúde

e reinserir funcionalmente, são, hoje, de forma incontornável, tarefas multidisciplinares e multiprofissionais em que as ciências e tecnologias da saúde, e os PTS, assumem um papel principal.

Nos últimos trinta anos e por força desta abrangente, imensa e crescente diversidade de saberes que os PTS devem deter para um exercício capacitado e capaz, a sua formação foi sucessivamente aprofundada, alargada e, necessariamente, prolongada.

Hoje, é-lhes exigida uma formação de nível 5 pelo ISCED (Internacional Standard Classification for Education), diploma de licenciatura de quatro anos de duração e 240 ECTS, segundo os critérios do Processo de Bolonha.

E não se ficam por aqui. O exercício, pela diversidade crescente das necessidades dos clientes – internos ao próprio sistema de saúde, os outros profissionais cuja actividade depende dos resultados da produção destes como os médicos e os enfermeiros; e externos, as pessoas, doentes ou sãs – exige especializações várias de que as instituições de ensino também já reconheceram a necessidade e oferecem na forma de pós-graduações e Mestrados. Muitos profissionais vêm regressando à Escolas para as frequentar, cientes de que a formação nestas áreas é uma constante da vida.

Estes profissionais, de auxiliares do médico, passaram a complemento e, daí, a fundamento da acção clínica, de qualquer acto médico, e, hoje, assumem-se como ponto nodal do sistema de saúde.

E ponto nodal porque as suas actividades, fundamentais como demonstrado, são também grandes utilizadoras de recursos financeiros e, por tal, responsáveis por uma fatia muito considerável dos gastos em saúde.

E se as pessoas, profissionais de saúde e população, já não dispensam a fundamentação das decisões clínicas sem o recurso aos meios de diagnóstico disponíveis e não prescindem dos actos terapêuticos que fomentam a sua qualidade de vida, a boa gestão dos recursos aplicados (conhecimento, financeiros e, no seu cerne, os recursos humanos) é fulcral para a economia da saúde.

Ora, assim sendo, há que fazer-se uma gestão estratégica destes recursos humanos detentores de conhecimento de ponta, cuja actividade subjaz qualquer acto de saúde, e, dada a complexidade envolvida, e a comprovação aportada pela ineficácia consabida das estratégias de gestão que têm vindo a ser levadas a cabo, que o paradigma que as ilumina e as práticas

que lhes são associadas no que a estas profissões tange, ao querer reduzir os profissionais a meros operacionais na organização de saúde, não é sustentável.

Há portanto, que ceder a quem sabe, a quem conhece, a autonomia necessária à boa aplicação dos recursos que são, conhecida e declaradamente, escassos.

E esta cedência só pode fazer-se pelo reconhecimento de que os saberes detidos e as competências demonstráveis apenas esperam a oportunidade para emergir na constituição de equipas multidisciplinares mas que concedam «o seu a seu dono», passando pelo aplanamento das actuais estruturas hierárquicas e pelo abandono do paradigma gestor de «comando e controle» pela classe médica, sem substituir estes mandantes pelos da classe de enfermagem.

O equilíbrio de poderes no sistema de saúde muda quando se almeja prestar melhores cuidados sem desperdício de recursos, escassos sim mas sobretudo, crescentemente onerosos. Os sistemas sociais não são constituídos por redes físicas ligando as partes mas por processos comunicacionais entre essas partes concretizados na interacção entre elas (Pena Pires, 2007). Tais processos não são completamente unívocos nem completamente simétricos: podem ser ambíguos, polissémicos, hierarquizados e manipulados.

A recusa sistemática por parte das administrações hospitalares e dos estrategas da área de saúde em reconhecer a fulcral importância das profissões das TS, e dos saberes que os PTS já demonstram, para o sistema postergando a sua integração como pares nas equipas mais não tem feito que adiar uma inevitabilidade e demonstrar a divergência entre a realidade profissional e organizacional e as teorias que fundam as racionalidades.

A questão primacial nas organizações prende-se, na verdade, com as matérias de concentração/delegação de poderes e com a evidência, cada vez mais inquestionável, da necessidade de partilha desse poder e, portanto, da sua redistribuição. Os argumentários ainda se fundam no princípio da legalidade e escudam-se em conceitos sociológicos para estribar decisões mais do que no princípio da liberdade e na adaptação contingente à realidade.

Porque, desde 1977, estas actividades, apesar da sua diversidade, foram englobadas num único grupo profissional e, ainda hoje, os PTS vivem posicionados entre dois precipícios: o da desagregação do grupo nas várias profissões que o integram e a necessidade premente de coesão num mesmo grupo profissional para atingir massa crítica que faça pender as relações

de poder na organização para um equilíbrio que tenha como um dos pilares estas actividades de que já não pode, hoje, prescindir-se nos cuidados em saúde.

Por outro lado, o processo de Bolonha, e a confirmação de 240 ECTS – em 2008 – como mínimo necessário ao desenvolvimento das competências básicas para o exercício profissional, obriga a uma validação da posição destes profissionais na estrutura organizacional que tem vindo a ser-lhes negada pelos poderes mais tradicionais e mais enraizados.

Além disso, neste contexto de poupança obrigatória de recursos escassos, os PTS constituem um elo chave já que são directamente responsáveis pelas mais dispendiosas actividades em saúde e, simultaneamente, detêm os conhecimentos bastantes para regular o uso dos recursos e, assim, introduzir racionalidade, sem perda de qualidade nem adequação na prestação de serviço às pessoas, e, nesse passo, gerar mais-valias no sistema, por diminuição de desperdícios de valor elevado e retorno avultado.

Ainda, por um lado, o crescente interesse dos sectores privado, e social, por esta área de negócio, por outro, o aumento da circulação de informação com conseqüente progressiva diminuição da assimetria de informação do cliente e, ainda por outra perspectiva, o incremento proporcional das técnicas de marketing para criar novos nichos de necessidades de saúde na população e manter a tensão virtual entre o que as pessoas pensam que sabem e o que as pessoas supõem ainda ter que saber para não incorrer em erros que ponham em causa a sua longevidade, a sua sobrevivência e o seu bem-estar “eterno” forçam um aprofundamento da complexidade nesta área insuspeito até há pouco tempo.

Em Tecnologias da Saúde as metodologias emergentes, geralmente, não substituem as existentes, antes se lhes adicionam acrescentando a panóplia de recursos diagnósticos ou terapêuticos disponíveis.

A radiologia, por exemplo evoluiu, até na designação da actividade, para imagiologia por força da diversidade de métodos de captação de imagem e do suporte em que esta se fixa que, de uma tomada por raios X – um restrito intervalo de comprimentos de onda energética – e revelação em suporte e técnica fotográficas permitindo apenas visualizar o esqueleto e suas protuberâncias e concavidades, passaram a ser captadas pela incidência de variantes comprimentos de onda ou mesmo de electromagnetismo e indução de alterações, extremamente ténues e transitórias, na conformação molecular ou na fisiologia celular,

detectáveis apenas por meios de intensificação electrónicos, informaticamente suportados e telematizáveis a distância.

Os meios de diagnóstico laboratorial incorporaram as descobertas das áreas da bioquímica e das biológicas, celular e molecular, não só alargando os corpos e componentes celulares detectáveis, mas também adoptaram processos, enzimáticos e imunológicos, miméticos dos processos biológicos que acrescentaram de forma logarítmica o número e variedade de moléculas biológicas determináveis para fins diagnósticos. Não menores foram os avanços na microbiologia que permitem hoje a identificação precoce, e diferencial, de agentes etiológicos de existência insuspeitável há poucos anos.

Mesmo as terapias manuais acompanharam e adaptaram-se à evolução científica, nomeadamente na área da neuromedicina, e evoluíram em consonância.

Ser profissional das Tecnologias da Saúde hoje requer capacidade de adquirir novos conhecimentos – sempre básicos para um exercício cabal – à mesma velocidade que qualquer médico na sua especialidade.

Contudo, a introdução constante de novas tecnologias nas actividades de diagnóstico ou terapêutica não vai substituir os profissionais de saúde, antes irá libertá-los para o exercício do seu *core business* – cuidar de Pessoas, prevenir, rastrear, diagnosticar, recuperar, reinserir. Em suma, tratar doentes e doenças e manter ou restabelecer a saúde (ACS, 2009), o que, afinal, compõe a missão que os profissionais de saúde aceitam adoptar no dia em que escolhem a sua profissão.

Inovação

“Na capacitação do sistema de saúde para a inovação, uma política de RH assente na formação dos profissionais é um dos pilares mais relevantes. [...] De entre os novos desafios salientam-se as novas profissões de saúde que colmatam novas necessidades, tecnologias inovadoras e novos modelos organizacionais [...] planos estratégicos para a formação de novos licenciados, a valorização das profissões emergentes, o estímulo à investigação nas carreiras de saúde...” (ACS, 2009:22) e, “...desenvolver a investigação sobre as opções estratégicas da saúde que devem ser a base das decisões políticas.” (Idem:23).

A dificuldade da GRH nas OSS será, então a de reunir grupos multidisciplinares capazes de definir expectativas positivas, centrar a sua acção em objectivos profissionais mas, e sobretudo, no fim social que é inerente ao seu papel como profissional nesse contexto específico.

O objectivo da GRH nas OSS será, assim, construir equipas, fornecer-lhes os recursos para a auto-sustentabilidade, obter *feed-back* para poder avaliar constantemente as realizações e disponibilizar oportunidades de *coaching* para a manutenção do elevado desempenho.

Dessa forma, com o tempo como seu aliado, virá a contornar e eliminar o gigantismo estrutural e a hospitalocentria. Há que incentivar as lideranças e que encontrar bons instrumentos para a gestão e para a avaliação que tenham em consideração todos os factores em jogo, e há que mudar a cultura. Ora, a cultura só se muda com muito tempo e com muita paciência e com muita persistência (Bleck, 2006).

Até agora, a evolução do sistema de saúde, no que respeita às relações entre os múltiplos grupos profissionais que cumprem a missão de cuidar, tem sido no sentido da desintegração.

As profissões das Tecnologias da Saúde (as PTS) estão ainda a emergir e têm constituído um pólo de mais desintegração no sistema ao instituírem mais um núcleo de poder grupal na organização.

Porém, as diferenças inerentes à multiplicidade de actividades que realizam e à crescente especialização necessária para fazer face à evolução da tecnologia que as suporta e das necessidades em saúde que as justificam, podem vir a induzir também a desagregação do grupo de profissões.

E, assim, a totalidade da organização corre o risco de se desarticular até porque uma das características das OSS é serem burocracias profissionais, imperfeitamente conectadas (Nunes, 1994).

Para o contrariar, torna-se imperioso um paradigma de GRH que, para além de deixar de ver os profissionais como instrumentais às actividades e à organização, os assuma como partes interessadas no sucesso e numa prestação de serviço público meritocrática e de excelência.

As TIC em Saúde

O Sistema de Saúde atingiu um tal grau de complexidade que a sua integração não pode fazer-se sem o recurso a aplicações computacionais integradoras, isto é, às TIC (tecnologias de informação e comunicação).

O mercado oferece soluções de gestão integrada específicas para as organizações de saúde que permitem gerir e integrar as actividades a partir do doente que origina um caso clínico particular. Estas soluções informáticas integradoras são oferecidas por diversas empresas como um produto tecnológico inovador e introduzem economias de escala ao permitir agregar dados e deles extrair informação adicional. Também acrescentam valor por mostrarem pontos de estrangulamento nos fluxos de dados e informação e demonstrarem o desperdício.

No entanto, hoje, a tecnologia acaba, muitas vezes por resultar em ineficiência porque as aplicações são demasiado específicas para um determinado projecto ou área de actividade e incompatíveis umas com as outras. Quando é assim é impossível pô-las em comunicação.

Por exemplo, dentro do (LPC) Laboratório de Patologia Clínica cria-se uma aplicação informática para gerir internamente os processos de trabalho para cada doente. Num LPC já mais avançado, os vários equipamentos estão «on-line» uns com os outros e todos debitam os seus achados analíticos para um mesmo terminal que os integra.

Mas, a prescrição médica vem em suporte papel, em «letra de médico», tantas vezes ilegível que se criaram formulários de prescrição em que basta pôr uma «cruzinha» à frente, ou atrás, do nome impresso da molécula a determinar, e alguém tem que introduzir os pedidos no aplicativo do LPC e no final, outro alguém tem que os imprimir de forma a poderem seguir o seu destino.

Todos estes dados ficam, por dever de ofício, numa base de dados onde se acumulam, muito provavelmente sem préstimo, porque os ritmos de trabalho em saúde são de tal forma intensos que não há tempo para os profissionais os trabalharem, mas também não se contratam colaboradores suficientes para o fazer, porque há que poupar «recursos escassos»!

No entanto, imaginemos o mesmo LPC, a quantidade de dados correspondentes a milhares de doentes que aí estão armazenados permitiriam, determinar valores de referência apropriados para várias populações – pediátricos, da adolescência, da menopausa, geriátricos, isto é, por faixa etária, por patologia e conjugá-los – em vez de se usarem valores «normais» da literatura científica, obtidos a partir de populações diferentes, franceses, americanas ou inglesas, variando com o manual adoptado ou com o fornecedor de reagentes, mas sempre,

com outro *pool* genético, com outros hábitos, com outros estilos de vida, com outro estado imunológico, em resumo, com outros estados de saúde.

Desta forma os dados para mais não servem que para o imediato acto de fundar uma medida terapêutica ou para a garantia do estado de saúde e assim se tornam lixo, pó, desperdício porque não criam conhecimento, deles não se extrai toda a sua potencialidade.

Este simples trabalho implicaria outro aperfeiçoamento criador de mais conhecimento e incrementador da mudança. Os médicos passariam a completar o preenchimento das suas prescrições com todos os dados necessários à boa decisão laboratorial quanto à pertinência do pedido. E todos os dados incluem o pré-diagnóstico ou suspeita clínica, os dados biográficos para além do usual nome abreviado do doente, as terapêuticas entretanto aplicadas, sobretudo as medicamentosas, etc.

Isto permitiria aos médicos patologistas clínicos fazerem o seu trabalho que deveria ser o de decidirem que análises seriam feitas de forma a esclarecer totalmente o diagnóstico e compreender as variações que emergissem ao longo de um processo de doença, e não como acontece que o que fazem podia bem ser feito por um PTS com vantagem técnica e financeira.

Assim todos fazem o mesmo e ninguém faz o que sabe porque ninguém sabe tanto que possa fazer tudo bem (Carvalho, 2008). Talvez antes da revolução tecnológica isso fosse possível, mas não é compaginável, hoje, com as necessidades e a complexidade do sistema e o conhecimento entretanto alcançado (Porter, 2007).

E, também na economia, as tecnologias estão muitas vezes ao serviço do operador. A Saúde não é excepção. Todos conhecemos os casos de equipamentos comprados e que se tornam obsoletos antes mesmo de serem utilizados porque «alguém» – com poder de influência ou sendo influenciado pelo fornecedor – decidiu que podia ser adquirido sem cuidar de saber se estava disponível a instalação adequada, a formação indispensável, o saber-fazer apropriado ou a competência demonstrada, isto é se a transferência de conhecimento estava assegurada ou se este já existia. Assim, muitos equipamentos – por exemplo de imagiologia, como TAC's – quedaron-se inúteis para a melhoria da prestação de serviços de saúde não chegando a ser desempacotados. Dir-se-ia que isso foi noutros tempos. Porém, hoje, agora, conhece-se um caso em que vários equipamentos estão parados porque ao concessionário deixaram de interessar as condições do contrato.

Por outro lado, a multiplicação de actividades e de interventores nos processos de gestão de doentes e promoção da saúde enfraquece os argumentos de exclusividade de acção, legitimidade, ou insubstituibilidade dos saberes porque os distribui e difunde, mas sobretudo, a democratização da informação e do conhecimento em saúde através da comunicação social, das redes electrónicas, do marketing, ou mesmo por formas mais informais, acarreta o *empowerment* do cliente, a despeito dos dispositivos de inércia e manutenção da situação que estejam montados. E estas dimensões vêm alterar os equilíbrios existentes, para benefício do sistema.

“Num sistema organizado, quer seja ou não vivente, são as mudanças não apenas de matéria e energia, mas de informação, que unem os elementos. Entidade abstracta, a informação torna-se o ponto onde se articulam os diferentes tipos de ordem. É simultaneamente o que se mede, o que se transmite, o que se transforma. Toda a interacção entre os membros de um organismo pode então ser considerada como um problema de comunicação. E isso aplica-se tanto a uma sociedade humana como a um organismo vivo ou a um engenho automático. No fim de contas, todo o sistema organizado pode analisar-se por referência a dois conceitos: o de mensagem e o de regulação por retroacção” (Jacob 1970). As TIC e as soluções integradoras já disponíveis são meios que permitem fazer fluir as mensagens e regular a comunicação por mecanismos de difusão e retroacção.

METODOLOGIA

Puseram-se questões acerca da extensão e profundidade a dar ao estudo pois que podia desenvolver-se num sentido mais cartesiano, funcional, operativo ou enveredar por caminhos mais analógicos, menos reducionistas, mais em redor do tema, de forma a gerar conhecimento, em sínteses explicativas, para que se traduzisse num saber prático que indicasse ao colectivo das profissões das Tecnologias da Saúde o caminho do auto-conhecimento e lhe pudesse abrir a perspectiva de “exercer a insegurança em vez de a sofrer” (Sousa Santos, 2007:58). Desta forma, a dissertação resultante poderia persuadir à aprendizagem mesmo se não arrisca ensinar (Sousa Santos, idem:56).

Contudo, à medida que a velocidade das mudanças aumenta, os decisores confrontam-se com um acrescentado número de decisões urgentes e, assim, a sua margem de manobra é cada vez mais encurtada.

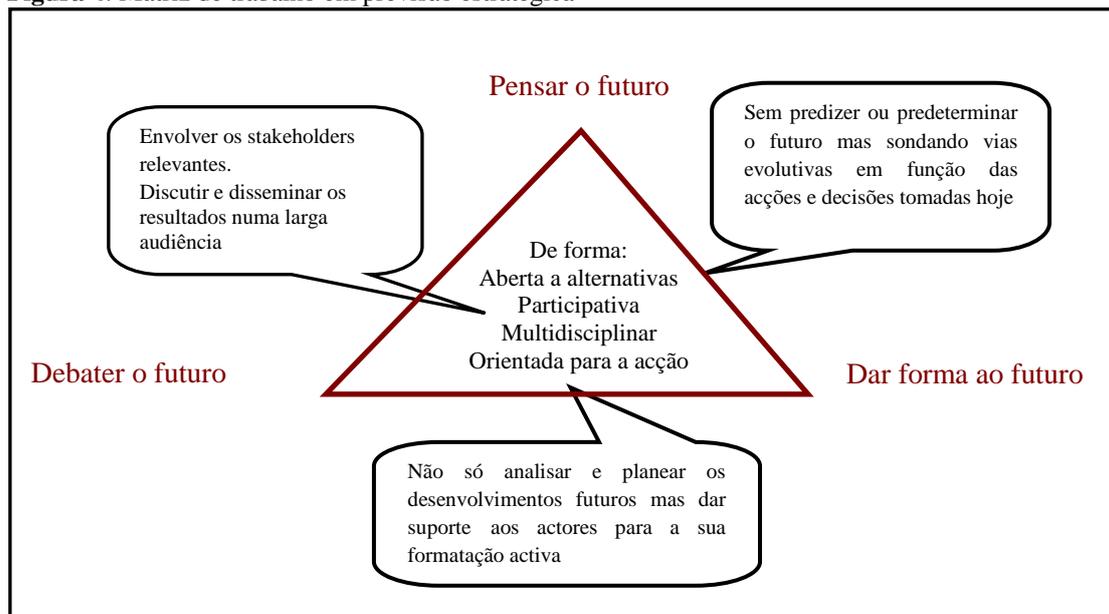
Nas condições presentes, as decisões são, demasiadas vezes, construídas sobre a ausência de alternativa para a acção. Sem antecipação não pode haver liberdade no acto de tomada de decisão. O facto é que, as mais das vezes, quando é encarada, a situação está fora de controlo, pelo que já não restam soluções viáveis. A necessidade, muitas vezes, não é mais que o resultado da falta de previdência.

Quando não se pensam os futuros possíveis, as mudanças rápidas, e crescentemente imprevisíveis, levam a atitudes reactivas camufladas de adaptativas.

Porém, a adaptabilidade instantânea é uma enorme ilusão (Forlearn, 2008) para os empreendimentos e organizações humanas. O único horizonte possível para acções profundamente enraizadas, e profícuas, quando estão em causa diferentes formas de pensar ou comportamentos (Forlearn, 2008) é o longo prazo pois que, se mais curto – poucos meses ou até 3 a 5 anos – deixa uma margem de manobra muito curta.

Todavia, a aceleração da mudança não deixará de causar o encurtamento da margem de antecipação possível o que determina a necessidade imperiosa de implementação de estudos «on-going», observatórios permanentes da evolução das realidades e do pensamento humano (Forera, 2006).

Figura 4: Matriz de trabalho em previsão estratégica



Fonte: Adaptado de FORERA (2006) e Forlearn Guide (2008).

A figura 4 transcreve a matriz orientadora de trabalho para um programa de previsão estratégica com base no princípio de que para aprofundar a compreensão dos desafios e oportunidades num ambiente de mudanças socioeconómicas aceleradas é indispensável a aplicação de tecnologias de análise orientadas para o futuro (Forera, 2006), isto é, tecnologias de observatório, ou seja, de *foresight*.

O papel de uma tecnologia de observatório é ligar partes de um sistema e incrementar a competitividade numa economia, cada vez mais do conhecimento, e globalizada, e o seu objectivo primordial é identificar as tecnologias genéricas emergentes que aportam os maiores benefícios económicos e sociais. (Martin, 2001).

Em Portugal, estão já institucionalizados dois grupos de peritos que se debruçam sobre problemas da área da saúde utilizando tecnologias de observatório: O OPSS (Observatório Português dos Sistemas de Saúde) que tem existência jurídica, produz anualmente um relatório de observação e se articula, a nível europeu, com os seus congéneres; o Health System in Transition que, produz um relatório periódico de análise do SNS para a OCDE e OMS. (Pita Barros e Simões, 2007).

Existe também, desde há dois anos, um denominado *Think TanK* – Saúde em Rede, estruturado de maneira menos formal, que tem como objectivo levantar questões candentes

em saúde e incentivar o debate, participadamente entre os diversos *stakeholders*, que tem a sua origem na Escola Nacional de Saúde Pública, integra já decisores políticos e representantes da sociedade civil, chama a intervir representantes dos profissionais e organiza debates e fóruns de divulgação das conclusões desses debates dos quais é exemplo o Fórum Nacional de Saúde, com uma edição no corrente ano.

À luz destas novas formas de abordagem aos problemas, e em coerência com o nosso próprio pensamento e história, não poderíamos deixar de adoptar uma metodologia construtivista pois que estabelece preferência por métodos observacionais e se funda em abordagens de análise fenomenológica e de referenciação a investigações por outros levadas a cabo prosseguindo, a partir delas a aprendizagem.

Uma metodologia é a atitude perante a geração de conhecimento que subjaz a qualquer actividade de investigação. Uma certa orientação metodológica conduz a uma preferência por determinados métodos (Forlearn, 2008).

Não sendo viável a construção da investigação enquadrada numa tecnologia de observatório, ou conformada por uma matriz de previsão estratégica, dada a impossibilidade de recrutar os meios necessários e o fim em vista, para alcançar os objectivos a que nos propomos e porque nos parece um método adequado à extensão e profundidade procuradas para a presente investigação escolhemos aplicar o método de painel de Delphi que a seguir se explana sucintamente.

Tal como determina a metodologia (Hill e Hill, 1998), as perguntas mais pertinentes emergem das opiniões de peritos, numa primeira fase de auscultação, bem como aí surgem as afirmações a propor à discussão do painel de peritos alargado.

Igualmente, e para fundamentar o pensamento orientador do trabalho, houve que pesquisar a literatura e os documentos, designadamente a que se debruça sobre a realidade portuguesa em saúde e as normas legais, de forma o mais extensiva possível.

Tratando-se de uma Tese de Mestrado, e cientes dos seus limites em extensão, usámos de poder de síntese e eliminámos factos e datas que não se revelassem absolutamente determinantes, tal como omitimos a explicação de conceitos, fazendo, em alternativa, a remissão para a bibliografia relevante, mesmo porque não se trata de fazer «ciência nova» apenas se intentando ver o real das OSS com outros olhos.

Método de Delphi

Método é um conjunto de passos definidos para alcançar um determinado objectivo (Forlearn, 2008). De entre as técnicas que podem integrar uma tecnologia de observatório encontra-se o método de *Delphi* que é um método qualitativo, principalmente exploratório. (Forera, 2006).

O método Delphi é um método de tomada de decisão em grupo utilizado para, de forma estruturada, pôr em evidência o conhecimento implícito (tácito) que os peritos detêm do futuro e torná-lo mais explícito, visível por muitos, e como tal, transferível. (Forlearn, 2008).

Delphi é uma das metodologias científicas que permite analisar dados qualitativos e consiste numa estratégia de geração e clarificação de ideias que não requer interacção face a face podendo ser usada com o objectivo de alcançar consensos, estabelecer prioridades e tomar decisões sobre acções alternativas. E porque não ocorre a presença física dos participantes numa reunião pode ser usado quando os elementos do grupo se encontram distantes geograficamente.

Trata-se de um método que permite descobrir as opiniões de especialistas – denominando-se o seu conjunto de painel Delphi – através da realização de uma série de questionários.

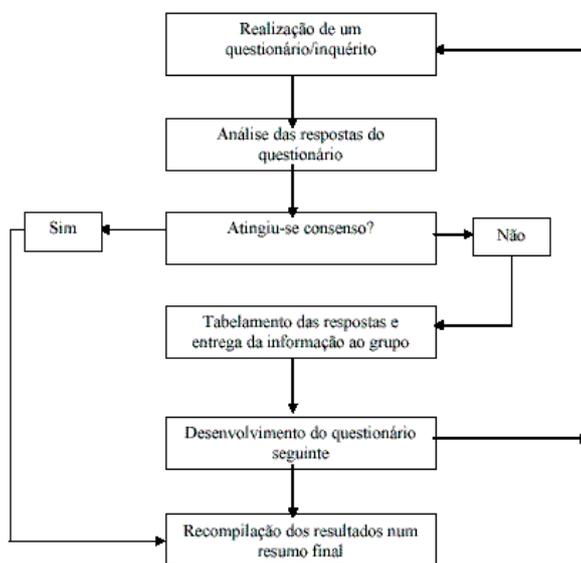
As principais características do método Delphi consistem na utilização de um painel de peritos, o facto de os participantes não terem confrontação frente a frente, a garantia de anonimato das respostas dadas pelos participantes, a interacção com "feedback" controlado e o uso de ferramentas estatísticas simples para identificar padrões de acordo (Mateus Marques, 2007).

Com efeito, uma das grandes vantagens deste método é permitir que pessoas que não se conhecem, desenvolvam um projecto comum, e sem ter que revelar as suas opiniões uns aos outros, cheguem a um acordo geral sobre uma dada área de interesse. Dessa forma, constitui-se numa estratégia de facilitação para que um grupo de pessoas, como um todo, lide com um problema complexo.

Apresenta, contudo, alguns inconvenientes, entre os quais o maior consumo de tempo na tomada de uma decisão e a perda dos benefícios associados ao intercâmbio pessoal de ideias proporcionado por outros métodos e o facto de os consensos obtidos não deverem ser vistos como uma solução definitiva.

De uma forma simplificada, um estudo Delphi processa-se segundo o esquema apresentado na figura 5.

Figura 5: Método de DELPHI



Fonte: Alvarenga et al. (2007)

Procedimento

De seguida explanaremos o procedimento adoptado para construir o questionário que constitui um dos objectivos deste trabalho.

Começámos por elaborar um questionário genérico e abrangente das matérias que, na opinião de alguns especialistas consultados, subjazem à realidade da actividade em tecnologias da saúde, e que tinha em vista permitir obter dados de natureza empírica para a fundamentação da questão de investigação.

Um primeiro grupo de 7 (sete) participantes, restrito e escolhido pelo seu conhecimento das matérias e pela sua diversidade de posições, de entre gestores em saúde, professores das escolas superiores de tecnologia da saúde, PTS com responsabilidades de gestão e sindicalistas, foi convidado a integrar o painel e, tendo aceite, foi-lhe remetido o conjunto de sete (7) questões prévias às quais haveriam de responder livremente.

As questões que compuseram o conjunto inicial foram as suficientes para suscitar um leque de proposições abrangente e controverso quanto bastasse para uma primeira abordagem e para o objectivo deste trabalho e incidiram sobre:

1. As repercussões ao nível do exercício profissional e do reconhecimento social do actual nível de formação exigido e da reestruturação do modelo de ensino recentemente introduzida;
2. Possibilidade, ou não, de negociação para convergência entre algumas profissões das TS e outras profissões da saúde não integrantes deste grupo cuja área de actividade é, reconhecidamente, muito próxima ou mesmo sobreponível versus a defesa da individualidade das PTS, dada a parcial sobreposição de competências verificada após o desenvolvimento recente das actividades em Tecnologias da Saúde (TS);
3. Possibilidade, ou não de negociação para convergência dentro das profissões das TS por coabitarem perfis de actividade muito próximas ainda que a formação seja diferenciada;
4. Reflexos no desenvolvimento das profissões, sua autonomia e poder de influência, na coesão intragrupal e intergrupala e relacionamento profissional com profissões de saúde e outras mais tecnológicas que possam surgir, por efeito da tendência para a subespecialização e diferenciação na dependência da crescente evolução tecnológica;
5. Análise da adequação das competências detidas face aos novos desafios, nomeadamente nas áreas da educação para a saúde, promoção da saúde e prevenção da doença, e das consequências no caso de estas estarem aquém do desejado;
6. Modos de participação dos PTS na gestão das OSS, da sua preparação para um enquadramento de elevado nível de exigência ou necessidade de reforço de competências;
7. A GRH (Gestão de Recursos Humanos) perante o grupo de PTS (Profissionais das Tecnologias da Saúde) numa perspectiva exterior ao grupo.

Os participantes receberam o conjunto destas questões por via electrónica e foram instados a responder dessa forma escrevendo tudo quanto se lhes oferecesse sobre cada uma das questões tendo, apenas, dois cuidados: o de referir sobre que questão discorriam e o de disciplinarem o discurso para não o tornar caótico e divergente em relação ao perguntado.

Foram, também, convidados a colocar outras questões que não estivessem consideradas, caso o julgassem importante.

Ainda, foram-lhes comunicados claramente, e por escrito, os objectivos e as razões da abordagem adoptada bem como foi facultada uma súmula do processo de trabalho. O conjunto está anexo com o número I.

Após a recepção electrónica das suas réplicas foi realizado um trabalho de análise e síntese das alegações produzidas pelos peritos de forma a poder extrair-se do pensamento de cada participante os pontos comuns, e também os pontos divergentes, a fim de estabelecer asserções a submeter ao painel mais alargado. O resultado analítico desta primeira fase dos trabalhos consta como anexo II e nele se incluem as questões tal como foram formuladas e uma sua síntese.

De seguida iniciámos a elaboração do questionário a submeter a pré-teste de avaliação para adequação do instrumento final por um segundo painel de peritos, constituído por 14 especialistas, numa segunda fase de apreciação mais quantitativa com o auxílio de uma escala tipo *Likert* (Hill e Hill, 1998). Este segundo instrumento ficou composto por 66 questões e a colheita de respostas e de avaliação foi feita em entrevista presencial.

A sua elaboração teve sempre presentes os objectivos específicos do trabalho (Hill e Hill, 1998) e, destes, as premissas estabelecidas para o próprio instrumento que passamos a explicitar.

Objectivos

OBJECTIVO GERAL

1. Reflectir sobre a forma como a actual conjuntura organizacional altera os equilíbrios consolidados em saúde, num contexto de complexidade fortemente incrementada pela globalização dos conhecimentos científicos, pela democratização dos saberes médicos, pela tecnicização da medicina e pela difusão de metodologias de diagnóstico com base na evidência científica.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

1. Analisar a posição profissional das Tecnologias da Saúde, sua origem, desenvolvimento e estado de consolidação, e debater futuros possíveis.

2. Compreender que reflexos tem nas práticas de GRH nas OSS a emergência, verificada nos últimos 30 anos, de profissionais altamente qualificados nas actividades de diagnóstico e de terapêutica;
3. Conhecer da forma como a GRH nas OSS deveria evoluir para, adequadamente, integrar os profissionais das tecnologias da saúde na rede de prestação de cuidados de saúde;
4. e, Construir e validar um instrumento que permita: (a) aferir do estado de desenvolvimento profissional dos PTS; (b) estudar zonas de fronteira de actividade; (c) alargar o debate de ideias iniciado no painel de peritos ao universo de profissionais no exercício.

Um outro objectivo deste estudo é propiciar que várias pessoas pensem em conjunto o futuro das suas profissões e assim compreendam os desafios e oportunidades com que se defrontam, as metas passíveis de os orientar e as estratégias que devem adoptar.

Um objectivo implícito é, ainda, a aprendizagem e a desaprendizagem geradas no processo permitindo o aprendizado recíproco, em conjunto, integrado.

Também se espera que os participantes construam visões estratégicas e criem um sentimento partilhado de compromisso com essas visões.

No mesmo passo estão-se a desenvolver capacidades e conhecimento que, em resultado deste exercício, poderá ter um significado mais alargado se acabar disseminado.

Um objectivo paralelo da Tese é a produção de conhecimento colectivo que se traduza em soluções inovadoras e acção adequada, e, de forma centrífuga, opere como sistema de aprendizagem social e organizacional e desenvolver uma rede de comunicação e cooperação que possa, de forma convergente e participada, apoiar tomadas de decisão.

Este último objectivo não cabe na extensão desta Tese visto que a análise dos resultados e a quantidade de dimensões que devem ser incluídas e, também, o número de variáveis a estudar excede o tempo e o espaço para o levar a efeito, por motivo das limitações actualmente impostas para trabalhos deste nível.

Também se espera que os participantes construam visões estratégicas e criem um sentimento partilhado de compromisso com essas visões.

No mesmo passo estão-se a desenvolver capacidades e conhecimento que, em resultado deste exercício, poderá ter um significado mais alargado se acabar disseminado.

Perante as limitações próprias de uma análise solitária de um tema tão abrangente, abordá-lo-emos através de um desenho de estudo de caso, exploratório, com base nas respostas dos painéis de peritos a ambos os conjuntos de perguntas e através de análise documental e bibliográfica.

Para estudar o problema que nos pomos, forçoso seria adoptar um método essencialmente qualitativo visto que se trata de pensar o futuro e dar esse pensamento ao debate de maneira a poder vir a enformar um futuro visionado por muitos.

Trata-se de aplicar uma metodologia de painel de peritos para tentar saber o que acontecerá às profissões das áreas de actividade de diagnóstico e de terapêutica nesta conjuntura de reforma da Administração Pública em geral e de mudança na Saúde em particular.

Dada a contingente novidade do objectivo geral desta Tese e a complexidade inerente ao tema mereceria ser levado a efeito um estudo por tecnologia de observatório mais complexa a fim de desvelar completamente as componentes essenciais da problemática das profissões das TS.

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Uma primeira versão do questionário foi elaborada a partir das asserções produzidas pelos participantes no primeiro painel e completado com outras suscitadas pelos objectivos específicos do trabalho e que não haviam sido abordadas pelos respondentes, concretamente: (a) à integração do grupo profissional em estudo nas organizações e como corpo profissional; (b) à sua diferenciação face a outros grupos profissionais em saúde (c) à relevância da profissão e do estatuto; (d) e à instrumentalidade de que é investida.

Ademais foi completado com as necessárias questões de categorização dos participantes nomeadamente quanto aos elementos de caracterização biográfica: pessoal, académica e profissional.

A versão provisória era constituída por um total de sessenta e seis (66) perguntas e expressava, sob a forma de títulos, a organização por blocos temáticos, assim designados:

- I. Caracterização do trabalho em TS, que continha vinte e cinco (25) perguntas;
- II. Os PTS e a GRH, com dez (10) perguntas;
- III. Do futuro das várias profissões das tecnologias da saúde, composto por oito (8) perguntas;
- IV. e, Um conjunto de 23 perguntas recolectoras de informação das características sócio-demográficas do participante.

Antes mesmo de ser submetido à validação pelo painel uma primeira versão do questionário foi dado à apreciação de um número restrito de PTS e gestores que deram a sua opinião sobre a clareza e compreensão, sobre a ordenação das perguntas e sobre o conteúdo e composição do questionário.

Na sua versão revista por estes colaboradores, o questionário ficou constituído pelas mesmas sessenta e seis (66) perguntas nas quais permaneceram incluídas dezoito (18) com objectivos de caracterização da amostra, especificamente: (a) quanto à idade, género, profissão e, dentro desta, a área de actividade; (b) ao número de anos de experiência profissional; (c) ao curso de formação frequentado e nível habilitacional, eventualmente pós-graduado; (d) ao vínculo contratual e natureza jurídica da organização em que exerce.

O pormenor com que se inquiram as características da amostra foi introduzido dada a heterogeneidade conhecida que perpassa o universo em estudo especialmente no que toca à sua formação de base, que varia com o modelo de ensino disponível à data da frequência, e à diversidade de áreas de actividade existentes mesmo dentro de uma mesma profissão.

O estudo de dados em matéria de variedade de vínculos contratuais e instituições em que os profissionais exercem tem relevância para a avaliação da penetração da, denominada, «promiscuidade» entre sector público e privado nestas áreas de actividade, uma vez que é presumível que muitos dos PTS exerçam a sua profissão em pluriemprego e diversos regimes de trabalho.

Também se aspira a detectar se está estabelecida alguma distribuição, nomeadamente etária, por profissão ou área de actividade, no nível académico frequentado, isto é, se há estratos de profissionais que tendam a prosseguir estudos mais do que outros.

Finalmente, foram introduzidas duas questões – mantidas na versão final em cuja ordenação têm os números 43 e 44 – com o intuito de estimar da apetência pelo associativismo profissional e do desejo de permanência, ou abandono, da profissão a fim de observar do espírito de corpo que estes profissionais demonstram e da sua identificação com os saberes que exercem e a função social que cumprem (Rodrigues, 2002).

O co-orientador deste trabalho aduziu a sugestão, acolhida, de retirar a expressão dos títulos dos blocos, ainda que não a estruturação homogénea em capítulos, por forma a não orientar as respostas ou condicionar os respondentes. O formulário final mantém esta recomendação de estruturação do encadeado de questões sem enunciação dos subconjuntos que, de facto, o compõem.

Nesta fase do processo de validação do instrumento de análise, todos os peritos integrantes do painel responderam ao questionário na presença do investigador que não se inibiu de suscitar apreciações quando o considerou conveniente e, também, cuidou de anotar os seus comentários e juízos de valor para poder aquilatar da inutilidade e conformidade das perguntas e balizar a manutenção, ou exclusão, da questão no instrumento resultante.

A apresentação e fundamentação das opções tomadas sobre a forma e conteúdo do instrumento serão feitas, primeiramente, pelas suas relações conceptuais e de objectivo de investigação. Secundariamente, e após a análise de um conjunto de questões relacionadas,

reinicia-se o trabalho na questão suspensa, e suas correlacionadas, até à exposição da sua totalidade.

Optámos por este método de análise e apresentação pois que dessa forma sobressaem possíveis redundâncias, repetições, incorrecções técnicas e semânticas permitindo o discernimento e a fundamentação das opções de manutenção, reformulação ou exclusão.

Assim, a versão sujeita ao painel de peritos ficou constituída pelas seguintes perguntas:

1 – O trabalho dos Profissionais das Tecnologias da Saúde (PTS) está subordinado ao controlo da medicina

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

Esta questão foi colocada com o objectivo de inquirir da posição profissional dos PTS e relaciona-se com as questões 3, 5, 10, 18 e 20 sendo que estas três (10, 18 e 20) se preocupam mais com a sua consolidação do que com a sua natureza que é o objectivo da presente pergunta e das 3 e 5.

Porém na questão **1**, e por essa razão abre o questionário, a formulação transcreve a construção social vigente sobre as profissões das TS e inquire da percepção que os PTS têm sobre esse conceito socialmente confirmado.

A pergunta é, deliberadamente, de cariz provocatório na conjuntura presente, quer pela situação político-sindical actual e pelas aspirações autonómicas dos PTS, quer pelo que concerne as vertentes mais sociológicas, como as fronteiras entre jurisdições profissionais e o estado de consolidação das identidades profissionais, ou mais históricas, como as que determinam o desenvolvimento de capacidades e competências via formação e a possibilidade da sua demonstração no exercício profissional, questões candentes no quotidiano organizacional.

O seu posicionamento como questão de abertura do instrumento também não foi anódino e teve em vista suscitar a expectativa sobre o conteúdo do restante questionário que, com esta formulação se anunciou que viria a ter um desenho polémico e, assim, induzir o interesse em se pronunciar.

As questões que foram postas perante esta pergunta incidiram, essencialmente, sobre duas palavras contidas na sua formulação: «controlo» e «medicina».

E isto porque, se muitos PTS exercem ainda com sujeição hierárquica aos médicos, a extensão do âmbito da inquirição à medicina, como realidade sociológica, com o seu cortejo de significâncias – de entre as quais, e não menor, é a da universalmente adoptada hegemonia da medicina na saúde – deixou os respondentes um pouco perplexos.

Porém, é objectivo do trabalho, também nesta fase, a problematização e a colocação de questões que causem reflexão posterior e reformulação de pensamento, e paradigmas, tendo em vista os objectivos paralelos e implícitos deste estudo.

Todos compreenderam o alcance da pergunta e responderam em conformidade não sem primeiro terem relevado a probabilidade de, num preenchimento não acompanhado, os resultados serem enviesados pela ambiguidade induzida pelo uso do conceito alargado de medicina e não se ater à imediata, e prevalecente, racionalidade.

Também a palavra «controlo» gerou idênticos reparos, com resultado diverso, já que a opinião generalizada é a de que o trabalho não se realiza sob o controlo mas em complementaridade com o dos médicos.

Esta asserção denota que os profissionais poderão estar já a orientar as suas acções segundo um outro paradigma, fundado na autonomia e interdependência dos exercícios profissionais e a consequente denegação das tradicionais linhas hierárquicas.

Além disso, deve notar-se que os PTS das áreas das terapias (fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala), por um lado, exercem a sua actividade de forma praticamente autónoma em relação à medicina quer por o seu exercício se desenvolver essencialmente nos cuidados de saúde continuados ou comunitários, quer por conta de outrém quer mesmo em regime de trabalho liberal, e sempre com muito menor dependência nas organizações hospitalares (Estevão, 2006).

Por outro lado, a génese da sua formação foi a constatação de uma necessidade cuja resolução não foi cometida ao Estado durante décadas, ou porque o seu exercício profissionalizado precedeu a dos médicos fisiatras, ou ainda, pela assimetria numérica que existe entre uns e outros ou, também porque as técnicas e métodos aplicados foram fundamentalmente criados e desenvolvidos por terapeutas (Coutinho, 2003; Vital et al., 2006).

A sua posição profissional está notoriamente mais consolidada que a da generalidade dos outros PTS o que se revela pela reivindicação, há anos mantida embora hoje ainda a aguardar decisão política, de constituição de uma Ordem Profissional exclusiva.

Por tais motivos, é expectável que esta pergunta **1** obtenha respostas estratificáveis por profissão ou, pelo menos, estabeleça uma diferença significativa entre as profissões das áreas diagnósticas e as das áreas terapêuticas.

Daqui decorre uma interrogação que esta questão **1**, quando cruzada com a questão de caracterização biográfica correspondente, poderia permitir esclarecer: a autonomia do exercício varia com a área profissional e, dentro desta, com a maior ou menor inserção em estruturas hospitalares?

Seja como for, o resultado procurado nesta fase do estudo foi alcançado e o instrumento final será modificado em conformidade com as recomendações para o adequar à racionalidade vigente e ao momento da aplicação do instrumento.

A pergunta **1**, com a mesma escala de resposta, tomará assim a fórmula: «Actualmente, o trabalho dos Profissionais das Tecnologias da Saúde (PTS) está subordinado ao controlo dos médicos».

Duas outras questões em análise iam formuladas como segue e do objectivo da sua inserção está dada nota na página 57 embora aqui se reiterem e aprofundem:

3 - Para aumentar a sua autonomia, as profissões das Tecnologias da Saúde (TS) necessitarão de afastar-se mais do campo médico e especializar-se fundamentalmente nos domínios técnicos e científicos da sua profissão

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

5- A função central do PTS é realizar os exames prescritos por médicos

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

A questão **3** relaciona a autonomia no exercício profissional com os factores condicionantes de diferenciação interna às profissões que determinam a consolidação jurisdicional e a sua fixação, jurídica e socialmente, dos quais o estabelecimento de uma identidade grupal é um factor preponderante (Tavares, 2007), enquanto a questão **5**, por seu turno, aplica a percepção socialmente consolidada das profissões para aferir da atitude que os PTS manifestam quanto a essa construção social.

No instrumento final a questão **3** apresenta uma enunciação que mantém o seu sentido embora, acolhendo sugestões, com alteração de forma: «Para aumentar a sua autonomia, as profissões das Tecnologias da Saúde (TS) necessitarão de afirmar espaço próprio no campo biomédico e especializar-se fundamentalmente nos domínios técnicos e científicos da sua profissão». A questão **5** mantém-se sem variação.

A questão **10** – que na versão final toma o nº **8** – foi elaborada com o objectivo de saber qual a percepção do respondente quanto à consolidação da jurisdição profissional, pela via do aumento da qualificação académica, nos vários grupos sociais com que se confronta na sua actividade e a questão **18** – que recebe, no final, o nº **15** – releva essa mesma qualificação para a diferenciação do estatuto dentro das OSS, condição sociológica para a consolidação da jurisdição profissional.

10 – Na minha opinião, a licenciatura exigida para o exercício em TS elevou o prestígio profissional dos PTS junto de:

Opinião pública	Sim	Não
Médicos	Sim	Não
Enfermeiros	Sim	Não
Outros Técnicos Superiores de Saúde	Sim	Não
Doentes	Sim	Não
Outros profissionais de Saúde	Sim	Não
Gestão da Instituição	Sim	Não
Poder Político	Sim	Não

18 - Só uma pessoa qualificada por uma escola superior detém os conhecimentos necessários ao exercício nas áreas das TS

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

A pergunta que mais comentários, dúvidas e pedidos de esclarecimento suscitou foi a pergunta nº **20**, qualificada como tendo uma formulação “complicada” e “não está bem formulada” ou o comentário “não percebo muito bem”. Mereceu sugestões de “tirar” e “reformular”, embora também merecesse o epíteto de “clara”.

Foram oferecidos esclarecimentos que consistiram na explicação de que “se inquire das consequências «na prática» do aumento da escolaridade e inclusão num modelo alargado, genérico e europeu de formação, isto é socialmente comparável e padronizado”.

A pergunta em causa estava formatada no seguinte modelo:

20 - A implementação do modelo de Bolonha ao ensino das profissões das TS, nomeadamente, a adopção da duração de 4 anos para os cursos, e de 240 ECTS (European Credit Transfer System), tem consequências no reconhecimento social dos PTS

	Nenhumas	Poucas	Algumas	Muitas
Da importância dos contributos específicos destes profissionais para a saúde das pessoas				
Da qualificação detida				
Da competência demonstrada				
Da complexidade das tarefas desempenhadas				
Da especificidade das tarefas desempenhadas para o sistema de saúde				
Integração no nível profissional dos Técnicos Superiores de Saúde				
Estatuto remuneratório compatível com a qualificação superior				
Maior autonomia no exercício profissional				
Possibilidade de prosseguir estudos especializados				

Para fundar a opção tomada acerca desta pergunta decidimos, pela riqueza de conteúdo dos comentários aduzidos pelos integrantes do painel, citar os mais ilustrativos e excepcionalmente fazer uma sucinta análise das respostas pois que nos pareceram significativas.

Após os esclarecimentos e apesar das dificuldades, os peritos acharam ser matéria de pertinente avaliação pelo que fizeram questão de manifestarem a sua posição até porque, unanimemente, consideram que a adopção do modelo de licenciatura em 4 anos (240 ECTS) para a formação inicial para as profissões das TS “tem reflexos porque é uma grande mais-valia” e, mesmo, que a pergunta deveria ser acrescentada com “o factor gestão/direcção de serviço” considerado em falta.

Um dos peritos acrescentou mesmo que “as pessoas reconhecem a competência mas não associam ao facto de ter uma licenciatura subjacente. E também sabem que tivemos que estudar porque o que fazemos não é de «auxiliar»”.

As poucas divergências surgidas prendem-se com as expectativas negativas no que diz respeito ao estatuto remuneratório e integração no nível profissional de técnico superior de saúde. Contudo, poderia ver-se como estranha esta posição já que essa decisão está tomada, e reiterada, pelos decisores políticos e o nível remuneratório se prende directamente com ela.

Todavia, torna-se compreensível a cautela evidente, no momento em que as respostas foram obtidas, dado a operacionalização dessa decisão política estar adiada por razões de estratégia financeira, ligadas à conjuntura de crise económica global em que todos mergulhamos, e dado o ciclo político estar no seu final, não sendo previsível qual a orientação que se seguirá no curto prazo.

Quanto a uma resposta de «nenhumas» consequências na «maior autonomia no exercício profissional» parece-nos ser devida à área de actividade em que o respondente exerce que está, há muito, sob o jugo férreo de profissionais com jurisdição muito consolidada e dominância tradicional na área de actividade – farmacêuticos – e que manifestam grande resistência ao célere desenvolvimento que os PTS têm vindo a alcançar nas últimas décadas e, mais ainda, no momento em que é de crer que a decisão política seja no sentido de contrariar a aspiração daqueles profissionais de negociarem uma carreira especial, e exclusiva, na Administração Pública.

Dessa decisão resultará serem os anteriores técnicos de farmácia integrados na mesma carreira que os farmacêuticos. A consequência será a supressão, por inútil, da anterior hierarquia em que estes eram os superiores hierárquicos daqueles. Obviamente, ninguém gosta de perder dominância ou poder, porém só o futuro dirá como irão os farmacêuticos conseguir induzir decisões políticas bastantes para que após a mudança tudo fique na mesma. Para já obtiveram a condição de admissão à profissão com «mestrado integrado» modelo de formação que as sucessivas declarações de política europeia adiantam como potenciais e que foi preceituado na ordem jurídica portuguesa através do DL n.º 74/2006, de 24 de Março¹⁹.

¹⁹ Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 13.º a 15.º da Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro – Lei de Bases do Sistema Educativo, alterada pelas Leis n.ºs 115/97, de 19 de Setembro, e 49/2005, de 30 de Agosto. O Dec-Lei n.º 74/2006, por sua vez, está já alterado pelo Dec-Lei n.º 107/2008, de 25 de Junho e pelo Dec-Lei n.º 230/2009, de 14 de Setembro.

Uma outra resposta de «nenhumas consequências» quanto ao reconhecimento das qualificações detidas, das competências demonstradas e da complexidade das tarefas foi dada por um perito cuja opinião é a de que se trata de factores pouco visíveis socialmente pelo que nelas não surtirá qualquer efeito o aumento da duração da formação.

De facto, e no posterior tratamento e codificação das respostas do painel, verificou-se a grande complexidade que a formulação da pergunta lhes imprimiu sendo forçosa a constatação da necessidade da sua reformulação que poderia passar pelo seu desdobramento em várias questões.

Porém, dada a extensão do questionário essa solução não nos pareceu apropriada, mesmo se esta problemática não se espelha em nenhuma outra pergunta, pois que a diversidade de dimensões e a heterogeneidade de conceitos nela incluídos recomendava ao seu desdobramento em nove ou dez outras, tantas quantas as dimensões em estudo.

Por este conjunto de razões, optou-se por retirar a pergunta não sem, antes, fazer uma análise das respostas dos peritos as quais se concentraram quase totalmente na opção «muitas» significando considerarem que a posição profissional sai consolidada com o aumento de duração da licenciatura, aliás, em consonância com a argumentação produzida nos relatórios periciais informadores da decisão ministerial que firmou o modelo aquando da implementação do Processo de Bolonha e sua adaptação à formação para estas profissões (Lopes et al., 2004; Lourtie e Pinto, 2004).

O resultado procurado nesta fase do estudo foi alcançado e o instrumento final será modificado em conformidade uma vez que numa fórmula talvez menos ambígua não inquiriria a mesma relação sociológica, nem a mesma questão de GRH, posto que as aspirações de autonomização profissional e aplanamento hierárquico, sempre introduziriam vieses nos resultados tornando-os inconclusivos.

Na sequência, a questão 20 é retirada, não só por motivo de sobrecarga do instrumento e divergência com os objectivos do estudo, mas também porque foi a pergunta que suscitou maiores dúvidas quanto ao inquirido e à sua formulação e porque a evolução da conjuntura sociopolítica entretanto verificada a torna despicienda.

E assim é porque a final se pretendia analisar, uma vez mais a consolidação da posição profissional através de uma dimensão – modelo de formação – que é facto consumado e cujas repercussões são já manifestas no reconhecimento verificado na negociação de um novo estatuto legal de carreira em curso.

Posto isto, prosseguimos com as perguntas cuja avaliação está suspensa.

A questão **2** tem como objectivo avaliar da percepção dos respondentes quanto à sua diferenciação profissional e relaciona-se directamente com a questão **4** a qual, ainda que indirectamente, afere da consistência daquela resposta embora centrando-se na importância das competências adquiridas por via da formação.

2 - Os PTS têm que centrar-se na dimensão técnica mais do que na relacional

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

4 - O aumento de formação dos PTS no domínio das ciências sociais valoriza o exercício profissional

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

As questões **6** e **7** averiguam das fronteiras entre profissões da saúde, sendo que a resposta à segunda é dependente da primeira.

6 - Algumas das actividades que realizo deveriam ser da competência de outro profissional de saúde

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

7 - Se concorda, parcial ou totalmente, indique algumas dessas actividades e qual o profissional que deveria realizá-las (TSS, secretária de unidade, AAM, médico ou enfermeiro)

As questões **8** e **9** inquiriam da concretização das expectativas e da aplicação de conhecimentos adquiridos no exercício profissional e estavam formuladas como segue:

8 - A minha vivência profissional tem permitido concretizar a concepção que tinha sobre a profissão quando a iniciei

Nada	Muito pouco	Parcialmente	Quase totalmente	Totalmente

9 - O trabalho que realizo permite-me aplicar a maioria dos conhecimentos que adquiri durante a minha formação para a profissão

Nada	Muito pouco	Parcialmente	Quase totalmente	Totalmente

Todavia, ainda que incluídas na versão sujeita ao painel, serão retiradas para o instrumento definitivo dado que: (a) ambas obtiveram apreciação sempre positiva; (b) a grande extensão do instrumento; (c) mas, e sobretudo, devido à dispersão introduzida pelo conceito de expectativas e à não conformação total aos objectivos específicos desta Tese.

A questão 12 inquiria da atitude face à organização do trabalho e, ainda que a sua inclusão inicial nos parecesse adequada, decidimos retirá-la do instrumento final pelas mesmas razões que fundaram a decisão sobre as perguntas 8 e 9 e porque não traz dados que acresçam valor ao tema em análise. Estava enunciada da forma seguinte:

12 – A forma como está organizado o trabalho dos PTS, no meu local de trabalho

	Totalmente desadequada	Parcialmente desadequada	É-me indiferente	Parcialmente adequada	Totalmente adequada
Quanto à divisão de tarefas					
Quanto à divisão de responsabilidades					

A pergunta **11** inquire do desenvolvimento profissional através da autonomia percebida no seio dos grupos de trabalho e dentro da tecnoestrutura, especificamente, de que forma as práticas de GRH em uso, nos locais de trabalho – isto é, a um nível micro de análise – incentivam o desenvolvimento profissional e a autonomia de exercício dos PTS.

Esta pergunta justifica-se dada a imensa fragmentação estrutural constatada nas OSS e a preponderância do nível micro das práticas com marcados efeitos na diferente autonomia com que a profissão é exercida em contexto e na correlacionada diferenciação. No instrumento final recebe o nº **9**.

11 - Considero que, no meu local de trabalho, os PTS são incentivados a

	Nunca	Rara mente	Por Vezes	Quase Sempre	Sempre
Procurar aprofundar os seus conhecimentos profissionais					
Realizar trabalho de investigação					
Sentir-se individualmente responsáveis pela qualidade dos resultados					
Participar na concepção das formas mais adequadas de organização do trabalho					
Trabalhar em articulação com os profissionais de outras unidades funcionais					
Assegurar a autonomia das suas competências específicas face ao campo de competências dos outros profissionais					

A pergunta **13** – que finalmente tem o nº **10** – examina a interdependência assumida pelos PTS entre o seu trabalho e o dos restantes profissionais de saúde.

13 - O trabalho dos PTS é independente do trabalho dos outros profissionais de saúde

Nada	Muito pouco	Parcialmente	Quase totalmente	Totalmente

As perguntas **14**, **15**, **16** e **17** inquiram da diferenciação das várias dimensões que compõem o exercício profissional: a natureza do trabalho; os saberes técnicos; os conhecimentos; e as competências que, em conjunto com o controlo do exercício, a insubstituibilidade e a legitimação (Rodrigues, 2002; Carapinheiro 2005) constituem as condições sociológicas de profissionalização. Na ordenação finalizada aparecem com os nºs **11**, **12**, **13** e **14**.

Optou-se aqui por separar, ainda que em configuração semelhante, o trabalho e as várias dimensões – técnicas, conhecimento subjacentes e competências mobilizadas – necessários para um exercício capacitado.

14 - O trabalho dos PTS é diferente do trabalho dos outros profissionais de saúde

Nada	Muito pouco	Parcialmente	Quase totalmente	Totalmente

15 - Os saberes técnicos que um PTS tem que aplicar na sua actividade profissional são diferentes dos de qualquer outro profissional de saúde

Nada	Muito pouco	Parcialmente	Quase totalmente	Totalmente

16 - Os conhecimentos que um PTS tem que dominar para exercer correctamente a sua actividade profissional são diferentes dos de qualquer outro profissional de saúde

Nada	Muito pouco	Parcialmente	Quase totalmente	Totalmente

17 - As competências que um PTS tem que demonstrar na sua actividade profissional são diferentes das de qualquer outro profissional de saúde

Nada	Muito pouco	Parcialmente	Quase totalmente	Totalmente

As perguntas **19** e **21** – que tomam os nºs **16** e **17**, respectivamente – indagam da instrumentalidade de que a profissão se reveste para os PTS através da satisfação sentida e da importância atribuída a vários factores reconhecidos na literatura como mediadores desta dimensão.

19 - Em que medida os seguintes factores contribuem para a minha satisfação, ou insatisfação, com a profissão

	Muita insatisfação	Alguma insatisfação	Indiferente	Alguma satisfação	Muita satisfação
O tipo de horário					
Remuneração					
Contacto com os doentes					
Contacto com outros profissionais de saúde					
Ter que assumir responsabilidades					
As competências que permite desenvolver					
Reduzido risco de desemprego					
Poder contribuir para o bem-estar dos outros					

21 - O mais importante no meu trabalho é:

	Nada	Pouco	Relativa mente	Muito	Fundamental
O conteúdo do trabalho					
A relação com o doente					
As tarefas que realizo					
Os conhecimentos que aplico					
A autonomia com que exerço					
A relação com os meus colegas					
A relação com outros colaboradores da Organização					
O reconhecimento da importância das minhas funções					
A avaliação de desempenho que obtenho					
A tecnologia em uso no meu serviço					

As perguntas **22, 23, 24 e 25** – que, necessariamente, vêm a sua numeração variar para **18, 19, 20 e 21** – perscrutam da relevância do trabalho dos PTS para o cliente externo e para vários clientes internos visto que esta dimensão dá a medida da integração destes profissionais no Sistema e tomam, como as anteriores 14, 15, 16 e 17 uma forma semelhante entre si para realçar a sua interrelação e a cobertura do campo de análise a 360°.

22 - Penso que os doentes atribuem ao trabalho nas áreas de diagnóstico e terapêutica

Nenhuma importância	Pouca importância	Relativa importância	Bastante importância	Muita importância

23 - Penso que os outros profissionais de saúde atribuem ao trabalho nas áreas de diagnóstico e terapêutica

Nenhuma importância	Pouca importância	Relativa importância	Bastante importância	Muita importância

24 - Penso que os médicos atribuem ao trabalho nas áreas de diagnóstico e terapêutica

Nenhuma importância	Pouca importância	Relativa importância	Bastante importância	Muita importância

25 - Penso que a gestão de topo da organização atribui ao trabalho nas áreas de diagnóstico e terapêutica

Nenhuma importância	Pouca importância	Relativa importância	Bastante importância	Muita importância

E com esta pergunta fica finalizada a caracterização do trabalho em Tecnologias da Saúde, de forma exaustiva.

Com as treze (13) questões seguintes pretendemos inquirir da posição dos profissionais em relação às matérias de Gestão de Recursos Humanos nomeadamente: da sua consulta nestes assuntos – perguntas **26, 27, 28** – e da sua representação nos níveis de gestão de topo da organização – **44, 45 e 46** – e, portanto do nível de integração desejado – com numeração final **22, 23 e 24** e, também, **32, 33 e 34**; da necessidade de formação pós-graduada para funções de gestão dando nota do desenvolvimento profissional alcançado – pergunta **29**, renumerada **25**; e, do auto-conceito quanto à preparação actual dos PTS para funções de gestão – pergunta **30**, no final ordenada com a posição **26**.

26 - A GRH deveria consultar os PTS em tudo o que respeite as tecnologias de diagnóstico ou terapêutica

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

27 – Deveria haver um representante permanente dos PTS na gestão da organização

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

28 – Deveria ser obrigatória a constituição, e funcionamento, de um Conselho das Tecnologias da Saúde que integrasse representantes das várias áreas de actividade em TS

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

29 – Para exercer cargos de gestão intermédia (coordenação) deveria ser obrigatório ter formação pós-graduada em gestão

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

30 – Os PTS estão preparados para participar na orientação e gestão de serviços lado a lado com outros profissionais

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

Ainda neste grupo de perguntas, que se preocupam com os PTS e a GRH, incluímos 5 outras questões – perguntas **31, 32, 33, 34 e 35** com numeração final de **27, 28, 29, 30 e 31** – que, directamente derivadas de afirmações feitas pelos participantes no painel de peritos inicial, intentam analisar a forma como os PTS vêm a actual conjuntura organizacional e os paradigmas que enformam a GRH.

31 – As diferentes e diversas profissões das TS devem ser encaradas pela Gestão como integrantes de uma rede de cuidados de saúde

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

32 – As diferentes e diversas profissões das TS realizam contribuições complementares na criação de valor para o cliente

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

33 – A integração em rede implica tratamento como par e igual, no respeito pelo saber próprio de cada profissional e pelo seu contributo para a eficácia global do cuidado de saúde

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

34 – Entendo o processo do cuidado em saúde como um *puzzle* com peças diferentes mas perfeitamente ajustáveis e não como fragmentado

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

35 – Com as direcções de serviço enraizadas nas suas «quintas e quintinhas» duvido que o paradigma de gestão venha a ser alterado algum dia

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

37 – Os cursos das TS não devem perder a sua individualidade porque cada um se funda em saberes específicos

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

38 – As competências e capacitação dos PTS são essenciais e perfeitamente adequadas às necessidades em saúde das Pessoas

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

39 – O que no futuro virá a pesar é a forma como cada profissão for capaz de consolidar a sua identidade

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

40 – Faz todo o sentido trabalhar as profissões em *clusters* (agrupamentos) estruturados por ciências fundamentais

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

41 – A formação pode consistir num “tronco comum”, seguido de especialização

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

42 – As profissões das TS devem continuar a organizar-se como um só grupo

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

43 - Os PTS detêm competências adequadas para fazer face aos desafios que se colocam na área da saúde, nomeadamente uma orientação cada vez maior para a educação para a saúde e sua promoção e para a prevenção da doença, junto das comunidades

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

É expectável que também os resultados nestes itens apresentem estratificação quando cruzados com as variáveis de caracterização sócio-demográfica, o que será interessante de analisar para estudo de um estatuto social subjectivo o qual permitirá ponderar das razões subjacentes a comportamentos e atitudes prevalecentes neste grupo profissional, dentro e fora das organizações.

O questionário termina com as perguntas de caracterização da amostra já apresentadas na página 56, e fica composto por um total de sessenta e uma (61) perguntas distribuídas por quatro grupos, não explicitados mas anteriormente explanados, como segue:

- I. Caracterização do trabalho em TS, composto pelas primeiras vinte e uma (21) perguntas quando inicialmente era composto por 25;
- II. Os PTS e a GRH, com treze (13) perguntas, que era constituído por 10 questões;
- III. O futuro das várias profissões das tecnologias da saúde, composto por dez (10) perguntas, quando tinha 8;
- IV. e, Um conjunto de dezassete (17) perguntas recolectoras de informação dos atributos sócio-demográficos do participante, que englobava 23.

Deste trabalho de validação resultou uma maior adequação aos objectivos que o instrumento se propõe alcançar, uma maior coerência interna e uma fluidez propiciadora de uma eficaz inquirição do estado actual de desenvolvimento das dimensões natureza e consolidação da posição socioprofissional das profissões das tecnologias da saúde, desenvolvimento profissional nas suas vertentes autonomia, adequação da formação, integração e diferenciação e, por fim, interdependência e importância das tarefas realizadas no sistema de saúde, sempre enquadrado no apuramento do actual estatuto social subjectivo destas profissões.

Naturalmente, e porque neste trânsito do questionário se trata de inquirir da opinião dos participantes, na ideia de encontrar pontos de consenso ou, pelos menos, óbvia concordância, com a finalidade de avaliar a adequação das perguntas e formulação do instrumento para propiciar o alargamento da sua aplicação a uma amostra o mais possível representativa do universo que se quer analisar, as percepções e afirmações dos respondentes foram apontadas e levadas em consideração na elaboração do instrumento final.

No intuito de permitir a apreciação da oportunidade e relevância do estudo que se leva a efeito e da adequação do instrumento construído, anotam-se algumas das apreciações proferidas.

Assim aponta-se que nenhum dos peritos achou o questionário muito longo e que, na generalidade, avaliaram as questões como sendo “aquelas que é necessário fazer na actual conjuntura”.

Também foram unânimes na opinião declarada de que era pertinente e muito oportuno o estudo presente, quer pelo conteúdo, quer pelo objectivo, quer pela conjuntura de mudança dos regimes de trabalho, revisão do estatuto profissional e de reforma da Administração Pública em geral com vista à sua «modernização».

Nesta reforma inclui-se o processo, em curso, de implementação de diferentes estratégias e práticas de gestão nas OSS (Organizações dos Serviços de Saúde) com as consequentes alterações nas orgânicas, inter-relações e complementaridades institucionalizadas. Estes factores são objecto da análise teórica que funda o trabalho empírico.

Os peritos demoraram entre 26 e 60 minutos a responder, manifestamente mais na dependência dos comentários que entenderam aduzir, indo ao encontro do solicitado pela investigadora nas palavras introdutórias, do que pelas dificuldades intrínsecas ao tema.

A ordenação pela qual os itens estão apresentados não suscitou quaisquer reparos de correcção antes pelo contrário, quando inquiridos, opinaram que a sequência se apresentava lógica e adequada.

Um óbice que, genericamente, foi surgindo foi o de a resposta determinar uma colocação perante a matéria indagada umas vezes como profissionais de uma determinada área de actividade, e outras como integrantes de um grupo profissional. Tal embaraço dissolveu-se após o esclarecimento de que dado o facto de se analisar um conjunto heterogéneo de profissionais era, por um lado, impossível manter as perguntas todas no mesmo nível, sob pena de restringir o campo de análise.

Por outro lado, a diversidade de perspectivas é procurada e muito importante pois revela, exactamente, uma das dimensões características da integração, a pluralidade no todo grupal.

E, com estas cautelas, o instrumento toma, na sua versão final que se dá à apreciação como resultado do trabalho investigativo, a forma e ordenação das perguntas que consta do anexo III.

Foi, também inserida a necessária introdução explicativa dos objectivos e importância do trabalho, e da colaboração, e um agradecimento final pela cooperação.

Este instrumento, caso pudesse alargar-se a sua aplicação a outras amostras, por exemplo, de profissionais de saúde não integrantes do grupo de PTS ou da população em geral, ou ainda de um grupo de gestores de OSS, e fazer o cotejo com o entendimento expresso pelo grupo de PTS respondentes a este questionário, poderia dar resultados interessantes sobre a validade das percepções e orientar para objectivos mais consentâneos com a realidade social, e assim encetar vias mais céleres para futuros mais profícuos.

Finalmente, este questionário configura-se como um instrumento precursor para o levantamento e futura análise da conjuntura socioprofissional em que os profissionais das TS laboram.

CONCLUSÃO

Este trabalho constitui-se, afinal, como um ensaio germinal. O instrumento construído, quando aplicado ao universo dos profissionais, permitirá desenvolver indicadores de caracterização das profissões das Tecnologias da Saúde concretos, actualmente inexistentes, e favorecerá o conhecimento da realidade organizacional no que a estas áreas de actividade concerne, nomeadamente, possibilitará a aferição do estado de desenvolvimento socioprofissional e o estudo de zonas de fronteira de actividade.

Neste passo facilitará a tomada de uma base mais científica para a empiria e a casuística que actualmente fundam o pensamento sobre estas profissões e, assim, possibilitará a fundamentação de práticas de GRH efectivas e proffcuas.

“O trabalho do gestor foi tradicionalmente entendido como uma actividade de controlo. Mas a natureza do trabalho e das organizações mudou. As pessoas também são hoje diferentes das de outrora – outra formação, outra informação, outros anseios. [...] Gerir passa a ser a capacidade de facilitar o alcance dos objectivos da organização e da sociedade **através** das pessoas e **com** as pessoas – e não **apesar** das pessoas, tal como sugeriam as filosofias de gestão tradicionais, que enfatizavam a natureza indolente e irresponsável dos seres humanos. A boa gestão deixa de ser um acto de controlo para passar a ser um exercício de sabedoria [...]. O gestor sábio é um facilitador do desenvolvimento individual e organizacional – e não mais o chefe que se encara a si próprio como dotado de alguma excepcionalidade ou superioridade sobre os seus colaboradores.”

(Rego et al, 2007:467 - negritos dos autores, sublinhados nossos)

Não um só gestor, antes uma equipa deles, reunindo várias bases de saber. E – porque não? - alguns oriundos das profissões de saúde para contribuir com as suas especificas sensibilidades para as soluções. A gestão, como a saúde, já não é uma actividade de um só perito, antes tem que ser levada a cabo com base numa negociação partilhada para uma decisão acertada.

Em saúde não só os políticos se têm demitido das suas atribuições e obrigações, também os gestores se têm inibido de fazer aplicar os procedimentos necessários à organização do caos que a diversidade de «saberes e poderes no hospital» instituiu. O Hospital, por isso, tende a desagregar-se em prejuízo dos que a ele recorrem e, a final, de todos os intervenientes.

O facto de o Hospital ser, pela sua natureza e pela fundamental prestação de serviço que aí se realiza, uma organização tendencialmente perene não obsta a que a sua não integração num todo de pares, e alinhamento estratégico recentrado na sua efectiva missão, leve à sua total e irreversível atomização.

Para que um Hospital seja a organização real, que não é, há que coordenar os vários grupos de profissionais que aí labutam para um nível de integração de complexidade mais elevada. Criar um corpo, não do grupo, como se verifica, pois esse não é mais que um órgão, mas do todo organizacional em que, Pessoas, grupos – não há equipas reais nos hospitais, apenas equipas retóricas – serviços, unidades clínicas, vivam e trabalhem para um mesmo e único objectivo: resolver os problemas de saúde dos seus doentes-convidados.

Para isso, o novo paradigma que a empresarialização e a contratualização vieram introduzir, com as suas diferentes tácticas de GRH, tem um longo caminho a percorrer. Não basta ter vontade e trabalhar muito, não basta introduzir uma nova linguagem. É um primeiro passo, que tem que ser dado generalizadamente, mas há, ainda, que desmontar os valores vigentes e recentrar, colectivamente, dirigentes e actores organizacionais nos valores veiculados pelas designações introduzidas, empenhá-los na tomada em posse e implementação desses valores para catalisar os recursos que, potenciais, estão na estrutura. Há, portanto, que fazer emergir as competências diluídas no colectivo fornecendo um projecto institucional agregador, e uma missão integrativa, a perseguir e a possibilidade da sua partilha entre todos, sem distinções.

Para tal alcançar, há que fazer uma GRH centrada na coordenação de “pilares” com capacidade de liderança. Para que estes possam emergir do seio em que se escondem há que activar a comunicação intergrupar, democratizar o conhecimento e estimular as autonomias individuais, instaurando a confiança. Para que a competição entre pessoas, que agora vigora exclusivamente, possa temperar-se com cooperação para um objectivo matricial, organizador, há que transformá-la em «coopetição». E, também, compreender onde se situam os pontos nodais para aí se aplicarem mecanismos de regulação preventivos da desagregação (Gratton e Truss, 2003).

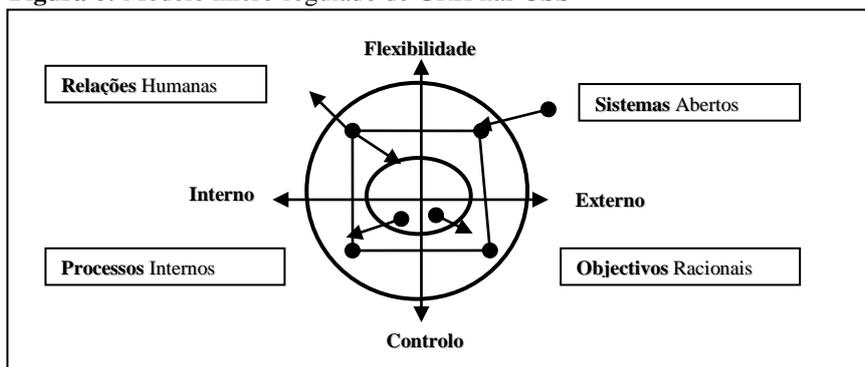
No seu acervo de saberes teóricos e nas práticas que lhes são inerentes, os Gestores de RH detêm as ferramentas e os instrumentos apropriados à boa gestão desta complexa realidade humana. Será talvez necessária uma ponderação das ideologias fundadoras das posturas dos vários actores nas organizações de saúde e uma nova forma de olhar estes problemas a nível de uma gestão política (Oliveira e Holland, 2007), não dos políticos que estabelecem as leis,

mas dos economistas e dos gestores cujas pesquisas os iluminam. Como diz um slogan actual “não desista. Somos todos precisos ”para a saúde da Saúde!

O que une os diferentes níveis de organização biológica é a lógica própria da reprodução. O que os distingue são os meios de comunicação, os circuitos de regulação, a lógica interna, próprios de cada sistema. (Jacob, 1985: 288). Em suma, a variação das sociedades e dos grupos sociais dentro delas, vem assentar numa evolução semelhante à das espécies.

Neste espírito, os Hospitais poderiam vir a ser organizações correspondendo a um modelo micro-regulado em que as relações humanas seriam paritárias e de confiança, os processos internos consensualmente controlados, os objectivos colectivos e matricialmente programados, permitindo a abertura do sistema e a centragem no “doente-cliente-utente”, isto é, no seu convidado. Esta ideia, fundamentada nos estudos iniciais de Quinn (1988), e nos seus subsequentes (Cameron e Quinn, 1999; Cameron et al, 2003, 2006), representa-se na figura 6.

Figura 6: Modelo micro-regulado de GRH nas OSS



Fonte: Cameron e Quinn, 1999; Cameron, et al., 2003, 2006

Para isso, poderia criar-se, nas actuais organizações de saúde, um órgão de apoio à gestão, uma Comissão Consultiva (Antunes, 2001) integrando representantes de todos os grupos profissionais, emergentes destes pelas suas competências de lucidez, capacidade de diálogo e congregação em torno de objectivos, isto é representantes confiáveis, que fosse capaz de observar e pensar o sistema organizacional em cada momento, veicular informação e consensos gerados na organização e, também, promover a comunicação e dinamizar os conhecimentos de onde quer que se encontrem e, assim, catalisar a mudança necessária.

Gerir Recursos Humanos vai muito além de um conjunto de actos de exercício de influência, antes é um conjunto de processos de compromisso das partes.

Por outro lado, estimular os profissionais, organizados em unidade funcional, a adoptar com maior frequência e ânimo, um modelo de Unidades Estratégicas poderia constituir uma alternativa ao gigantismo estrutural (Ghoshal e Grattton, 2002) de alguns dos nossos hospitais, salvaguardando-se, sempre, o papel integrador das actividades, por um conjunto de gestores experientes, das várias Unidades agrupados em «holding» ou agrupamentos, tal como emerge nos CSP, e a regulação dos resultados por parte do Estado como acontece com outras actividades económicas de prestação de bens essenciais às populações.

O estudo realizou-se com limitações que determinaram o curso da investigação, a escolha da metodologia e, conseqüentemente, os resultados. Desde logo, reitera-se que, e porque fulcral, a adopção de um âmbito tão alargado num trabalho de investigação para conclusão de estudos de mestrado se deveu à omissão de assentimento, sobre os requerimentos feitos para esse fim, por parte das duas organizações a quem, em tempo, foi solicitada a colaboração, e permissão, para efectuar os trabalhos de investigação empírica.

Também, e porque não de somenos importância, a novidade do tema e a complexidade do campo de estudo quando aliadas à frustração das tentativas de circunscrição e à turbulência impressa na vida profissional da autora pelas práticas de GRH aplicadas foram determinantes na direcção que os trabalhos cursaram.

Nesta circunstância não nos restava outra alternativa se não a de analisar as questões de GRH das TS com este abrangente âmbito quando a restrição de contorno do trabalho proporcionaria uma menor dispersão de análise pela maior concentração numa só concreta realidade organizacional, sem com isso comprometer o objectivo geral ou as conclusões a extrair.

Em complemento do estudo efectuado e para além daquelas que decorrem directamente da aplicação do instrumento desenvolvido e que se referiram como objectivos implícitos deste trabalho, apontamos algumas pistas de investigação que, a realizar-se alargariam o conhecimento incipiente actualmente detido sobre as profissões das Tecnologias da Saúde: (a) examinar, através da abordagem do poder intraorganizacional, os efeitos da emergência de novos grupos profissionais nomeadamente os que podem ajudar as organizações a lidar com a crescente necessidade de celeridade no processamento de informação como os informáticos; (b) aquelas que, como as profissões das TS, constituem já ameaças à base de poder de certas profissões tradicionais nas organizações hospitalares; (c) determinar os factores de resistência à nova estrutura; (d) considerar como é que os profissionais das TS procuram preservar a sua autonomia e incrementar o controle sobre a sua actividade profissional; (e) estudar a dinâmica

dos grupos de profissionais perante os acontecimentos que limitam a influência dos grupos tradicionais; (f) e, ainda, os factores que provocam a fragmentação em subgrupos de maior especialização e se estes competem entre si por mais recursos e influência.

Uma organização, é um todo de partes em interrelação complexa, tal como um ser vivo só cresce se a interacção for próxima, comunicante, intersubjectiva ainda que objectivável, sempre em regeneração, a meio caminho entre princípios inter-excludentes, percepções dispersas e ambivalentes, isto é, se tender para um equilíbrio dinâmico, em constante comunicação consigo e com todos, dentro e para fora do conjunto, organização, grupo.

Os vectores críticos da GRH, nas OSS traduzem, todos eles, tensões entre dimensões complementares que se acomodam mais no foro da gestão estratégica que no das práticas de gestão. Ainda que estas devam ser seriamente implementadas e rigorosamente controladas, pois que são intermediadas por instrumentos e escalas de medida baseados em critérios claros, simples e realizáveis que possibilitam a reunião de dados e o estabelecimento de indicadores cruciais para a imprescindível constância na mudança.

Contudo, não são estes instrumentos que fazem a mudança da organização antes os conceitos que iluminam a sua construção. E, o ideário é sempre do âmbito da estratégia, a tática é que é operacional. A racionalidade que ilumina a GRH em Tecnologias da Saúde, também ela, deve ser estratégica e não paramétrica, fraccionária, como até aqui.

Não se pode fechar uma organização para a reestruturar. Há, por isso, que reflectir o passado, e romper com ele, para ajudar a configurar o presente e a antecipar o futuro. Resta-nos, por tanto, prosseguir observando, pensar, reaprender e gerir a complexidade em que mergulhamos, «quer queiramos, quer não».

“ O que a saúde em Portugal verdadeiramente precisa é a inovação transposta para a sua gestão, com o objectivo de criar, dentro dos seus serviços e unidades estratégicos, uma efectiva vantagem competitiva, desafiando as ortodoxias, assumindo-se como efectivamente sistémica e assegurando a sua continuidade a longo prazo.”

Carvalho, 2008:102

Muito mais haveria a aduzir a este relatório de estudo para a cabal explicação dos factores conjunturais em saúde e para o estabelecimento de indicadores capazes de os medir. Porém, nos limites impostos, nada mais podemos acrescentar mesmo se nada podemos suprimir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACS, Alto Comissariado da Saúde. (2005). Implementação do Plano Nacional de Saúde: Roteiro Estratégico para a fase II – 2004/2006. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- ACS, Alto Comissariado da Saúde. (2009). Estratégias de Saúde em Portugal – O Plano Nacional de Saúde 2004/2006. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Alvarenga, A., Carvalho, P.S., Escária, S.C. (2007) *Delphi – Método e Aplicações*. Departamento de Prospectiva e Planeamento, Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional, acessido em 27 de Out. 2008, a partir de www.dpp.pt/pages/files/Delphi.pdf.
- Antunes, M. (2001), *A doença da Saúde – Serviço Nacional de Saúde: ineficiência e desperdício*, Lisboa: Quetzal Editores e Fundação Calouste Gulbenkian.
- Areosa, J. e Carapinheiro, G., (2008). Quando a imagem é profissão – Profissões da imagiologia em contexto hospitalar, *Sociologia, Problemas e Práticas* 57, 83-108.
- Bach, S. (2001). HR and New Approaches to Public Sector Management: Improving HRM Capacity. Geneva: WHO. Accessed 20 Abril 2009 from <http://www.who.int/health-services-delivery/human/workforce/Documents.htm>.
- Bamberger, P. e Meshoulam, I. (2000). *Human Resource Strategy: Formulation, implementation and impact*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Barretta, A. (2008). The functioning of co-opetition in the health-care sector: Na explorative analysis. *Scand. J. Mgmt.*, 24, 209-220. Available from <http://www.elsevier.com/locate/scaman>.
- Beleza, L. (2001). Introdução in Antunes, Manuel. (2001). *A Doença da Saúde*. Lisboa: Quetzal Editores e Fundação Calouste Gulbenkian.
- Berger, P.L. e Luckmann, T. (1966-1998). *A Construção Social da Realidade: Tratado de Sociologia do Conhecimento*. Fernandes, F.S. (Trad.). 16ª Ed^{ao}. Petrópolis: Editora Vozes.
- Black, N., (1997). A National Strategy for Research and Development: Lessons from England. *Annu. Rev. Public Health*. 1997. 18: 485-505.
- Bleck, J. (2006). Entrevista para um Trabalho de Fundamentos de Gestão de Recursos Humanos. Lisboa: ISCTE. [Texto policopiado].
- Bloom, G e Standing, H.L. (2008a). Introduction - Future Health Systems: Why Future? Why now? *Social Science & Medicine*, 66, 2067-2075.
- Bloom, G., e Standing, H. L. (2008b). Markets, Information Asymmetry and Health Care: Towards new social contracts. *Social Science & Medicine*, 66, 2076-2087.
- Brito, P., Galin, P. e Novick, M. (2001). Labour Relations, Employment Conditions and Participation in Health Care Sector. Geneva: World Health Organization.

- Buchan, J. (2004) What difference does (“good”) HRM make? *Human Resources for Health*, 2:6.
- Buchan, J. e Dal Poz, M. R. (2002). Skill Mix in The Health Care Workforce: Reviewing the evidence. *Bulletin of the World Health Organization*, 80 (7).
- Cameron, K.S. e Quinn, R.E. (1999). *Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on the competing values framework*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company, Inc.
- Cameron, K.S., Dutton, J.E, e Quinn, R.E. (Eds.), (2003). *Positive Organizational Scholarship*. S. Francisco, California: Berrett-Koehler Publishers, Inc.
- Cameron, K.S., Quinn, R.E., Degraff, J. e Thakor, A.V. (2006). *Competing Values Leadership: Creating value in organizations*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing Limited.
- Carapinheiro, G. (2005), *Saberes e Poderes no Hospital: Uma sociologia dos serviços hospitalares*, 4ª edição, Porto: Edições Afrontamento.
- Carapinheiro, G. (2006) A Saúde enquanto matéria política, G. Carapinheiro (Org.) *Sociologia da Saúde: Estudos e perspectivas*, Coimbra: Pé de Página Editores, Lda.
- Cardim, J. C. e Miranda R.R. (2007). *O Universo das Profissões: Da qualificação às competências e à evolução profissional*. Lisboa: ISCSP-UTL.
- Carvalho Rodrigues, L., Ginó, A., Sena, C. e Dahlin, K. (2002). *Compreender os Recursos Humanos do Serviço Nacional de Saúde*, Lisboa: Edições Colibri/Apifarma.
- Carvalho, M.J. (2008). *Gestão e Liderança em Saúde – Uma abordagem estratégica*. Vida Económica: Porto.
- Chesneaux, J. (1998) Tirania do efémero e cidadania do tempo in Albaret I. (Org.) *A Sociedade em Busca de Valores – Para fugir à alternativa entre o cepticismo e o dogmatismo*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Clamote, T.C (2006) Pluralismo médico: configurações estruturais, racionalidades e práticas sociais em G. Carapinheiro (Org.) *Sociologia da Saúde: Estudos e perspectivas*, Coimbra: Pé de Página Editores, Lda.
- Collins J.C.e Porras, J.(2000). *Built to Last: Successful Habits of Visionary Companies*. London: Random House Business Books.
- Conde, J. (2006). *O Ensino Da Saúde Em Portugal: O Escândalo Instalado Nas Tecnologias da Saúde*. ESTeSC – IPC.
- Correia de Campos, A., (2008). *Reformas da Saúde – O fio condutor*. Coimbra: Almedina.
- Coutinho, I. (2003). *Atitudes dos Fisioterapeutas Face aos Padrões de Prática em Fisioterapia*. Dissertação apresentada para realização de Provas Públicas a Professor-Coordenador. ESTeSL – IPL.
- Cunha, P. (2008). *Conflito e Negociação*. Lisboa: Edições Asa.
- Dias, C. M. (2008). Inovação na Conferência Europeia de Saúde Pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol.26, nº1

- Drucker, P. (1999). Knowledge-Worker Productivity: The biggest challenge. *California Management Review*, 41(2), 79-94.
- Dussault, G. e Dubois, C-A. (2003). Human Resources for Health Policies: A critical component in health policies. *Human Resources for Health*, 1:1.
- ESTeSL (Escola Superior de Tecnologia da Saúde). (2007). ESTeSL: *Um breve olhar sobre os 25 anos de Ensino e Formação*. Lisboa: ESTeSL-IPL.
- Escoval, A. (2007), Prefácio I in *O Futuro da Saúde em Portugal*, Lisboa: Companhia das Ideias
- Estevão, H. (2006). *O que eles pensam e sabem sobre a fisioterapia e os fisioterapeutas*. Monografia de pós-graduação em Gestão e Administração da Saúde. ESTeSL-IPL (texto policopiado).
- FORERA (2006). Foresight for the European Research Area acedido em 19 Jan. 2009 a partir de <http://forera.jrc.ec.europa.eu/index.html>.
- Forlearn. JCR (Joint Research Centre) (2008). Acedido em 29 de Out. 2008 a partir de http://forlearn.jrc.ec.europa.eu/guide/4_methodology/meth_delphi.htm.
- Freitas, I. (2007). Entrevista in Escola Superior de Tecnologia da Saúde – Um breve olhar sobre os 25 anos de ensino e formação. Lisboa: ESTeSL-IPL.
- Fritzen, S. A. (2007). Strategic Management of the health workforce in Developing Countries: What Have we learned? *Human Resources for Health*, 5:4. Available from: <http://www.human-resources-health.com/content/5/1/4>.
- Ghoshal, S e Gratton, L., (2002), Integrar a Empresa, *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão Out/Dez*, 6-15.
- Giddens, A. (2002). *As Consequências da Modernidade*. Oeiras: Celta Editora, Lda.
- Gratton, L., (2000). *The Six Steps to Creating a Living Strategy*.
- Gratton, L e Truss, C. (2003). The Three-dimensional People Strategy: Putting human resources policies into action. *Academy of Management Executive*, vol. 17, nº 3.
- Hill, A. e Hill, M. M. (1998). *A Construção de um Questionário*. Working Paper, Dinâmia- Centro de Estudos sobre a Mudança Socioeconómica acedido em 4 de Abril 2009 a partir de repositório ISCTE.
- Hodgetts, R.M. & Porter, M.E. (2007). Conversa com Michael Porter: A estratégia e a estrutura organizativa in Porter, M.E. *Estratégia e Vantagem Competitiva*. Lisboa: Editora Planeta Agostini, SA.
- Jacob, F., (1970). *La logique du vivant – Une histoire de l'hérédité*. Paris: Edicions Gallimard.
- Jacob, F. (1985). *A Lógica da Vida*. Lisboa: Publicações D. Quixote.
- Jorge, A. (2009). Discurso na Comemoração dos 30 anos do SNS. Disponível em www.portaldasaude.pt/Portal/.
- Leal da Costa, F. (2005). Efectividade e Eficiência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, volume temático: 5 *Administração dos Serviços de Saúde*, 47-57

- Lobato, J.C. (2001). *Contributos para o Desenho da História das Tecnologias da Saúde*. Lisboa: ESTeL.
- Lobato Faria, P. (2007). A falsa Inocência da Linguagem ou a procura da metáfora certa em Saúde: Reflexão sobre a importância da linguagem dos direitos e da ética no Sistema de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 25, nº 1.
- Lobato de Faria, P. (2008). The Portuguese universal health system. [monograph on the Internet] Accessed July 2009.
- Lopes, A. e Barrosa, L. (2008). *A Comunidade Educativa e a Gestão Escolar: Um contributo da gestão estratégica de recursos humanos*. Ramada: Edições Pedagogo, Lda.
- Lopes, A. (2006). *Gestão de Recursos Humanos versus Gestão de Pessoas: A arte do equilíbrio entre a iniciativa e a cooperação nas organizações*, Lisboa: ISCTE.
- Lopes, A.M.F. (Org.), (2004). *Implementação do Processo de Bolonha a Nível Nacional, por Áreas de Conhecimento: Tecnologias da Saúde*, Novembro. Lisboa: MCTES.
- Lopes, N. (2001) *Recomposição profissional da enfermagem: Estudo sociológico em contexto hospitalar*, Coimbra: Quarteto Editora.
- Lopes, N. (2006) Tecnologias da saúde e novas dinâmicas de profissionalização, em G. Carapineiro, (Org.) *Sociologia da Saúde: Estudos e perspectivas*, Coimbra: Pé de Página Editores, Lda.
- Lourtie, P., e Pinto, M.L.R., (2007). *Adequação do Cursos de Tecnologias da Saúde: Relatório para o Ministério da Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde, Instituto Superior Técnico, Maio.
- Mariano Gago, J., (2007). The future of Science and Technology in Europe in Mariano Gago, J. (Ed.) *The future of Science and Technology in Europe – Setting the Lisbon Agenda on track*. Lisboa: MCTES.
- Martin, B.R., (2001). *Technology Foresight in a Rapidly Globalizing Economy* acedido em 19 Janeiro 2009 a partir de www.unido.org/userfiles/KaufmanC/MartinPaper.pdf
- Martin, G.P., Currie, G. e Finn, R., (2009), Reconfiguring or Reproducing intra-professional boundaries? Specialist Expertise, generalist Knowledge and the ‘Modernization’ of the Medical Workforce, *Social Science and Medicine* 68, 1191-1198.
- Mateus Marques, R., (2007). *Contributo para a Organização da Urgência de Imagiologia de um Hospital Central*. Tese de Doutoramento em Gestão. Lisboa: ISCTE Business School (texto policopiado).
- McKee, M., Edwards, N. e Wyatt, S., (2004), Transforming Today’s Hospital to Meet Tomorrow’s Needs, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, volume temático: 4, *Administração Hospitalar*, 21-27.
- Menezes de Almeida, L. (2005). Da prevenção primordial à Prevenção Quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 23, nº 1.
- Mendo, P., (1996), Intervenção no Encontro de Coimbra in *Que Sistema de Saúde para o Futuro?* Coimbra: Liga dos Amigos do Hospital Geral de Santo António/Público.

- Morin, E. (1983). Intervenção/Resposta in Morin et al., *O problema Epistemológico da Complexidade*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Morin, E. (1998). Complexidade e Liberdade in Albaret I. (Org.) *A Sociedade em Busca de Valores – Para fugir à alternativa entre o cepticismo e o dogmatismo*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Morin, E., (1999,2002), *Reformar o Pensamento*, Lisboa: Instituto Piaget.
- Morin, E., (2002), *Os Sete Saberes para a Educação do Futuro*, Lisboa:Instituto Piaget.
- Neves, J., (2001a). Clima e Cultura Organizacional in Carvalho Ferreira, J.M., Neves, J & Caetano, A (Coord.) *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- Neves, J. (2001b) Estruturas Organizacionais in Carvalho Ferreira, J.M., Neves, J. & Caetano, A. (Coords.) *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: McGrawHill de Portugal, Lda.
- Nunes, F. (1994) As Organizações de Serviços de Saúde: Alguns elementos distintivos, *Revista Portuguesa de Gestão, III/IV*, 5-28, Lisboa:ISCTE.
- Nunes, F. e Vala, J., (2002). Cultura Organizacional e Gestão de Recursos Humanos. In Caetano, A & Vala, J. (Orgs.) *Gestão de Recursos Humanos: Contextos, Processos e Técnicas* (2ª ed.) (121-149). Lisboa: RH Editora.
- Oliveira, T.C. e Holland, S. (2007). Alternative Paradigms of Hospital Work Organisation and Health Provision. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol.25, nº 1*.
- OPSS (Observatório Português dos Sistemas de Saúde). (2008). *Relatório de Primavera – Sistema de Saúde Português: Riscos e incertezas*. OPSS: Lisboa.
- OPSS (Observatório Português dos Sistemas de Saúde). (2009) *Relatório de Primavera – 10 Anos OPSS, 30 Anos SNS: Razões para continuar*. OPSS: Lisboa.
- Pais, J. M., (1999), *Consciência Histórica e Identidade – os jovens portugueses num contexto europeu*. Secretaria de Estado da Juventude e Celta Editora: Oeiras.
- Pena Pires, R., (2007), *Arvores Conceptuais – Uma reconstrução multidimensional dos conceitos de acção e de estrutura*, *Sociologia, Problemas e Práticas* 53, 11-50.
- Pettigrew, A. Ferlie, E. & McKee, L. (1992). *Shaping Strategic Change – Making Change in large organizations; the case of National Health Service*. London: Sage Publications.
- Pina e Cunha, M., Rego, A. e Campos e Cunha, R., (2006). *Organizações Positivas*. Lisboa: Publicações D. Quixote.
- Pita Barros, P. e Simões, J. A., (2007). Portugal: Health System Review in Allin, S. e Mossialos, E. (Eds.) *Health Systems in Transition vol.9, nº5*. Acess 17 Jul. 2009 a partir de www.who.int/document/e90670.pdf.
- Porter, M.E. (2007). Tecnologia e Vantagem Competitiva in Porter, M.E. *Estratégia e Vantagem Competitiva*. Lisboa: Editora Planeta Agostini, SA.

- Prahalad, C.K., e Hamel, G. (1990). The Core Competence of the Corporation, *Harvard Business Review*, (May-June), 79-91.
- Prigogine, I. e Stengers, I. (1986). *A Nova Aliança – Metamorfose da ciência*. Lisboa: Gradiva Publicações, Lda.
- Prigogine, I. (1998). O Encantamento do Mundo in Albaret I. (Org.) *A Sociedade em Busca de Valores – Para fugir à alternativa entre o cepticismo e o dogmatismo*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Quinn, R. E. (1988). *Behind Rational Management – Mastering the paradoxes and competing demands of high performance*. San Francisco: Jossey-Bass Eds;
- Quinn, R. E. (2003). *Change the World* (Appendixes A and B). San Francisco: Jossey-Bass Eds.
- Rego, A. e Pina e Cunha, M., (2007) *O Tao da Eficácia Organizacional: 18,5 Lições de gestão inspiradas no Velho Mestre*. Lisboa: Edições Silabo.
- Reis, V. (2007), O Sistema de Saúde em Portugal in *O Futuro da Saúde em Portugal*. APDH (Org.). Companhia das Ideias: Lisboa.
- Rigoli, F. e Dussault, G.. (2003). The Interface Between Health Sector Reform and Human Resources in Health. *Human Resources for Health, 1:9*.
- Rodrigues M.L. (2002). *Sociologia das Profissões*, Oeiras: Celta Editora
- Santana, R. e Costa, C., (2008), A Integração Vertical de Cuidados de Saúde: Aspectos conceptuais e organizacionais, *Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol. temático, 7*.
- Serra, H. (2006), Da Tecnologia à Tecnocracia. Estratégias do poder médico no limiar das fronteiras entre especialidades: O caso da transplantação hepática, in G. Carapinheiro (Org.) *Sociologia da Saúde: Estudos e perspectivas*, Coimbra: Pé de Página Editores, Lda.
- Simões, J., (2004), *Retrato Político da Saúde – Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*, Coimbra: Almedina.
- Sousa Santos, B., (2007) *Um Discurso Sobre As Ciências*. 15ª edição. Porto: Afrontamento.
- Stoleroff, A. e Correia, T., (2008), A empresarialização do sector hospitalar público português: a desregulação do mercado de trabalho médico e os desafios sindicais para a sua re-regulação, *CIES e-Working Papers*, CIES-ISCTE.
- Tavares, D., Lobato, J., Medeiros, N., Raposo, N. e Denis Silva, T. (2002). Retrato Sociográfico dos Técnicos de Cardiopneumologia do Quadro do Serviço Nacional de Saúde em Portugal. *Cadernos ESTeSL, nº 1 – Abril*. Lisboa: ESTeSL.
- Tavares, D. (2002). Um século de Vivências nas Tecnologias da Saúde: contextualização dos processos de transformação social in *Cadernos ESTeSL, nº 2 Junho*, 19-25. Lisboa: ESTeSL.
- Tavares, D. (2007), *Escola e Identidade Profissional: O caso dos técnicos de cardiopneumologia*, Lisboa: Edições Colibri/Instituto Politécnico de Lisboa.
- Valente, A.C. (Coord.). (2004), *O Sector da Saúde em Portugal*. INOFOR: Lisboa.

Villaverde Cabral, M. e Silva, P. A. (2009). *O Estado da Saúde em Portugal: Acesso, avaliação e atitudes da população portuguesa em relação ao sistema de saúde: evolução entre 2001 e 2008 e comparações regionais*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

Vital, E., Baltazar, C., Gavinho C., e Mendes I. (2006). O Processo de Profissionalização dos Fisioterapeutas Portugueses. *Arquivos de Fisioterapia Vol.1, nº2*.

WHO (2006). Formulando Estratégias Nacionais para a Força de Trabalho de Saúde. *Relatório Mundial de Saúde 2006* acedido em 15 Jun. 2009 a partir de www.who.int/whr/2006/06_chapter6_pr.pdf.

WHO. (2008a). *Report on the 3rd expert Consultation on maximizing positive synergies between health systems and global health initiatives*. WHO: Geneva. Acedido em 15 Jun. 2009 a partir de www.who.int/healthsystems/PosSyn3rdExptCons_HR.pdf.

WHO e Alto Comissariado da Saúde. (2008b). Cuidados de Saúde Primários: Agora mais do que nunca. *Relatório Mundial de Saúde 2008*. WHO: Geneva, Lisboa Acedido em 1 Ag. 2009, a partir de www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf.

WHO, World Health Organization Regional Office for Europe (2009). *European health for all database*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Retrieved June 10, 2009, from <http://data.euro.who.int/hfad/>.

WHO. (2009a). Initial Summary Conclusions: *Maximizing Positive Synergies between health systems and Global Health initiatives*. WHO: Geneva. Acedido em 15 Jun. 2009 a partir de www.who.int/healthsystems/New-approach-leaflet-ENv2-p4p.pdf.

WHO(2009b). *Venice Draft Concluding Statement on Maximizing Positive Synergies between health systems and Global Health initiatives*. Venice, Italy; June 23, 2009. Accessed 01 Ag 2009 from www.who.int/healthsystems/New-approach-leaflet-ENv2-p4p.pdf.

Young, G.J., Charns, M.P. & Heeren, T.C. (2004). Product-Line Management in Professional Organizations: An empirical test of competing theoretical perspectives. *Academy of Management Journal*, Vol. 47, No 5, 723-734.

ANEXO I RAZÕES DO ESTUDO

Junto remeto um conjunto de questões prévias às quais vos convido a responder livremente de forma a poder extrair do pensamento de cada participante os pontos comuns e também os pontos divergentes para estabelecer asserções a submeter, numa segunda fase, à Vossa apreciação mais quantitativa – através de uma avaliação por escala tipo Likert.

Parecem-me ser estas questões suficientes para suscitar um leque de proposições abrangente e controverso quanto baste para uma primeira abordagem e para o objectivo deste trabalho.

Agradeço que escrevam tudo quanto se vos oferecer sobre cada uma das questões tendo, apenas, dois cuidados: o de referir sobre que questão estão a discorrer e o de disciplinarem o vosso discurso para não o tornar caótico e divergente em relação ao perguntado.

Caso considerem importante colocar outras questões que não estejam aqui consideradas podem fazê-lo. Porém, peço-vos, sejam comedidos.

Justificação do estudo

A prestação de cuidados de saúde é um processo de colaboração complexo que requer a coordenação e comunicação entre um alargado número de profissionais qualificados, para benefício das Pessoas que procuram o sistema de saúde.

De entre as várias funções indispensáveis aos cuidados de saúde estão as Tecnologias da Saúde que constituem, no seu conjunto, uma área de actividade fundamental para o estabelecimento de um diagnóstico clínico correcto, para o prognóstico de evolução da patologia, para a reabilitação pessoal e humana e para a reinserção social e profissional do paciente.

As profissões das Tecnologias da Saúde são relativamente recentes nas organizações de saúde, apesar de algumas práticas que lhes são próprias terem raízes milenares.

A evolução e afirmação destas profissões no nosso país, e no plano internacional, têm sido progressivas assistindo-se à sua incorporação no elenco das modalidades de intervenção diagnóstica e terapêutica.

Porém, os profissionais das Tecnologias da Saúde exercem as suas actividades na tensão entre serem profissionais auxiliares do médico ou serem profissionais autónomos com saberes e competências próprias que não se sobrepõem, nem competem com os de nenhum outro profissional de saúde, antes integram equipas de prestadores de cuidados com igual capacidade e elevado potencial de desenvolvimento.

Aliás, noutros países, estes profissionais, nomeadamente os fisioterapeutas, são vistos como profissionais de primeiro contacto sem intermediação de médicos especialistas – fisiatras.

Seria interessante compreender como é que estes profissionais, tal como quaisquer outros profissionais, tomam consciência do reconhecimento que a sociedade a quem oferecem os seus serviços manifesta em relação à sua profissão. Porém, tal facto, poderá, apesar de tudo, estar condicionado à partida, no caso de os outros grupos de profissionais de saúde demonstrarem uma representação social das profissões das tecnologias da saúde diferente daquela que o próprio grupo patenteia.

Contudo não é essa a questão de investigação desta Tese ainda que com ela se correlacione.

A **questão de investigação** primordial é, outrossim, saber o que reserva o futuro a estas profissões sabendo que a evolução dos saberes que as suportam tem relação directa com as descobertas nas mais variadas áreas científicas que vão da química ao tratamento de imagem, da informática à biologia, da matemática à genética, da física à psicologia.

Trata-se de analisar uma realidade ainda mal reconhecida que é charneira na Gestão de Recursos Humanos em saúde porque as actividades desenvolvidas pelos profissionais das tecnologias da saúde são origem de muitas outras nesta área, tornaram-se imprescindíveis no cuidar e são grandes consumidoras de recursos financeiros.

Por outro lado devemos ponderar que estratégias podem ser adoptadas de forma a levar estas profissões até um futuro que se quer de reconhecimento desse fundamental papel no cuidar em saúde.

Posto isto, passo a explicar, sumariamente, a metodologia Delphi.

Método de Delphi

Esta técnica é definida como um método para estruturar o processo de comunicação em grupo de forma a que esse processo seja efectivo permitindo a um grupo de pessoas, como um todo, lidar com um problema complexo. É uma estratégia que não requer interacção face-a-face e usa uma série de questionários e relatório de feed-back dos resultados consolidados a partir das respostas precedentes.

Delphi é uma das poucas metodologias científicas que permite analisar dados qualitativos. Trata-se de um método que permite descobrir as opiniões de especialistas – denominado de painel delphi – através da realização de uma série de questionários.

São apresentadas uma série de proposições específicas aos participantes para que, cada um individualmente, as ordene mediante um dado critério estabelecido.

Os resultados depois agregados são entregues aos especialistas, para que possam reformular as proposições apresentadas.

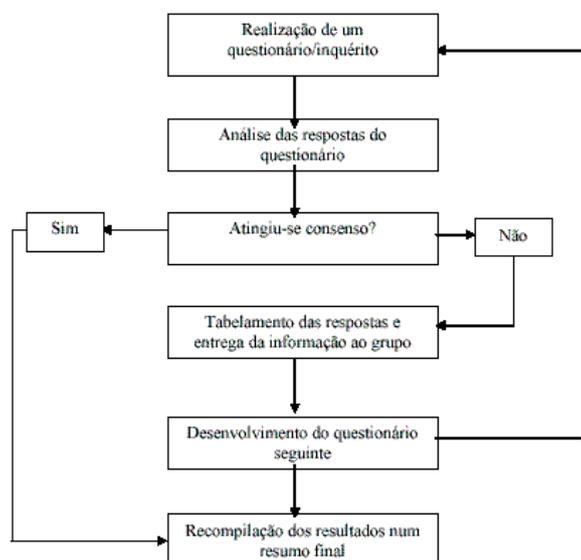
O número de rondas varia de acordo com o grau de consenso atingido pelos especialistas, sendo esse consenso entendido a nível individual. Ou seja, se houver uma discrepância muito elevada na opinião de um dado especialista nas várias rondas, não se poderá chegar a um consenso. As opiniões podem no entanto variar de ronda para ronda, uma vez que como são introduzidas novas questões em cada questionário, o especialista pode mudar de opinião em relação às questões que considera mais relevantes.

Este método distingue-se essencialmente por três características básicas, o anonimato, a interacção com "feedback" controlado e as respostas estatísticas do grupo.

As principais características do método Delphi consistem, então, na utilização de um painel de peritos para obter conhecimento, o facto de os participantes não terem confrontação frente a frente, a garantia de anonimato das respostas dadas pelos participantes e o uso de ferramentas estatísticas simples para identificar padrões de acordo.

Com efeito, uma das grandes vantagens deste método é permitir que pessoas que não se conhecem, desenvolvam um projecto comum, e sem ter que revelar as suas opiniões uns aos outros, cheguem a um acordo geral sobre uma dada área de interesse.

Poderá ver, de uma forma simplificada, como se processa um estudo Delphi no esquema em baixo:



Bibliografia

Alvarenga, A., Carvalho, P.S., Escária, S.C. (2007). *Delphi – Método e Aplicações*. Departamento de Prospectiva e Planeamento, Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional, acedido em 27 de Out. 2008, a partir de www.dpp.pt/pages/files/Delphi.pdf.

Forlearn. JCR (Joint Research Centre). (2008). Acedido em 29 de Out. 2008 a partir de http://forlearn.jrc.ec.europa.eu/guide/4_methodology/meth_delphi.htm.

Skopje, (2005). Training Manual:Macedonia.

ANEXO II

RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO – RESENHA

QUESTÃO 1

Partindo do pressuposto de que a reestruturação dos modelos de ensino tem normalmente repercussões ao nível do exercício profissional e do reconhecimento social, considera que as alterações recentemente introduzidas na formação dos profissionais das tecnologias da saúde, por força de orientações internacionais, terão consequências no curto prazo ao nível do exercício? Se sim, identifique as consequências que prevê e se as considera positivas ou não.

Resumo da questão 1:

Efeitos dos novos modelos de ensino no reconhecimento social e no exercício profissional: os 240 ECTS terão efeitos? Se sim, serão positivos ou negativos e com que consequências.

Resumo das respostas à questão 1

Todos os respondentes concordam que haverá consequências e que serão positivas.

Ao nível do reconhecimento social tomarão várias formas: (a) reconhecimento da importância dos contributos específicos destes profissionais para a saúde das pessoas; (b) reconhecimento da alta qualificação detida; (c) reconhecimento da competência detida; (d) reconhecimento da especificidade e complexidade das tarefas desempenhadas no sistema de saúde; (e) integração no nível profissional de Técnicos Superiores de Saúde; e, (f) estatuto remuneratório compatível.

No exercício profissional, estas formas de reconhecimento social reflectir-se-ão em maior autonomia no exercício das actividades.

QUESTÃO 2

Numa perspectiva sistémica e tendo em conta que as profissões das tecnologias da saúde detêm um conjunto de competências que nalguns casos não são exclusivamente suas, sendo em parte sobreponíveis às de outros grupos profissionais, como vê a sua evolução num futuro próximo? Considera plausível e defensável promover a negociação no sentido da convergência de algumas profissões (por ex. nutrição e dietética)? Como deveria ser promovida esta convergência? Ou pelo contrário, considera que as profissões das tecnologias da saúde devem continuar a defender a sua individualidade e a afirmar-se pelos seus saberes específicos, pelas diferenças que detêm, mesmo que ténues e pouco significativas que sejam? Explícite a sua opinião de forma fundamentada, dando exemplos concretos.

Resumo da Questão 2:

Convergência externa – propunham-se duas hipóteses: (a) convergência total e integração? Como promover; (b) sem convergência e continuação da defesa da individualidade e afirmação pelos saberes específicos mesmo se a diferenciação de competências e actividades for ténue.

Resumo das respostas à questão 2

Uma negociação de convergência nalgumas profissões será quase inevitável desde que a formação “real” seja idêntica. Há que definir bem as competências necessárias ao exercício da actividade.

Os cursos das Tecnologias da saúde não devem perder a sua individualidade porque é precisamente por serem cursos de saberes específicos que se formam “profissionais capacitados e competentes que são muito essenciais às práticas médicas.

Ainda mais se justificam num futuro de maior especialização.

“É muito importante ter em conta como é que estas profissões apareceram em Portugal, se desenvolveram e chegaram ao que são hoje”.

“O que virá a pesar é a forma como cada profissão fôr capaz de consolidar uma identidade”.

“Fazer uma licenciatura para exercer sem autonomia” na dependência de validação do trabalho por outrem, “não é muito promissor nem sustentável a prazo”.

Quem integra/assimila é quem possui maior reconhecimento social e maior capacidade para liderar o processo e fazer prevalecer a sua posição relativa.

QUESTÃO 3

No seio do conjunto das profissões das tecnologias da saúde existem profissões com realidades muito diversas e multifacetadas, mas existem também profissões com perfis muito próximos entre si (por ex. radiologia versus radioterapia), que alguns sectores consideram que poderiam ser anuladas por via da formação, o que já tem mesmo suscitado alguma análise e discussão interna. Considera que a tendência futura será promover a convergência também nestes casos? Que consequências positivas e/ou negativas traria esta situação para estas profissões e para o seu enquadramento institucional?

Resumo da Questão 3:

Convergência interna – profissões com realidades diversas e profissões com perfis muito próximos: seria útil a convergência destas? Que consequências para os profissionais e no enquadramento institucional.

Resumo das respostas à questão 3

Encontraram-se pontos de vista divergentes: desde “sim, faz todo o sentido trabalhar as profissões em clusters” até “é um erro” e “teria consequências negativas para os doentes e para as organizações”.

Porém, “ o País só se desenvolverá quando palavras como multidisciplinaridade, trabalho em equipa e solidariedade, forem ensinadas [...] como condição imprescindível para o desempenho de qualquer profissão.”

Assim, unânime é a ideia de que a formação não necessita de ser diferenciada desde o início, antes existir um “tronco comum” fundado nas ciências de base ou tecnologias comuns com diferenciação posterior, dentro de um 1º ciclo, em variantes profissionalizantes, ou por pós-graduações ou ALV.

QUESTÃO 4

Como sabe, a evolução tecnológica contribui incontornavelmente para a alteração das realidades sociais. Estando as profissões das tecnologias da saúde fortemente dependentes desta evolução, perspectiva-se uma progressiva sub-especialização? De que forma este devir pode influenciar o futuro:

- a) Ao nível do desenvolvimento destas profissões, do nível de autonomia detida, do seu poder de influência e da coesão no seio de cada profissão em particular e das tecnologias da saúde em geral?
- b) Ao nível do relacionamento, em contexto de trabalho, destas com outras profissões da área da saúde e outras mais tecnológicas que possam surgir?

Resumo da Questão 4:

A evolução tecnológica gera alterações das realidades sociais. As profissões das Tecnologias da Saúde dependem fortemente desta evolução e, portanto, perspectiva-se uma progressiva subespecialização. Que influência no futuro: (a) no desenvolvimento das profissões e sua autonomia e poder de influência; (b) coesão intra-grupo de profissões e intra-profissão, (c) relacionamento no trabalho com outras profissões de saúde e outras mais tecnológicas que possam surgir.

Resumo das respostas à questão 4

- a) Sub-especialização seria negativo. Antes aprendizagem continua na sua área de intervenção sabendo que mais conhecimentos significam mais competências o que induz mais autonomia. “A globalização, institucionalmente, favorece o generalismo à especialização.”
- b) Haveria necessidade de concepção de novos processos e abordagens clínicas que levariam a “patamares de comunicação interdisciplinar e profissional mais consistentes” e requer a definição coerente e consolidada da arquitectura de cada profissão e lideranças fortes no exercício para não comprometer o desenvolvimento por fragilidade da coesão intragrupal podendo levar à desagregação – “por proximidade com outros e distanciamento para com os da mesma profissão” – por “não comunhão da realidade”.
- c) Conflitos de interesses, sobretudo nos pontos de fronteira de competência e de exercício profissional por indefinição e intersecção de papéis.

E isto por estratégias de marcação de terreno, medição de forças, avaliação heteróclita da execução e da adequação dos conhecimentos à tarefa, sendo o processo de integração irreversível e o resultado determinado pela liderança na detenção do “melhor conhecimento”.

QUESTÃO 5

Considera que as profissões das tecnologias da saúde actualmente existentes detêm competências adequadas para fazer face aos novos desafios que se colocam na área da saúde, nomeadamente uma orientação cada vez maior para a educação, no sentido da promoção da saúde e da prevenção da doença junto das comunidades? Ou considera que a sua intervenção fica aquém do desejado e possível, desperdiçando-se assim oportunidades que podem constituir-se como “cedência de terreno” a outras profissões? Fundamente.

Resumo da Questão 5:

Há, nos PTS, competências adequadas face aos novos desafios, nomeadamente para a educação para a saúde, promoção da saúde e prevenção da doença? Se aquém do desejado, estaremos a ceder terreno a outras profissões?

Resumo das respostas à questão 5

A intervenção fica aquém, não porque faltem competências, mas por inércia ou falta de proactividade.

(Dizemos nós, também porque as oportunidades de trabalho foram predominantemente no Hospital, e em acumulação no sector privado, mas sempre em diagnóstico ou terapia de patologias e enquanto o número de diplomados não preencheu as necessidades nestes sectores de actividade em saúde que, ademais, cresceram MUITO com a evolução da investigação biomédica e biotecnológica).

A resposta das diferentes profissões é diversa e com níveis de desenvolvimento muito diferentes nas várias profissões.

Existe uma maior preocupação com a prevenção primária e, nesta, “podemos intervir e somos mais que competentes para fazê-lo”.

“O problema está no facto de muitos de nós só associarmos a nossa actividade a uma remuneração/emprego.”

“As cedências de terreno muitas vezes constituem-se como fantasmas porque as lideranças nas profissões vacilam.”

QUESTÃO 6

Num contexto marcado pela mudança aos mais diferentes níveis, como perspectiva a participação dos profissionais das Tecnologias da Saúde na orientação e gestão dos serviços, lado a lado com outros profissionais? Considera que estão preparados e disponíveis para fazer face a um enquadramento de elevado nível de exigência, com autonomias e responsabilidades definidas ao nível individual e grupal? Ou precisam de ver reforçadas as suas competências na área da gestão, da negociação, do trabalho em equipa, entre outras?

Dito de outra forma: Os actuais profissionais das Tecnologias da Saúde estão preparados para uma mudança nos paradigmas de gestão com passagem do paradigma burocrático, hierarquizado, de comando e controle, para assumir uma real autonomia e responsabilidade, individual e grupal, pelas suas actividades, erros e progressos?

Resumo da Questão 6:

Participação dos PTS na gestão, como? Estão preparados para um enquadramento de elevado nível de exigência ou precisam reforçar competências?

Resumo das respostas à questão 6

“Não existe nenhum impedimento, quer legal, quer de formação, quer de acesso à formação que impeça a execução de tarefas de gestão, simples ou complexa.”

“Ou já estão preparados ou urge que se preparem mas não para serem gestores mas para participarem capacitadamente no processo”

“A mudança de mentalidades em matéria de gestão dependerá de «empurrão» de alteração legislativa.”

“O reforço de competências terá que ser, também, orientado para a área comportamental.”

QUESTÃO 7

Veja agora o problema de uma perspectiva exterior ao grupo, especificamente do ponto de vista da Gestão de Recursos Humanos. Deverão os Gestores ter em conta as especificidades de cada actividade vendo-as como se de unidades de funcionamento independente se tratasse ou, pelo contrário, deverão os Gestores encará-las como uma rede de actividades complementares concorrendo, entre si e em cooperação com os outros profissionais de saúde, para o rastreio, diagnóstico, prognóstico, e terapia de patologias?

Resumo da Questão 7:

Perspectiva exterior ao grupo de profissões, isto é, a partir da própria GRH.

Resumo das respostas à questão 7

“As diferentes e diversas profissões das TS devem ser encaradas pela Gestão como integrantes de uma rede de cuidados de saúde.”

“Esta integração deve respeitar a autonomia própria de cada profissão, o saber próprio de cada profissional e a mais valia que acrescenta aos cuidados a prestar aos utentes do serviço de saúde.”

“A integração em rede não pode ser sinal de subalternização mas antes de tratamento como par e igual.”

“O Gestor deve encará-las [as actividades das Tecnologias da saúde] como complementares contribuindo para um resultado global – a criação de valor para o cliente. Naturalmente não é impeditivo de que se considerem as especificidades dos diferentes grupos de profissionais que, no âmbito das diferentes actividades, contribuem para esse mesmo resultado final.”

Outra forma de dizer foi: “Não consigo entender o processo do cuidado de saúde como um processo fragmentado mas sim como um processo tipo puzzle com peças separadas mas perfeitamente ajustáveis. Ninguém é dispensável nem único.”

Ainda outra metáfora: “a organização de saúde deverá ser como um mapa de uma qualquer cidade ou País, do qual constem os diversos elementos que permitam a circulação e a informação necessária ao utente.”

Um ponto de vista diferente foi: “Com as direcções de serviço enraizadas nas suas «quintas e quintinhas» duvido que o paradigma de gestão venha a ser alterado algum dia.”

ANEXO III – QUESTIONÁRIO

Nota: imprimir a partir do ficheiro independente porque se desfaz a formatação quando se cola aqui.
(Abril 2010)