

CIES e-WORKING PAPER Nº 47/2008

**A empresarialização do sector hospitalar público português:  
a desregulação do mercado de trabalho médico e os desafios sindicais  
para a sua re-regulação**

ALAN STOLEROFF e TIAGO CORREIA

*CIES e-Working Papers* (ISSN 1647-0893)

Av. das Forças Armadas, Edifício ISCTE, 1649-026 LISBOA, PORTUGAL, [cies@iscte.pt](mailto:cies@iscte.pt)

**Alan Stoleroff** é professor associado do ISCTE e investigador do CIES-ISCTE.  
E-mail: [alan.stoleroff@iscte.pt](mailto:alan.stoleroff@iscte.pt)

**Tiago Correia** é doutorando em sociologia no ISCTE, bolseiro de doutoramento da FCT e investigador do CIES-ISCTE. E-mail: [tiago.correia@iscte.pt](mailto:tiago.correia@iscte.pt)

## Resumo

Neste artigo analisamos as implicações do processo de “empresarialização” dos hospitais públicos em Portugal para a configuração do mercado de trabalho das profissões de saúde. Trata-se de um processo de descentralização organizacional que, por sua vez, tem provocado uma desregulação do padrão de relações de emprego com base em estatutos da função pública. Há uma reconfiguração dos mercados internos de trabalho dos hospitais que resulta da coexistência de relações de emprego de tipos distintos, nomeadamente do estatutário público e do contratual individual. A partir deste contexto laboral damos especial atenção às consequências da desregulação decorrente da descentralização das competências de gestão hospitalar para a acção sindical dessas profissões, destacando principalmente a dos médicos.

**Palavras-chave:** administração pública, empresarialização hospitalar, sindicalismo profissional.

## Summary

In this article we analyze the implications for the structuring of the labor market of the health professions deriving from the process of devolution of managerial powers to the establishment level within the system of public hospitals in Portugal (this process is referred to as *empresarialização*). This involves organizational decentralization that, in its turn, has provoked the deregulation of the pattern of employment relations that had been based upon public or civil service status. There has been a reconfiguration of the internal labor markets resulting from the coexistence of distinct types of employment relations, namely those of public status and the individual labor contract. Taking off from the analysis of this labor relations context, we place particular attention upon the consequences that the decentralization of hospital management and the subsequent deregulation of employment relations have had for the trade unionism of health professionals in the sector. The paper’s main focus is upon the medical profession and the trade unions of doctors.

**Key-words:** public administration, hospital management, health professions trade unionism.

## Introdução<sup>1</sup>

Assiste-se a uma reconfiguração profunda da orientação e da organização da prestação de cuidados no sector público da saúde em Portugal. Este processo pode, grosso modo, ser traçado desde o governo social-democrata de Durão Barroso, com a aprovação da Lei n.º 27/2002, e tem vindo a ser consecutivamente aprofundado pelos governos que lhe sucederam.<sup>2</sup> Além de políticas de racionalização de serviços ao longo de toda a cadeia territorial de prestação de cuidados, que têm suscitado mobilização de populações contra o fecho de urgências e maternidades locais, verifica-se uma reconfiguração organizacional do próprio Serviço Nacional de Saúde (SNS), com incidência particular no sistema hospitalar.<sup>3</sup>

Não existindo, por enquanto, um mandato com base numa perspectiva inequívoca quanto à progressiva privatização dos alicerces básicos da organização pública do sistema, os gestores hospitalares da tutela estatal têm enveredado por um processo de liberalização das modalidades de gestão das organizações públicas, decorrente de maiores graus de autonomia no desempenho das suas funções ao nível micro das relações laborais, de maneira a fazê-las convergir com as modalidades consideradas “menos burocráticas” do sector privado.

Entre as inovações organizacionais mais importantes e com repercussões mais abrangentes – e a par da própria reorganização da rede hospitalar – sobressai o processo da empresarialização das organizações hospitalares públicas.

Neste trabalho<sup>4</sup> propomos discutir as implicações do processo de empresarialização dos hospitais para a regulação laboral do sector, enquanto quadro contextual de análise das

---

<sup>1</sup> Este *paper* insere-se no projecto de investigação intitulado *Mudança Organizacional e Relações do Emprego na Administração Pública em Portugal: O Papel dos Sindicatos e dos Trabalhadores*, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia e incluído no Programa Operacional Ciência e Inovação (POCI 2010), sendo resultado de uma comunicação apresentada no VI Congresso Português de Sociologia, realizado de 25 a 28 de Junho de 2008 na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.

<sup>2</sup> Para uma sistematização das principais evoluções jurídico-normativas no sector da saúde em Portugal, ver Relatório da Primavera 2008 (OPSS, 2008).

<sup>3</sup> À partida, o facto de esta reforma sectorial ter vindo a incidir predominantemente, ainda que não de forma exclusiva, no nível hospitalar é indicativo daquilo que Campos (1984) designou ser o “hospitalocentrismo” do sistema de saúde português, dando conta da centralidade que esta instância representava e continua a representar para a prestação de cuidados. É sobretudo esse o motivo que nos levou a centrar esta análise apenas no sector hospitalar. Contudo, tal não significa que a reforma na saúde não tenha vindo a decorrer também ao nível dos cuidados primários, como por exemplo com o amplamente mediatizado encerramento dos SAP – serviços de atendimento permanente – nos centros de saúde. Sobre os contornos anteriores do sistema de saúde português ver Carapinheiro (1993).

<sup>4</sup> Em termos metodológicos a análise apresentada resulta da aplicação de entrevistas semidirectivas a informantes privilegiados, em complementaridade com a técnica de análise de conteúdo, tanto das acções desenvolvidas pelos sindicatos do sector entre 2002 e 2007, como dos jornais (diários e semanários) recolhidos entre 2002 e 2008.

formas particulares de conflito e de negociação profissional e do sindicalismo profissional no sector.

Por empresarialização entende-se o processo de autonomização das competências gestionárias das organizações hospitalares públicas em aproximação/convergência com o modelo de gestão do sector privado, no quadro de um sistema público de prestação de cuidados. É derivada de uma aplicação dos princípios da *new public management* (OECD 1995; Christensen e Laegreid, 2001; Gomes, 2001; Gruening, 2001; Bach e Kessler, 2007) e do *new managerialism* (Clarke e Newman, 1997; Clarke *et al.*, 2000) ao sector hospitalar público. Em Portugal, trata-se de um processo ainda em curso e, por isso, é difícil antever todas as consequências que daqui decorrerão para o SNS mas, no que toca ao funcionamento do mercado do trabalho da profissão médica especificamente, o processo já revelou o que está em causa. Está, pois, em causa um processo em pleno desenvolvimento, que deixa antever a presença de redefinições da regulação laboral na prestação pública de cuidados. Para já, a actual situação da regulamentação laboral do sector empresarial do Estado – onde se incluem os hospitais EPE (entidades públicas empresariais) – tem significado maiores espaços de indefinição quanto à sua capacidade de regulação por parte das instâncias públicas. Tal situação tem criado um contexto sem precedente, de concorrência entre a prestação pública e a prestação privada. Sem ser possível predizer qual a configuração que o SNS irá assumir findo este processo, importa discutir as alterações já ocorridas e as implicações que daí decorrem para as relações laborais no sector.

A empresarialização implica deslocações dos centros – ou *loci* – de decisão quanto à disposição dos recursos organizacionais, inclusive os recursos humanos. Num sector outrora caracterizado pela estatização e, em consequência, pela uniformização burocrática das suas regras, a empresarialização hospitalar abre espaços para uma relativa desregulação ou, pelo menos, para uma liberalização e flexibilização no que respeita à contratação, deixando que lógicas de mercado, ou seja, da oferta e da procura, influenciem as condições do emprego e da remuneração dos profissionais, ora contratados individualmente, ora através do *outsourcing* (isto é, a contratação de pessoal médico por intermédio de empresas privadas prestadoras de serviços médicos).<sup>5</sup>

---

5 Para falar em desregulação tem-se previamente de ter uma concepção da regulação. Referimo-nos aqui à regulação de um mercado de trabalho público que emergiu paralelamente à regulação relativa dos mercados de trabalho dos sectores privados do regime económico denominado “fordista” na literatura da Escola da Regulação. A literatura em causa é extensa, por isso veja-se utilmente Boyer (1987) e Boyer e Saillard (1995). Trata-se sobretudo da questão da uniformização relativa das condições de remuneração e condições de emprego que essencialmente retiraram os custos laborais da competição entre capitais. Apesar de o Estado ser por natureza um empregador singular, tal não determina necessariamente que haja uniformização nessas

Esta situação constitui um desafio original para o sindicalismo do sector. Em primeiro lugar, todo o sindicalismo nesta área, desde o dos funcionários da administração, até ao dos profissionais enfermeiros e médicos, se forma no contexto de um sistema de regulação estadual e estatutária comum e uniforme. Tratou-se de um contexto que incentivava formas de sindicalismo compatíveis com o emprego altamente regulado e estável. Presentemente, a introdução da contratação individual e do *outsourcing* no sistema do emprego público produz uma diferenciação problemática das situações e, por consequência, dos interesses dos funcionários hospitalares. A flexibilização da contratação de pessoal médico à margem do quadro da função pública existente, que é um resultado da transformação estrutural e gestonária do sector e que culmina na empresarialização hospitalar, permite, assim, que as relações de emprego se desenvolvam em função, sobretudo, da oferta de profissionais, sendo necessário compreender os efeitos produzidos pela escassez ou relativa abundância de determinadas especialidades médicas. Associados à falta de uma convenção colectiva de sector, estão criados “espaços cinzentos” na capacidade de regulação laboral. A continuada falta de uma convenção colectiva resulta na diferenciação e individualização das condições de emprego de médicos contratados, que depende quase inteiramente dos recursos de negociação de cada médico individual ou do negócio que o hospital faz com a empresa de prestação de serviços que lho cede.<sup>6</sup> Esta situação é particularmente perturbadora do sindicalismo dos médicos, uma categoria de profissional que na função pública viu as suas condições de trabalho bastante burocratizadas (apesar das incertezas profissionais que o seu trabalho médico continuava necessariamente a apresentar).

Em segundo lugar, a desregulação tem sido produzida e legitimada pela reforma do enquadramento jurídico dos hospitais públicos. Com a empresarialização hospitalar uma parte significativa das competências de gestão de recursos humanos é transferida dos níveis macro e meso para o nível micro. Ora, de uma gestão centralizada no Estado (por via do Ministério da Saúde e das administrações regionais de saúde), assiste-se a uma progressiva descentralização de competências, tendo em vista a agilização organizacional de um sector tradicionalmente regulado por critérios e mecanismos uniformes. Deste modo, embora

---

condições de trabalho, sobretudo para os profissionais de prestação de serviços públicos com estatutos de alta qualificação e escassa presença no mercado – como os médicos em particular. A existência de uma regulação uniformizada mesmo no Estado depende da sua política de organização estrutural dos estabelecimentos do sector público e das relações de interacção entre eles. O sistema hospitalar público português, até mais ou menos a 2002, foi um sistema altamente regulado neste sentido, devido à política centralizadora da sua tutela estatal, que se pautava pela uniformização e estandardização das condições de remuneração e de trabalho.

<sup>6</sup> A inexistência de um acordo colectivo para os hospitais EPE vem desde o início da sua constituição, significando que o número crescente de hospitais empresarializados traz como mais directa consequência a desregulação do emprego de um número crescente de profissionais.

existam instruções da tutela que procuram fixar normas gerais para as condições de trabalho dos médicos contratados no sistema,<sup>7</sup> o serviço hospitalar público passa a ser caracterizado por combinações da regulação estatutária da função pública com mecanismos do mercado, específicas e particularizadas em cada hospital. A transferência de competências quanto à gestão de recursos humanos para os conselhos de administração dos próprios hospitais reestrutura o enfoque da acção sindical, tanto em termos da elaboração das reivindicações como em termos da identificação do seu interlocutor. Nos dois sentidos aqui focados, trata-se de uma fragmentação do sistema de relações industriais no sector hospitalar público, o que implica dois problemas estratégicos e táticos para os sindicatos: a descentralização da negociação colectiva e a re-regulação do sector.

Estas dinâmicas, associadas à prossecução de critérios quasi-mercantis e “duros”<sup>8</sup> de gestão, inclusive de gestão de recursos humanos, nomeadamente de eficácia e eficiência, traduzem-se num contexto marcado por uma dupla incerteza – profissional e organizacional –, com consequências mais visíveis no nível micro, mas que, em última análise, espelham uma terceira incerteza situada ao nível macro-sistémico. Estão assim por determinar os contornos que a configuração da prestação de cuidados hospitalares no sistema público português irá assumir, sabendo-se de antemão que esse funcionamento terá consequências sobre o SNS tal qual foi pensado e foi sendo implementado.

Há ainda uma quarta forma de incerteza que pretendemos acrescentar a esta discussão: é a incerteza das próprias relações laborais, ou seja, a incerteza associada aos conflitos laborais que surgem desta situação. Como referiu Streeck (1987) nos primórdios desta prolongada fase actual da desintegração das relações industriais estabelecidas com o “fordismo”, há que gerir a incerteza nas relações entre actores laborais. Portanto é neste contexto que inserimos a problemática do sindicalismo profissional. A administração pública portuguesa tem sido confrontada com uma “reforma revolucionária” das suas relações de emprego, com desafios sérios para as formas de sindicalismo nela existentes. Daí que a incerteza laboral no contexto da actual reforma seja multifacetada (veja-se Stoleroff, 2007). No que toca às “carreiras especiais” nas áreas da saúde, a incerteza laboral é particularmente complexa, devido não só às transformações dos vínculos, como também às formas de avaliação ainda por definir.

---

<sup>7</sup> Por exemplo, com respeito às horas de serviço.

<sup>8</sup> Com o adjectivo “duro” estamos a traduzir aqui a palavra *hard* do inglês, com a qual Storey (1995a) caracteriza a abordagem gestionária de recursos humanos, que privilegia a eficiência e resultados líquidos, em contraste com a abordagem *soft*, que privilegia a qualidade do serviço e a motivação dos trabalhadores pelos objectivos como via de obter melhores resultados (entre outras referências, veja-se Stoleroff, 1996).

Enquadrando este processo numa perspectiva conceptual, estas formas de incerteza remetem para noções de risco na modernidade (Beck, 2000). Estas incertezas que pautam o quotidiano social são aqui problematizadas através das possíveis implicações que a reconfiguração da estruturação da prestação de cuidados hospitalares públicos representa para os profissionais, em concreto para os médicos. Por um lado, as novas relações de emprego – que emergem fora do quadro da função pública – introduzem riscos novos em termos da indefinição da carreira. O contrato torna-se frequentemente indefinido e sujeito a negociação e renegociações em termos individuais, o que implica relações de competição e o risco do emprego não inteiramente protegido e precário, sujeito às pressões do mercado profissional. De facto, as lógicas de oferta e procura constituem a base de um poder negocial diferenciado entre estes profissionais. Por outro lado, a administração hospitalar também fica sujeita às incertezas que derivam de múltiplas negociações, além de que os salários e condições dos profissionais reentram como variáveis potencialmente imprevisíveis e inflacionáveis na gestão da massa salarial estabelecida por orçamentos fixos e constrangidos. A competição para recrutar e fixar bons profissionais entra também potencialmente nas relações entre hospitais.

O sector de saúde público contém várias carreiras “especiais”, mas o motivo de se discutir a (des)regulação do sector através da situação dos médicos prende-se com as suas particularidades profissionais em relação aos outros grupos em presença na prestação de cuidados hospitalares. Decorrente das suas competências técnico-científicas (disciplinares) e da conseqüente legitimidade social de que desfrutam, as formas de contratação associadas com a empresarialização hospitalar favorecem espaços heterogéneos ou diferenciados de reconfiguração nas relações de emprego para estes profissionais: por um lado, a sua posição estratégica e dominante na prestação de cuidados, quer em relação aos restantes profissionais, quer em relação à própria autoridade administrativa, por outro, a situação de pleno emprego (e até escassez de profissionais) em determinadas especialidades médicas.

É sobretudo em relação a este segundo aspecto que o processo de empresarialização hospitalar abre espaço para a reconfiguração do mercado de emprego. Mais do que uma situação de pleno emprego, está em causa a falta de elasticidade do número de profissionais nalgumas especialidades médicas em relação às necessidades da procura. No actual contexto de alteração dos vínculos de trabalho, pode estar em causa a existência de uma dialéctica decorrente da individualização das regras de contratação: se umas especialidades vêm aumentado o seu poder negocial ao nível individual, noutras o excesso de oferta profissional

em relação à procura pode actuar no sentido inverso. Afinal trata-se de um processo em que a mercantilização da força do trabalho se prende ao saber, currículo e reputação diferenciados de cada profissional. A posse de determinados saberes técnicos e especializados mais do que qualificações genéricas pode ser o principal factor a ditar a posição dos profissionais neste mercado de emprego, podendo-se assim entender a escolha da especialidade médica como um recurso instrumental de afirmação competitiva dos médicos.

Nesta senda, a incerteza não significa linearmente constrangimento negativo. No seguimento de uma ideia de Beck (*idem*), as pressões impostas pela flexibilização do mercado de emprego (aqui problematizada em termos da descentralização dos mecanismos de regulação para o nível hospitalar) não são uniformemente sentidas pelos profissionais. Pelo contrário, podem representar possibilidades de negociação de condições de trabalho não existentes até então.

Como foi dito, a incerteza associada a este fenómeno não se extingue no nível profissional. Associada a essa incerteza, e dado que o sector público entra nas regras outrora características do sector privado, chegando mesmo a concorrer com ele na contratação de médicos, estão igualmente em causa incertezas ao nível da qualidade da prestação de cuidados, logo, incertezas quanto ao funcionamento hospitalar.<sup>9</sup> A individualização do contrato viabiliza que os hospitais, a título autónomo, definam incentivos para atrair determinados profissionais, o que, na perspectiva da escolha racional, permite compreender que estes migrem entre as oportunidades consideradas mais vantajosas.

Neste sentido, o que se pretende aqui discutir no resto deste artigo, mais do que os benefícios ou malefícios desta profunda reconfiguração do sector hospitalar público português, é a forma como a introdução de novos elementos no funcionamento dos hospitais e na concepção da prestação pública de cuidados tem alterado substantivamente os modos de regulação da actividade profissional.

---

<sup>9</sup> O problema também não se limita ao âmbito organizacional. A qualidade das prestações públicas no campo da saúde é indissociável do acesso à saúde pública e, nesse sentido, trata-se da questão da forma como o Estado contemporâneo cumpre a sua missão com respeito à cidadania. Aqui então não há uma distinção sensata entre qualidade e quantidade, ou seja, mais prosaicamente, na medida em que os mecanismos dos mercados de trabalho médico emergentes não conseguirem satisfazer as necessidades de serviço não pode haver qualidade nas prestações e, por isso, a questão do acesso universal e de oportunidade igual é reintroduzida na problemática. Também na medida em que a competição entre os mercados público e privado se resolver a favor da atracção dos médicos para as vantagens do privado, os cidadãos com os meios de acesso aos cuidados privados acompanharão os médicos, assim relegando o sector público para um público relativamente desfavorecido. Sobre a relação entre democracia, cidadania e acesso a serviços públicos, veja-se, entre outros, Crouch (2004) e Primo Cella (2008).



## **Políticas de saúde em Portugal: seus contornos e sua caracterização**

Ao longo das últimas décadas tem-se assistido na generalidade dos países europeus à retracção do *welfare state*, em resultado do declínio do “fordismo” e das crises fiscais dos Estados (Lash e Urry, 1987; Esping-Andersen, 1996; Ferrera, Hemerijck e Rhodes, 2000). Em consequência os serviços públicos têm vindo a sofrer remodelações: reestruturações organizacionais racionalizadoras associam-se a reformas da administração pública cujos objectivos se resumem no lema “menos Estado, melhor Estado”, ou seja, uma procura de delimitar as funções do Estado com a intenção discursiva de melhorar a qualidade e aumentar a transparência no seu funcionamento, através da “modernização” não burocrática da sua gestão (para o caso português, veja-se DGAP, 2003). É neste contexto que surgiu a ideologia da *new public management* referida anteriormente.

Não obstante os contornos das reformas em cada país revelarem especificidades decorrentes de factores culturais, históricos, institucionais e mesmo dos actores existentes (ver, p.ex., Oliver e Mossialos, 2005), autores como Sarvas *et al.* (1998) dão conta de três grandes modelos entre os países europeus que suportam a prestação de cuidados e, consequentemente, que influenciam as premissas das reformas a pensar para o sector: 1) o modelo de Beveridge – presente na Dinamarca, Finlândia, Islândia, Noruega, Suécia e Reino Unido –, cujo financiamento se baseia em impostos e em que os prestadores são, sobretudo, de natureza pública; 2) o modelo de Bismarck – na Áustria, Benelux, França, Alemanha e Suíça –, em que o financiamento ocorre por via de seguros sociais, com prestadores públicos e privados; e 3) o modelo presente nos países da Europa meridional – Grécia, Israel, Itália, Portugal, Espanha e Turquia –, e que resulta de articulações entre os dois primeiros modelos. Segundo os autores, Portugal, à semelhança da Grécia, Israel e Itália, tem vindo a apostar na passagem progressiva do modelo de Bismarck para o de Beveridge, o que, na prática, significa o aumento do financiamento do sector da saúde por via de impostos e que as reformas tendem a fazer-se sentir mais nos anos recentes.

O que nos interessa destas reformas em Portugal são os seus impactes para as relações de emprego no sector público (Bach *et al.*, 1999; Ferner, 1994; Jacobi e Kowalsky, 2002; Upchurch, 2003), porque se conformam, em grande medida, com o paradigma da flexibilização e da gestão de recursos humanos que orienta as mudanças no sector privado (Storey, 1995b). Acompanhando os esforços para o desmembramento e a privatização de

serviços ou da sua gestão e o *outsourcing*, são políticas dirigidas à redução de efectivos, à promoção por mérito através de avaliação do desempenho e ao enfraquecimento das protecções especiais dos funcionários públicos (Bach *et al.*, 1999), o que se enquadra na introdução de um regime legal novo, que contempla a conversão dos vínculos da função pública bem como a introdução da contratação individual nas organizações públicas.

À luz de discussões desenvolvidas por autores como Santos (1992) ou Mozzicafreddo (2002), o ímpeto reformista que marca o actual momento político em Portugal enquadra medidas que visam a retracção do Estado ao nível da prestação de cuidados de saúde, e sobretudo de problemas decorrentes da (in)sustentabilidade do modelo social perante os actuais constrangimentos macroeconómicos (veja-se, a este respeito, Kanavos e McKee, 1998). No entanto, a especificidade que Mozzicafreddo aponta ao modelo social em Portugal, nomeadamente a existência de um processo dialéctico entre a *contracção* do peso quantitativo do Estado e a *expansão* do seu papel na regulação colectiva, à luz do processo de empresarialização actualmente em curso, acaba por legitimar o argumento de Santos (1992) de que, para além da retracção quantitativa do Estado, deve ainda ser considerada a sua retracção qualitativa.<sup>10</sup> Veremos isso a seguir, numa análise das implicações qualitativas da diminuição de determinados gastos públicos em saúde e educação.

A par do sector da educação, o sector da saúde é fortemente susceptível a objectivos “reformistas”, já que a sua subsistência depende fundamentalmente do Orçamento de Estado (OE). Ambos os sectores pertencem às denominadas funções sociais do Estado, e o actual contexto de forte restrição orçamental torna incomportável o peso que eles assumem no OE (se o país optar por ficar no sistema da moeda única). A redução do défice foi assim o quadro e o argumento político para se repensar os gastos com as funções sociais do Estado, esperando-se diminuir a responsabilidade deste nestes serviços.<sup>11</sup> Tal como o Observatório Português para os Sistemas de Saúde (2008) diagnostica, o SNS depara-se com um contexto social e político onde a racionalização dos gastos públicos está na ordem do dia, sendo cada vez mais comum falar-se na insustentabilidade das despesas públicas em relação à saúde.

---

<sup>10</sup> Para uma sistematização dos principais argumentos dos autores sugere-se a leitura de Correia (2007).

<sup>11</sup> Esta orientação encontra-se bem presente no discurso político, em que, por exemplo, Correia de Campos, primeiro ministro da Saúde do governo de José Sócrates, e principal impulsionador do modelo empresarial para a gestão hospitalar, afirmava: “As funções de autoridade do Estado dificilmente serão delegadas. Agora a maior parte das funções logísticas e das funções de prestação de serviços é absolutamente indiferente serem prestadas pelo Estado ou pelo mercado. Se o Estado as conseguir prestar em sistema de concorrência, competição saudável, muito bem. Mas não há razão nenhuma para essas funções estarem na esfera pública.” (*Jornal de Negócios*, edição de 25 Janeiro de 2005).

Gráfico 1

Evolução da percentagem do peso dos sectores saúde e educação no Orçamento de Estado (2000/2007)



\* Execução

\*\* Estimativa

\*\*\* Orçamento

Fonte: OE 2002, 2005, 2007

Com base na representação gráfica acima apresentada é notório que os últimos anos comportaram algumas variações na dotação orçamental dos principais sectores que constituem as funções sociais do Estado.<sup>12</sup> Seguindo uma regularidade, grosso modo desde 2005, ambos os sectores analisados têm sofrido quebras orçamentais significativas. No caso concreto da saúde, o orçamento de 2007 foi o mais baixo no período em causa, decaindo 2 pontos percentuais relativamente à estimativa para 2006.

Dois factores inter-relacionados permitem explicar esta quebra na orçamentação na saúde: por um lado, o número crescente de hospitais públicos a sair da alçada do Orçamento de Estado, primeiro com o modelo SA de capitais públicos e posteriormente com as entidades públicas empresariais (EPE) e, por outro, uma reorientação da despesa pública.

Em termos da progressiva empresarialização hospitalar, segundo dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde,<sup>13</sup> em Abril de 2008 existiam 102 prestadores hospitalares em Portugal Continental.<sup>14</sup> É já perceptível o peso das entidades empresariais no sistema de saúde português, englobando praticamente 60% dos prestadores. A empresarialização ocorre até agora desproporcionalmente nos hospitais integrados em centros hospitalares (76% dos hospitais em centros hospitalares) – tabela 1.

<sup>12</sup> Os restantes sectores que compõem as funções sociais do Estado são: segurança e acção sociais; habitação e serviços colectivos; serviços culturais, recreativos e religiosos (cf. Orçamento de Estado em <http://www.dgo.pt/oe/>).

<sup>13</sup> Ver [www.portaldasaude.pt](http://www.portaldasaude.pt).

<sup>14</sup> Esta análise reporta-se apenas ao território continental devido às especificidades da gestão dos prestadores hospitalares nas regiões autónomas. Com efeito, embora os estatutos jurídicos aplicados nestes hospitais assumam a mesma designação, vigora um documento legislativo de âmbito regional que define os estatutos dos Serviços Regionais de Saúde da Madeira e dos Açores, criando especificidades na prestação, regulação e financiamento dos cuidados (ver decreto legislativo regional n.º 4/2003/M para a Região Autónoma da Madeira, e decreto legislativo regional n.º 2/2007/A para os Açores).

**Tabela 1**  
**Contabilização dos prestadores hospitalares em Portugal Continental (2008)**

<b>Prestadores hospitalares</b>			
	SPA	EPE	Total
Hospitais	28	15	43
Hospitais incluídos em centros hospitalares	14	45	59
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>60</b>	<b>102</b>

Fonte: Ministério da Saúde

Em segundo lugar, e intimamente associada à empresarialização dos prestadores públicos, assiste-se a uma reconfiguração da orientação com a despesa pública. Segundo o Orçamento de Estado para 2002, se o período de 1996 a 2002 ficou marcado por uma consolidação da despesa com as funções sociais do Estado (sendo essa evolução regular para a saúde – ver gráfico 1), no Orçamento de 2007 expressa-se a redução de tais funções em detrimento das “outras funções” e das “funções gerais de soberania”.

No campo do Ministério da Saúde, as rubricas da despesa mostram igualmente algumas transformações que são as mais pertinentes para a nossa discussão da desregulação das relações de emprego. Estas ocorreram entre as “despesas com o pessoal” e as “outras despesas correntes”, com um acréscimo substancial da segunda em detrimento da primeira. Assim, se em 2002, 46% da despesa consolidada no Ministério da Saúde se destinava ao pessoal, e 48,3% a outras despesas correntes (OE, 2002), em 2005 a despesa com o pessoal passou para 33,9% da despesa do ministério, enquanto as outras despesas correntes passaram para 61,6% (OE, 2005). No orçamento para 2007 essa tendência tende a aprofundar-se, já que as despesas com pessoal passam para 25,5% do orçamento e as despesas com bens e serviços correntes ascendem a 67,2%.

Não está aqui em causa uma redução do número de profissionais (pelo menos não de forma proporcional à quebra sucessiva da despesa com o pessoal expressa), mas antes a coexistência de diversos vínculos de trabalho (por nomeação, contratos individuais de trabalho a termo indefinido ou a termo certo, e regimes de prestação de serviços) que resulta dos espaços reconfigurados do mercado de emprego, sobretudo de médicos e enfermeiros. Tal como será posteriormente analisado, ao ser viabilizado o recurso sucessivo a formas de contratação menos estáveis e mais individualizadas, os fundamentos da oferta e da procura permitem introduzir diferenças substanciais na regulação do sector. Para já importa apenas

centrarmo-nos na ideia de que o número de profissionais sob a alçada directa do Ministério da Saúde tem diminuído significativamente, ora pelo recurso a trabalho por prestação de serviços, ora pelo número crescente de prestadores incluídos no modelo empresarial – daí que os recursos humanos efectivos do Ministério da Saúde tenham passado de 121.979 em 2001 para 83.073 em 2004 (cf. OE, 2002 e 2005).

**Tabela 2**  
**Comparação entre os diferentes estatutos jurídicos hospitalares**

	Sector público administrativo (SPA)	Estabelecimentos públicos empresariais (EPE)
Principais critérios de gestão	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Centralidade na eficiência dos recursos disponíveis.</li> <li>– Definição com ARS dos objectivos a atingir e dos indicadores de actividade para avaliação de desempenho.</li> <li>– Avaliação do mérito e desempenho dos profissionais, incluindo administradores e directores de serviço.</li> <li>– Sistema de incentivos associados à implementação de práticas eficientes.</li> <li>– Descentralização das funções de gestão de recursos humanos dos conselhos de administração para os directores de departamento e de serviço.</li> <li>– Permissão de contratos de cessão da exploração ou subcontratação a entidades públicas e privadas, sob critérios de eficiência orçamental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Natureza centrada na operacionalização de princípios de racionalidade económica.</li> <li>– Actividade paga pelo Estado, através de “contratos-programa” onde se definem metas quantitativas e qualitativas, calendarização, investimentos necessários, indicadores de desempenho.</li> <li>– Profissionais sujeitos a instrumentos de regulamentação colectiva e regulamentos internos.</li> <li>– Contratação dependente da previsão anual dos orçamentos apresentados ao MS.</li> <li>– Opção do trabalhador pelo regime de contratação a que se sujeita, dependendo daí o regime de protecção social assegurado.</li> </ul>
Organização interna	<ul style="list-style-type: none"> <li>– O governo define a estrutura orgânica interna, a composição, competências e funcionamento dos órgãos hospitalares.</li> <li>– Existência de um regulamento interno a cada hospital que respeite o diploma do governo.</li> <li>– Conselhos de administração estipulam objectivos, meios e os mecanismos de avaliação periódica.</li> <li>– Os funcionários com contratos anteriores ao diploma continuam a reger-se pelas regras da administração pública. A admissão de novos profissionais baseia-se nas normas do contrato individual de trabalho.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Regem-se por regulamentos internos e normas em vigor para os hospitais do SNS compatíveis com a natureza empresarial, e pelo regime jurídico aplicável aos EPE.</li> <li>– Os órgãos constituintes são: conselho de administração, fiscal único e conselho consultivo.</li> <li>– Ao conselho de administração cabe a organização, planeamento, execução e avaliação das actividades hospitalares, do orçamento e dos recursos humanos.</li> </ul>
Tutela	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ministro da Saúde ou administrações regionais de saúde (através da delegação de competências) em aspectos relacionados com o desempenho, organização, orçamentos, cessão de actividades. Por outro lado, os ministros da Saúde e das Finanças definem os parâmetros dos instrumentos de regulamentação colectiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Capital estatutário e membros do conselho de administração definidos conjuntamente pelos ministros da Saúde e das Finanças.</li> <li>– O fiscal único é nomeado pelo ministro das Finanças.</li> <li>– O ministro da Saúde ou as administrações regionais de saúde (sob delegação do ministro) têm a superintendência em matéria de controlo/fiscalização da actividade e aprovação dos objectivos e estratégias.</li> </ul>

Fonte: Lei n.º 27/2002

Até aqui temos vindo a falar da empresarialização sem que, contudo, se tenha ainda dado conta das suas implicações para a prestação de cuidados. Na tabela 2 em cima organizam-se as principais características do funcionamento dos hospitais EPE por comparação com os hospitais SPA segundo três dimensões: principais critérios de gestão, organização interna e tutela.<sup>15</sup>

Como se pode constatar a partir da tabela, os principais pontos de diferenciação que o modelo EPE vem introduzir na organização interna dos hospitais (e que serão seguidamente analisados nesta comunicação) podem ser definidos do seguinte modo: a descentralização das competências para o nível local (organizacional) e a abertura da regulação do sector e sobretudo das carreiras profissionais, compatibilizando as regras aplicadas à administração pública com mecanismos característicos do direito comercial. Daqui decorre que no mesmo hospital possam coexistir trabalhadores com vínculo de emprego público por nomeação ou com contratos a termo ou sem termo e ainda em regime de prestação de serviços ou subcontratação. Este é o quadro em que nos interrogaremos quanto às implicações que decorrem para os sindicatos no modo como se adaptam a esta reestruturação da regulação do sector e como redefinem as suas formas de actuação.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Deixou-se de parte os hospitais SA de capitais exclusiva ou maioritariamente públicos bem como as entidades hospitalares privadas. Em relação aos hospitais SA o motivo deveu-se ao facto de este modelo ter sido substituído pelo modelo EPE (decreto-lei n.º 93/2005). Quanto aos hospitais privados, a opção foi no sentido de que as reformas da administração pública, ao terem influência nesse funcionamento, serão para já de alcance relativo. Note-se que não estamos simplesmente a remeter a relação entre a presença pública e privada no sector para um lugar periférico, já que as dinâmicas políticas recentes têm sido para um progressivo aumento da presença de entidades privadas na prestação pública de cuidados de saúde por via quer das parcerias público-privadas (PPP), quer da concessão da concepção, financiamento, construção e gestão de novas unidades de saúde. São de referir os acontecimentos recentes no Hospital Fernando Fonseca, cuja actividade concessionada a um agente privado – Grupo Mello Saúde – não irá ser renovada para os próximos 10 anos aquando do fim do actual contrato. Com isto, o governo destacou a necessidade de cingir as PPP apenas à construção das infra-estruturas, incluindo a sua gestão no modelo EPE.

<sup>16</sup> Embora o enfoque nesta comunicação seja nos processos de reconfiguração introduzidos pela empresarialização hospitalar, importa não deixar de referir que a reconfiguração acaba por ser igualmente identificada no próprio SPA. Nestes hospitais vigoram as “tradicionalis” regras do funcionalismo público, em que o Estado exerce uma intervenção mais directa no funcionamento hospitalar. Todavia, isto não significa que o sector público administrativo mantenha as dinâmicas que fizeram dele um sistema “*excessivamente dispendioso, rígido e burocratizado*” (resolução do Conselho de Ministros n.º 124/2005). Assim, se os EPE são definidos segundo princípios de descentralização ou mesmo de individualização das relações laborais, as medidas reformistas aplicadas no SPA levam-nos a equacionar um processo de esbatimento das distâncias de gestão organizacional e financeira com o sector empresarial do Estado. Claro que através de outros mecanismos, mas sem dúvida que, se tivermos por base os quatro principais eixos de reforma da administração pública, percebe-se em que moldes os hospitais públicos passam invariavelmente por reconfigurações da concepção organizacional, fundamentalmente através da incorporação de objectivos de agilização da prestação pública de cuidados, ao mesmo tempo que se incorporam medidas de gestão de recursos humanos, no sentido da flexibilidade e do controlo dos profissionais.

## **Implicações da empresarialização (I): a descentralização dos níveis de decisão**

A empresarialização hospitalar emergiu como orientação da política pública de saúde no contexto de reforma da administração pública, focalizada sobretudo na necessidade de optimização dos recursos públicos, implicando, entre outras coisas, a diversificação das entidades empregadoras na prestação de cuidados de saúde. Queremos argumentar aqui que, em resultado do desenvolvimento desta política, o nível micro do hospital (ou centro hospitalar) tem emergido como sede da regulação das relações de emprego, transferindo poderes negociais efectivos do nível central (governo) e do nível meso/intermédio (administrações regionais de saúde) para os conselhos de administração dos hospitais, que acabam por assumir um papel nuclear na concepção, gestão e organização da prestação de cuidados, como também na negociação com os sindicatos.<sup>17</sup>

Em primeiro lugar, ao governo, em concreto aos ministros da Saúde e das Finanças, cabem, cada vez mais, funções de controlo e de fiscalização da execução dos prestadores do sector empresarial do Estado, funções estas que, para os hospitais do sector público administrativo, se conjugam ainda com a regulação e parte da gestão das organizações.

Em segundo lugar, a emergência do hospital como sede de poder “patronal” e a relegação do governo para funções de fiscalização põem em causa o papel das administrações regionais de saúde neste domínio, sobretudo em relação aos hospitais EPE. Baseamos este argumento no desenho institucional do poder público português, onde as ARS até 2006 tinham uma autonomia bastante delimitada. Portanto, o exercício das suas funções dependia de forma mais directa e inequívoca da delegação de competências por parte do poder central, sobretudo numa lógica de desconcentração relativa de funções. No entanto algumas alterações legais pertinentes foram levadas a cabo pelo actual governo socialista. Com o decreto-lei n.º 212/2006 (de 27 de Outubro) as ARS foram integradas enquanto institutos públicos (IP) conduzindo-as para a administração indirecta do Estado. Como consequência passaram a ser pessoas colectivas de direito público, dotadas de personalidade jurídica e autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Contudo, paralelamente a este processo de descentralização de competências para o nível meso, a crescente empresarialização dos hospitais tem vindo a retirar espaço de competências às ARS em favor dos CA. Por outras palavras, por via do actual processo de empresarialização dos hospitais públicos, com o aumento de responsabilidades dos respectivos conselhos de administração na gestão dos

---

<sup>17</sup> A partir de uma análise efectuada à actividade sindical no sector hospitalar de 2002 a 2007, das 345 iniciativas analisadas cerca de 63% foram dirigidas para o nível micro das relações laborais – hospitais.

hospitais através da elaboração, aplicação e controlo de diplomas internos a cada organização hospitalar, as administrações regionais de saúde foram perdendo espaço de intervenção nesse domínio em comparação com a situação anterior dos SPA.

Em resumo, a mitigação do papel das ARS e a emergência do nível micro dos CA hospitalares tipifica o desenvolvimento do lado empregador nas relações do emprego no sector público hospitalar. No decorrer de cinco anos de reforma, os processos negociais, em particular com os sindicatos médicos, poucas vezes convocaram as ARS do país, mesmo após a alteração legislativa referida e para questões situadas ao nível regional/distrital, onde, à partida, se esperaria maior intervenção destes organismos públicos.

Note-se, contudo, que isto não significa simplesmente uma ausência das ARS nos processos negociais, nem tão-pouco uma constrição de todas as suas funções, já que a aplicação de diplomas legais em matérias como, por exemplo, o pagamento de horas extraordinárias e a gestão dos profissionais com vínculo de emprego público por indicação ministerial pode passar pela sua aprovação.<sup>18</sup> Portanto, se por um lado, as ARS detêm a capacidade de influência dos processos negociais, muitas vezes mediando a relação nem sempre pacífica entre governo, conselhos de administração e sindicatos, por outro, constata-se a sua falta de autonomia, estando em última instância dependentes da aceitação ministerial, sobretudo quando as reivindicações envolvem aspectos que se repercutem sobre o orçamento público e sobre o financiamento dos hospitais.<sup>19</sup>

Em terceiro e último lugar, como temos vindo a afirmar, a acção dos CA cumpre uma intenção clara do actual governo de dotar o nível micro de relações laborais com mais competências, o que em grande parte explica a redução da intervenção do nível meso, ou seja, das ARS.

Sistematizando o que temos vindo a propor, há uma descoincidência entre o desenho formal e legislado das relações de trabalho no sector da saúde e os seus contornos práticos emergentes. É isso que se pode comprovar através da figura abaixo apresentada. Se, por um

---

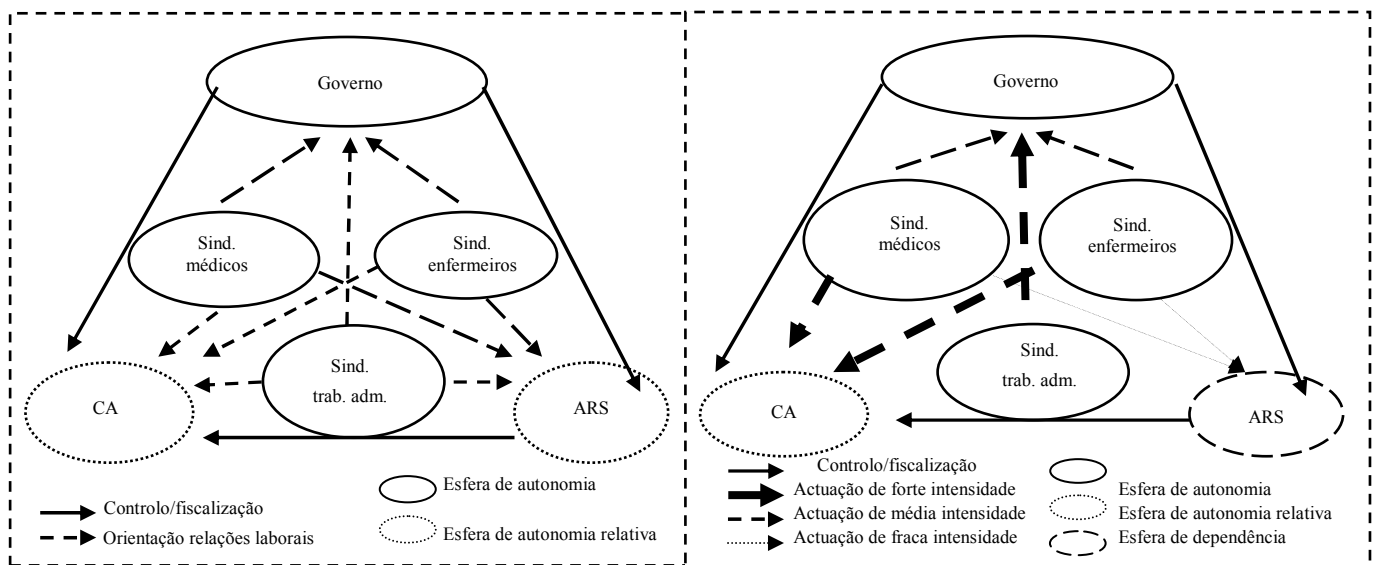
<sup>18</sup> Apresentam-se de seguida alguns exemplos particulares do modo como a actuação das ARS em diferentes processos negociais com sindicatos surtiu efeitos práticos. Em Março de 2002, perante um pré-aviso de greve emitido pelo SIM – Sindicato Independente dos Médicos – a todas as horas extraordinárias, somente após a deliberação da ARS do Algarve de aplicar o diploma legal referente ao pagamento de horas extraordinárias, os conselhos de administração do Hospital Distrital de Faro (SPA) e do Hospital do Barlavento Algarvio (SA) se comprometeram a pagar as horas extraordinárias reivindicadas pelos médicos, com os respectivos retroactivos. Situação semelhante, no assunto reivindicado, nos actores envolvidos e nos resultados alcançados, ocorreu em Setembro de 2002, agora com a ARS do Norte em relação ao IPO do Porto (SPA).

<sup>19</sup> Em Julho de 2003, o SIM denuncia que o acordo prévio estabelecido com a ARS do Centro e com o conselho de administração do Hospital Infante D. Pedro sobre o pagamento uniforme das horas extraordinárias não foi cumprido devido à falta de processamento financeiro do Ministério da Saúde. Perante o desencadeamento de uma greve total, no final desse mês, o Ministério das Finanças viabilizou esse pagamento, pondo fim ao período de contestação que se fazia sentir.



lado, as reivindicações dos diferentes sindicatos profissionais – médicos, enfermeiros e trabalhadores administrativos – têm a possibilidade de serem orientadas para os níveis micro, meso e macro, sendo representados pelos conselhos de administração, ARS e governo respectivamente, por outro, observamos empiricamente que os sindicatos dos médicos (Sindicato dos Médicos da Zona Norte, Sindicato do Médicos da Zona Centro, Sindicato dos Médicos da Zona Sul e Sindicato Independente dos Médicos) e dos enfermeiros (Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Sindicato dos Enfermeiros e Sindicato Independente dos Profissionais de Enfermagem) revelam a tendência de orientar as suas reivindicações maioritariamente para o nível micro, enquanto que os sindicatos de representação dos trabalhadores da administração pública (Sindicato dos Trabalhadores da Administração Pública e Federação Nacional dos Sindicatos da Função Pública) dirigem as suas reivindicações exclusivamente para o nível macro.<sup>20</sup>

**Figura 1**  
**Comparação entre a definição formal e legislada das relações laborais no sector e a sua concretização real e emergente**



<sup>20</sup> Embora existam diferenças significativas na quantidade e no conteúdo das matérias reivindicadas entre os diferentes sindicatos que representam os mesmos grupos profissionais, acaba por ser analiticamente relevante agrupá-los por profissões – médicos, enfermeiros e trabalhadores administrativos.

O que está em causa é que, se por um lado, internamente, os representantes dos médicos e dos enfermeiros expõem uma falta de consenso na maioria dos assuntos reivindicativos, chegando a expressar desacordos com outras estruturas sindicais representantes do mesmo grupo profissional, por outro, externamente, há uma imagem de unidade profissional que se procura disseminar. Esta uniformidade dirigida para fora da profissão acaba por ser percebida quer pelas instâncias de regulação da actividade profissional, na procura de legitimação e de um maior peso nas reivindicações, quer pelos restantes grupos profissionais.

É ainda de salientar que o motivo de não se ter considerado o caso dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica nesta análise diz respeito a uma posição pouco centrada nos aspectos de reforma da administração pública, sendo de notar que a carreira das 18 profissões que constituem este corpo profissional se caracteriza por ter uma menor dependência do sector público do que os três grupos profissionais analisados. Em todo o

A principal mudança envolvida neste processo do ponto de vista da actuação sindical é a necessidade de os sindicatos se concentrarem nos problemas específicos e circunscritos de cada hospital. O hospital (ou centro hospitalar) emerge tendencialmente e em graus variados como o *locus* da acção sindical das profissões de saúde, sendo aqui analisados os sindicatos médicos. Portanto, a relação entre os parceiros sociais, o conteúdo das reivindicações, os processos de negociação ou os resultados alcançados têm uma validade e uma concretização espacial circunscrita, pelo que se afirma que as relações laborais, apesar de serem sujeitas aos mesmos constrangimentos estruturais e conjunturais, de hospital para hospital tendem a assumir como característica uma contingencialidade circunscrita quanto aos problemas e às matérias a negociar em cada caso. Assim, o conselho de administração emerge como actor determinante no modo como esses processos são resolvidos. Porém, pode-se perguntar se esta diferenciação/descentralização de circunstâncias será sustentável para um sistema público de saúde, nomeadamente para o seu sistema de relações industriais.

Esta tendencial descentralização da regulação do sector convoca para debates já com alguma tradição no campo das relações industriais com respeito à capacidade de adaptação das estratégias sindicais às mudanças provocadas nas relações de emprego (Baglioni, 1990; Katz, 1993; Traxler, 1995; Alaluf e Prieto, 2001). Em vez da imagem de um sector hospitalar, a empresarialização reúne simultaneamente diferentes realidades organizacionais, contextos e resultados da negociação. Afinal, as características de um hospital não são extensíveis a outro hospital. Daí que a deslocalização do *locus* da regulação laboral para o nível micro arrasta a acção sindical para um *locus* descentralizado, contrariando eventuais resistências “ideológicas” que possam ter sido adequadas ao modelo anterior de regulação centralizada.<sup>21</sup> Como constatámos empiricamente em cima, encontramos tendências diferenciadas nesse sentido entre os sindicatos dos médicos, dos enfermeiros e dos trabalhadores administrativos, o que nos leva a formular uma hipótese no sentido de relacionar os diversos graus de profissionalização e os diversos graus de poder negocial que os profissionais possuem individualmente no mercado do emprego com as propensões reivindicativas dos seus sindicatos. Quanto aos sindicatos dos próprios médicos, verifica-se uma diferenciação táctica na forma como as respectivas frentes lidam com estas circunstâncias mas estrategicamente convergem na reivindicação da negociação de um

---

caso, no projecto de investigação em que este artigo foi desenvolvido é feita uma análise específica aos técnicos de diagnóstico e terapêutica.

<sup>21</sup> É interessante contrastar a capacidade dos sindicatos profissionais neste âmbito na situação actual com os sindicatos industriais nos processos de privatização do início dos anos 1990. Veja-se Stoleroff (1988) e Stoleroff e Naumann (1993) sobre os problemas de adaptação estratégica dos sindicatos dos metalúrgicos face à privatização na Siderurgia Nacional.

acordo colectivo para o sector, na procura de uma re-regulação das relações de emprego nas circunstâncias novas de um sistema descentralizado organizacionalmente.

Importa assim considerar que a forma como localmente o sindicalismo se assume dependerá do papel que historicamente e socialmente os diferentes sindicatos foram representando em cada país (Golden, 1992; Pontusson, 1992; Ross e Martin, 1999), mas hoje em dia e cada vez mais, irá depender do modo como cada um deles se irá adaptar a esta descentralização. Tal como Lloyd (2002) refere, neste contexto de descentralização dos serviços nacionais de saúde europeus, se, por um lado, a actividade sindical tem vindo a crescer no nível micro das relações laborais, por outro, os seus resultados apresentam variações significativas entre unidades hospitalares. Portanto, olhando para o panorama sindical português neste novo contexto, a constatação de alguma diferenciação na identificação de *loci* contrastantes da acção sindical médica é indicadora de formas diferentes de adaptação à descentralização aqui analisada. Uma questão derivada dessa observação é em que medida a experiência da adaptação levará a novas orientações estratégicas para a acção sindical.

Isto significa que nem é correcto pressupor à partida uma crise sindical dentro deste contexto de mudança da regulação do sector, nem tão-pouco predizer qual a configuração da estrutura sindical que melhor responde a estes desafios (pensamos, especificamente, na comparação entre estruturas sindicais de âmbito nacional e de âmbito regional). Portanto, e na linha de argumentação de Stoleroff (2007), o facto de as relações laborais ao nível micro estarem envoltas numa variabilidade acentuada de estratégias de gestão, o que condiciona substantivamente os seus resultados, deixa antever que a maior ou menor capacidade de adaptação sindical à descentralização passa em primeiro lugar pelo reconhecimento de que o sector hospitalar hoje em dia se rege por lógicas de funcionamento novas e distintas.

Estas diferenças acabam por ter implicações no significado do sindicalismo e no modo de compreender a intervenção sindical neste sector. Segrestin (1985, referido por Carapinheiro, 2004: 59) apresenta uma dicotomia entre as associações profissionais, nomeadamente entre as sindicais e as não sindicais. Se as primeiras são associadas a uma “lógica predominantemente associativa, isto é, de representação dos interesses do trabalho e do emprego”, as segundas são sobretudo perspectivadas segundo uma “lógica predominantemente profissional, isto é, de visibilidade, reconhecimento e legitimidade social das profissões.” Dado o actual panorama das relações laborais na saúde, importa questionar a adequação desta distinção, parecendo que a actividade sindical conjugue, ou possa conjugar, as lógicas associativas com as profissionais. Um dos aspectos que a

empresarialização hospitalar implica é o reforço da linha de autoridade administrativa do hospital. À luz dos contributos de Carapinheiro (1993), e dadas as características específicas do hospital enquanto organização burocrática, mudanças na autoridade administrativa irão provocar efeitos na autoridade profissional (médica). Mesmo não sabendo para já quais são esses efeitos,<sup>22</sup> não se pode pressupor que os sindicatos, enquanto representantes de interesses profissionais, não incluam na sua intervenção aspectos que Segrestin remeteu predominantemente para as associações profissionais não sindicais. Ilustrando este argumento, na análise da actividade sindical médica nos últimos cinco anos foi constante a valorização dos sindicatos em torno da legitimidade social da profissão médica, decorrente daquilo que entendem ser a centralidade na prestação de cuidados e, conseqüentemente, da sua posição no desempenho hospitalar. Estes argumentos, nitidamente associados a uma lógica profissional, são aplicados tendo em vista a defesa e legitimação no plano associativo, sobretudo para o envolvimento dos sindicatos na consulta e negociação das alterações legais que vierem a ter lugar.

## **Implicações da empresarialização (II): a regulação do sector e o mercado de trabalho**

Viu-se de que modo a descentralização das competências e da regulação do sector para o nível micro das relações laborais tem vindo a introduzir alterações no sistema hospitalar em Portugal. No entanto, torna-se ainda necessário discutir as implicações de esta descentralização ocorrer num contexto de forte restrição orçamental, sobretudo no que pode representar em termos da concorrência entre os prestadores de cuidados hospitalares e o funcionamento do mercado de emprego dos médicos.

Sintetizando, estamos perante dois vectores de concorrência: tanto do lado dos profissionais envolvidos nessa prestação, como entre quem presta cuidados de saúde.

Esta questão prende-se com a autonomia da acção dos conselhos de administração. Entender os hospitais sob o ponto de vista empresarial implica considerar a sua capacidade de afirmação competitiva, em particular para a atracção de determinados profissionais. Todavia, tem de se tomar em conta que a transferência de competências do nível central para o nível organizacional hospitalar também significa que o capital estatutário do hospital tem de ser

---

<sup>22</sup> Esta temática é o ponto central do projecto de tese de doutoramento de Tiago Correia (ver [www.cies.iscte.pt](http://www.cies.iscte.pt)).

gerido em contextos de abertura às lógicas de mercado, acrescentando o facto de ainda não existir um acordo colectivo do sector que regulamente o mercado de emprego dos profissionais de saúde. Esta falta de regulamentação, com aplicabilidade directa sobre os hospitais-empresa tem-se traduzido num acentuado foco de contestação por parte das duas estruturas sindicais de representação dos médicos (Sindicato Independente dos Médicos e Federação Nacional dos Médicos), já que uma parcela substancial da diferenciação intra e interorganizacional decorre deste vazio legal. Mas, apesar do consenso sindical em relação à função e à necessidade do ACT para a re-regulação do mercado de trabalho médico, a leitura destes sindicatos em torno das consequências deste contexto não é absolutamente coincidente. Enquanto que a perspectiva da FNAM se centra nos efeitos perversos que a diferenciação das regras laborais entre os profissionais inseridos na mesma diferenciação técnico-científica representa para a qualidade da prestação pública de cuidados, no discurso do SIM a tónica centra-se na abertura de possibilidades negociais que esta situação revela para os profissionais, o que não representa necessariamente um declínio para a qualidade do serviço público de saúde.

A discussão sobre as implicações que a reorganização do mercado de emprego pode representar para a profissão médica convoca um debate já antigo sobre o poder e autoridade desta profissão. Freidson (1994), por exemplo, refere que nos anos 70 emergiu entre autores ingleses e americanos uma perspectiva crítica sobre o poder médico e sobre o modo como os médicos detinham e detêm uma posição social, económica e política dominante no seu domínio de actuação profissional. Vaticinou-se nessa altura uma reconfiguração desta profissão, ora para a sua proletarização, ora para a quebra do seu status. Contudo o autor refere que o “profissionalismo” presente nas profissões de elite, a autoridade técnica, administrativa e cultural e o conseqüente controlo que representam sobre a sociedade, para além de não estarem a desaparecer, parecem mesmo renascer sob novas formas.<sup>23</sup>

O aspecto que aqui nos interessa analisar prende-se com os efeitos que a atomização das relações laborais e um clima de concorrência crescente entre os profissionais podem significar para o poder da profissão médica. Longe de se pressupor a classe médica enquanto corpo unificado, homogéneo e não estratificado (Freidson, 1986), este é um caso paradigmático da capacidade de acesso e fechamento a saberes e poderes (Carapinheiro, 1993), transparecendo para os demais grupos profissionais uma imagem solidária e de ampla partilha de interesses.

---

<sup>23</sup> Como refere o autor: “I use the word *profession* to refer to an occupation that controls its own work, organized by a special set of institutions sustained in part by a particular ideology of expertise and service. I use the word *professionalism* to refer to that ideology and special set of institutions.” (Freidson, 1994: 10)

A profissão médica inscreve-se no conjunto de profissões que Freidson (1994: 32-33) define enquanto profissões com total poder para controlar o seu próprio trabalho, possuindo associações independentes do Estado e do patronato, que organizam e administram um corpo de conhecimentos e de competências. A desregulação do mercado médico pode traduzir-se em novas pressões para os profissionais mas, corroborando os argumentos de Freidson, não está em causa por isso um aumento da sua proletarização nem muito menos uma quebra do seu status, tanto profissional como social. O que parece acontecer é uma crescente noção de mercantilização do seu saber, nomeadamente do saber especializado que formalmente é definido por colégios de especialidade, pois daí depende a capacidade de os profissionais negociarem individualmente as suas condições de emprego. Tal significa que, mais do que nunca, a escolha das especialidades médicas, além de continuar a representar uma hierarquização profissional interna, ao influenciar a capacidade individual de afirmação dos profissionais no mercado de emprego, reproduz e acentua essa hierarquia profissional. No seio da profissão, os momentos de concorrência que representam os internatos e os exames de especialidade podem ser assim exacerbados, sendo essa uma escolha cada vez mais instrumental e estratégica para o seu futuro na diferenciação entre os seus pares.

Neste sentido, importa clarificar o que justifica que as especialidades funcionem enquanto elemento de distinção dos profissionais e que relação se estabelece com a regulação do mercado profissional. Antes do actual processo de empresarialização, os profissionais tinham como único vínculo de trabalho o vínculo público de emprego seguindo princípios de carreira. Aqui, a diferenciação e hierarquização decorrentes da escolha das especialidades advinha do número de profissionais para cada uma delas, anualmente definidas pelo ministro da Saúde, sendo o acesso às especialidades estratificado por quotas. No entanto, sob a alçada de lógicas colectivas de contratação, aspectos como condições de progressão na carreira, escalões profissionais, salários, horas de trabalho, férias, folgas e dias de descanso eram uniformizados. O que acontece agora é que sem estes princípios uniformizadores, a maior ou menor procura das especialidades, enquadrável à luz da procura do mercado, pode significar a maior ou menor capacidade de, individualmente, os médicos negociarem os termos dos seus contratos.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Actualmente o trabalho médico é vinculado através de nomeação, de contratos individuais de trabalho (a termo certo e incerto), contratos administrativos de provimento e através da prestação de serviços contratualizados entre o hospital e empresas externas. Segundo dados avançados pelo bastonário da Ordem dos Médicos, Pedro Nunes, com base no exemplo de um hospital EPE, entre médicos sem qualquer diferenciação técnica mas com diferentes vínculos ao hospital, o pagamento por hora variava entre os 11 e os 80 euros (*Jornal de Notícias*, edição de 19 de Abril de 2008).

Uma coisa é a maior diferenciação e competitividade interna à profissão, e que é inquestionável em todo este processo, outra é a ameaça à imagem de classe profissional e aos interesses corporativistas que sempre caracterizaram os médicos. Com efeito, fica por saber quais as consequências deste processo para a imagem de unidade e de protecção mútua entre os pares. Utilizando a terminologia de Freidson, dado o facto de os médicos poderem ser vistos enquanto profissão com total poder, estes factores potenciais de cisão podem ser vistos enquanto mecanismo de reforço da sua centralidade e de reprodução do seu poder e status. Se, por um lado, a escassez de médicos em algumas especialidades na lógica pura de mercado é vista como um aumento da concorrência da procura (hospitais) para a pouca oferta (médicos) existente, por outro, falar-se na abundância de médicos noutras especialidades nunca é na verdadeira acepção da palavra. Esta profissão não se caracteriza por um excesso de profissionais em relação às necessidades do mercado de emprego, pelo que falar na abundância de determinados médicos é referir que, comparativamente com aqueles em que a falta é mais sentida, o poder individual de negociação dos termos da contratação acaba por não ter condições de se fazer sentir tão nitidamente.<sup>25</sup>

Do ponto de vista da concorrência entre os prestadores de cuidados, importa perceber que este processo de empresarialização da prestação pública de cuidados representou uma maior intersecção com as regras presentes na prestação privada. Afinal o funcionamento dos hospitais públicos passa invariavelmente pela necessidade de resposta a uma situação de dupla concorrência: com os demais hospitais públicos, como com os prestadores privados na atracção de profissionais.<sup>26</sup> Isto pode ter efeitos perversos na qualidade da prestação de cuidados. No plano hipotético, o que acaba por ser corroborado pelo OPSS (2008), a ideia de livre concorrência deixa, à partida, os hospitais EPE em desvantagem em relação aos prestadores privados, já que num contexto de constricção orçamental, em que aos conselhos

---

<sup>25</sup> E esta é uma diferença substancial em relação a outras profissões envolvidas na prestação de cuidados hospitalares, como é o exemplo dos enfermeiros. Para estes, a individualização das regras contratuais e a inexistência do ACT não se traduzem num aumento da sua capacidade reivindicativa, o que na opinião do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (SEP) deriva de uma indiferenciação técnica destes profissionais.

<sup>26</sup> A saída de médicos do SNS ocorre por diferentes vias: desde a exoneração do vínculo público, passando pela licença sem vencimento, que pode chegar até 10 anos, ou pelo recurso a reformas antecipadas. Em notícia publicada no *Diário de Notícias* (edição de 20 de Abril) é referido pelas estruturas sindicais médicas, pela Ordem dos Médicos e pela actual ministra da Saúde, Ana Jorge, que esta transição de médicos do sector público para o sector privado pode levar a uma importante quebra para a prestação pública de cuidados de saúde. Segundo estimativas apresentadas pelo Sindicato Independente dos Médicos, entre 2006 e 2007, cerca de 400 médicos solicitaram a desvinculação do serviço público ou pediram licenças sem vencimento, acrescendo outros 400 médicos que se aposentaram. Todavia, um dos argumentos que melhor espelha as consequências da concorrência entre prestadores é o aumento de salários que o bastonário valoriza como forma de evitar a preferência pelo sector privado.

de administração dos hospitais são dadas orientações de acção tendo em vista a eficiência do desempenho organizacional, a capacidade de contra-resposta à atracção possível no sector privado encontra-se limitada.<sup>27</sup>

Além disso, importa considerar que a tendencial orientação para a captação individualizada dos profissionais abre possibilidades de uma distinção da qualidade técnica dos recursos humanos, logo, de uma maior diferenciação da qualidade dos serviços prestados dentro da rede hospitalar pública portuguesa.

A influenciar esta diferenciação no interior da prestação pública de cuidados hospitalares está ainda a dimensão geográfica. Temos vindo a assistir ao aumento das vagas de médicos estrangeiros dada a falta de recursos humanos no SNS, sobretudo no interior do país.<sup>28</sup> Isto significa que as lógicas de mercado que afirmamos estarem a contribuir para a diferenciação profissional e mesmo organizacional complexificam-se com a entrada de profissionais externos ao corpo dos médicos formados em universidades portuguesas, para os quais se pode prever a dotação de médicos consoante as necessidades sentidas na prestação de cuidados.

Do ponto de vista teórico, este exemplo da movimentação de profissionais dentro do país, mas também de fora para dentro, perspectiva mais do que nunca a necessidade de uma leitura sobre o sistema de saúde português através dos modelos sistémicos abertos, que autores como Katz e Kahn (1966) desenvolveram. Existem assim diferentes níveis com influência sobre os conteúdos da contratação, a começar pela atracção que a actual situação do mercado de emprego médico em Portugal representa para os profissionais estrangeiros (com especial relevo para o mercado médico espanhol, dada a proximidade geográfica e linguística e o reconhecimento académico para o exercício profissional). Deparados com uma escassez de concorrência, demonstram uma orientação estratégica da sua acção para vir trabalhar, mas também para regressar ao seu país de origem.<sup>29</sup> Dada a actual configuração da prestação

---

<sup>27</sup> E isto é notório no modo como estão definidas as componentes de avaliação dos gestores dos hospitais EPE. Segundo o secretário de Estado da Saúde, Francisco Ramos, o actual modelo de avaliação baseia-se predominantemente em informações económico-financeiras, o que se prevê ser alterado em 2009 com uma redefinição dos critérios de avaliação e dos seus ponderadores (*Diário Económico*, edição de 13 de Maio de 2008).

<sup>28</sup> Por exemplo, no Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, onde, dos 103 médicos vinculados ao hospital, 12 eram médicos espanhóis com vínculo ao quadro e 26 a prestação de serviços (*Público*, edição de 17 de Junho de 2008).

<sup>29</sup> Sobre a perspectivação da acção estratégica dos médicos estrangeiros em relação à falta de concorrência, “Sousa Santos [presidente do conselho de administração do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo] reage, dizendo não ter condições financeiras para corresponder às exigências que estão a ser colocadas pelos médicos espanhóis, que tentam fazer valer as enormes dificuldades resultantes da falta de médicos na região alentejana. “Pagamos 3000 euros para os aguentar, enquanto os da carreira têm que suar a estopinhas para ganhar o equivalente.”” Por outro lado, quanto ao regresso de médicos estrangeiros ao seu país de origem: “O fluxo de



pública de cuidados hospitalares torna-se assim impensável analisar o sector sem contemplar o funcionamento do mercado de emprego médico estrangeiro.

Sistematizando estes argumentos, as incertezas do funcionamento do sistema de saúde decorrem de duas dimensões diferentes mas indissociáveis de acção estratégica. Por um lado, a estratégia empresarial hospitalar diferenciada por três vectores: o espaço onde o hospital se encontra, as especialidades médicas necessárias e a situação orçamental. Por outro lado, temos a estratégia individual dos profissionais neste contexto de desregulação do sector e de entrada de profissionais de outros países. Tanto numa dimensão como na outra, percebe-se então em que sentido a conceptualização do sistema de saúde português necessita de uma leitura aberta à influência do mercado de trabalho estrangeiro, visto introduzir efeitos significativos sobre a relação de oferta e procura de trabalho, o que se traduz numa oscilação da capacidade de negociação do conteúdo dos contratos de trabalho.

## **Pistas de reflexão**

Mais do que encerrar, este artigo propõe iniciar um debate sobre as implicações da reforma dos hospitais portugueses do ponto de vista das incertezas que introduz no mercado de trabalho médico, o que, conseqüentemente, acaba por conduzir para a questão da uniformidade da qualidade da prestação de cuidados públicos de saúde. É por isso possível afirmar que se vive um verdadeiro momento de reforma e de mutações no sector da saúde e não apenas de mudanças incrementais.

Constatámos neste texto que o SNS tem sido marcado por significativos processos de diferenciação interna, sendo, por isso e para já, impossível predizer quais as conseqüências futuras para a prestação pública de serviços de saúde. Actualmente, a negociação do acordo colectivo do sector ainda está em fase de negociação, não sendo possível predizer os seus contornos mais específicos e, portanto, as reais implicações para a re-regulação do mercado profissional e para as relações laborais no sector hospitalar. Trata-se de um desafio prioritário para o sindicalismo, aceite por todos os actores sindicais. Para os sindicatos médicos em

---

médicos galegos, extremenhos, andaluzes e de outras regiões de Espanha ‘está praticamente parado’, confirma Carlos Lopez Salgado, vice-presidente de Profissionais de Saúde Espanhóis em Portugal (APSEP). ‘Agora, os espanhóis estão a procurar oportunidades de trabalho na sua região de origem’, diz. As unidades de saúde nas zonas raianas já estão a ressentir-se da falta de médicos espanhóis. Em 2007, entre 800 e mil médicos espanhóis exerciam a sua actividade no Norte de Portugal, na grande maioria nos centros de saúde, diz o número dois da APSEP. Cinco anos antes havia três mil. Neste momento, a estimativa (não há dados oficiais) aponta para menos de dois mil médicos espanhóis no Norte.” (*Público*, edição de 17 de Junho de 2008)

particular, a sua concretização representará uma potencial base de correcção de condições de emprego que têm sido bastante desreguladas, através de uma uniformização de regras básicas, ou seja, pelo estabelecimento de normas que retirassem determinadas condições da competição – pelo menos dentro do sector público. Sem este mecanismo na re-regulação do sector, o emprego público (analisado aqui com base no emprego médico) continuará a desenvolver-se num contexto de exacerbada incerteza, pondo em causa não só a representação colectiva do grupo profissional, mas toda a economia do mercado de trabalho médico, e pondo mesmo em causa a viabilidade da prestação adequada dos cuidados públicos de saúde.

Sob a perspectiva da actuação sindical, foi defendido em que medida a empresarialização está longe de ameaçar o sindicalismo dos médicos. Enquanto a empresarialização puser em causa o modelo sindical derivado da função pública, ela também abre, em primeiro lugar, novas possibilidades de desenvolvimento de um sindicalismo dirigido estrategicamente para a contratação. Implicando uma necessária adaptação à multiplicidade de regras de trabalho em presença e à multiplicidade de interlocutores, uma orientação da negociação sobretudo para o nível micro das relações laborais pode abrir espaços de maior envolvimento do trabalhador com o actor sindical. Nem por outro lado é possível inferir que este processo em que os conselhos de administração são dotados de maior protagonismo e poder na gestão hospitalar dificulte os canais de diálogo com os sindicatos. Pelo contrário, torna-se mesmo possível que assuntos outrora comuns e uniformizados, sem abertura de negociação por parte do poder central, sejam agora localmente discutidos com desfechos variados. Isto traduz-se numa maior intervenção dos sindicatos a este nível, exigindo um conhecimento aprofundado das diferentes problemáticas existentes em cada hospital. Finalmente, a reivindicação e a negociação de um acordo colectivo abrangente para o sector hospitalar público empresarial fortalecerá as potencialidades de uma nova forma de representação sindical dos profissionais médicos.

É este um momento em que possivelmente as lógicas de intervenção sindical se estarão a modificar, sem nunca perder a função de defesa dos interesses profissionais perante as entidades empregadoras, sendo os próprios trabalhadores a reconhecer ao sindicato legitimidade para intermediar a sua relação individual de trabalho com o seu empregador. Daí que, em segundo lugar, dada a particularidade dos elevados recursos profissionais dos médicos, o sindicalismo médico tenha condições propícias para desenvolver-se por dois “canais” de actuação: o canal de uma re-regulação pela negociação de convenções colectivas no mercado de trabalho do sector (articulando os interesses dos médicos no sector público e no sector privado), e um canal de representação dos médicos nas vertentes individualizadas

da relação de emprego. O sindicalismo médico poderia realisticamente e estrategicamente contemplar a representação do médico na sua relação de emprego entendida num sentido mais amplo do que na forma sindical paradigmática da função pública, ou seja, a própria representação sindical poderia integrar a representação do médico no que toca aos aspectos individualizados da sua contratação como intermediário – ou quiçá como agente. Dessa forma, o sindicalismo poderá acrescentar a sua atracção para o profissional, assumindo e proporcionando um apoio colectivo organizacional ao médico individual num contexto desregulado.

Não é necessariamente nossa pretensão nesta conclusão extrapolar da situação do mercado de trabalho profissional médico “lições” para o sindicalismo em geral. O tipo de diferenciação dentro do grupo profissional deriva de factores complexos que estruturam o trabalho médico, trabalho este que é profissional e altamente qualificado, conforme vários eixos disciplinares e organizacionais. Por isso, é verosímil pensar na virtualidade de uma regulação do mercado de trabalho não inteiramente uniformizada, com base em regras básicas. (Aliás, tais regras deveriam corresponder às orientações do público com respeito à política pública de saúde.) Contudo, a economia e as organizações pós-fordistas não são invenção ou imaginação dos sociólogos, e distribuem-se (de forma desigual) pelos mais diversos ramos de actividade, incluindo no sector público. Na medida em que a gestão de recursos humanos neste contexto económico e organizacional tenha atribuído uma virtualidade à individualização e tenha estruturado as organizações e o trabalho com base nesse princípio, o sindicalismo terá que identificar quais são os restantes pontos “tradicionais” de interesse colectivo e quais são os novos pontos de apoio mútuo entre profissionais, funcionários e trabalhadores, para poder afirmar e reafirmar a sua função de articulação e agregação de interesses comuns num sistema que exige regulação no interesse do bem público. Daí deriva então uma eventual contribuição desta análise e discussão do sindicalismo médico para o debate mais amplo do movimento sindical.

## Referências bibliográficas

- Alaluf, M., e C. Prieto (orgs.) (2001), *Collective Bargaining and the Social Construction of Employment*, Bruxelas, ETUI.
- Bach, S., L. Bordogna, G. della Rocca, e D. Winchester (orgs.) (1999), *Public Service Employment Relations in Europe: Transformation, Modernization or Inertia?*, Londres, Routledge.
- Bach, S., e I. Kessler (2007), “Human resource management and the new public management”, em P. Boxall, J. Purcell e P. Wright (orgs.), *The Oxford Handbook of Human Resource Management*, Oxford, Oxford University Press, pp. 469-488.
- Baglioni, G. (1990), “Industrial relations in Europe in the 1980s”, em G. Baglioni e C. Crouch (orgs.), *European Industrial Relations – The Challenge of Flexibility*, Londres, Sage, pp. 1-41.
- Beck, U. (2000), *The Brave New World*, Cambridge, Polity Press.
- Boyer, R. (dir.) (1987) *La Flexibilité du Travail en Europe: Une Étude Comparative Des Transformations du Rapport Salarial dans Sept Pays de 1973 à 1985*, Paris, Éditions La Découverte.
- Boyer, R., e Y. Saillard (orgs.) (1995), *Théorie de la Régulation: l'État des Savoirs*, Paris, Éditions La Découverte & Syros.
- Campos, A. (1984), *Os Hospitais no Sistema de Saúde Português*, Lisboa, visita de estudo da Federação Internacional dos Hospitais.
- Carapinheiro, G. (1993), *Saberes e Poderes no Hospital: Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*, Porto, Edições Afrontamento.
- Carapinheiro, G. (2004), “O sector da saúde: formas de hierarquização interna”, em João Freire (org.), *Associações Profissionais em Portugal*, Oeiras, Celta Editora, pp. 57-82.
- Christensen, T., e P. Laegreid (2001), *New Public Management: The Transformation of Ideas and Practice*, Aldershot, Reino Unido, Ashgate.
- Clarke, J., e J. Newman (1997), *The Managerial State: Power, Politics and Ideology in the Remaking of Social Welfare*, Londres, Sage.
- Clarke, J., S. Gewirtz, e E. McLaughlin (2000), *New Managerialism, New Welfare?*, Londres, Sage.
- Correia, T. (2007), “O lugar dos grupos de auto-ajuda na configuração do Estado-Providência em Portugal”, em *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº 55, Lisboa, CIES-ISCTE, Celta Editora.

- Crouch, C. (2004), *Post-Democracy*, Londres, Polity Press.
- DGAP (Direcção-Geral da Administração Pública) (2003), *Linhas de Orientação para a Reforma da Administração Pública*, disponível em:  
[http://www.dgap.gov.pt/0abert/dgapmf\\_site.htm](http://www.dgap.gov.pt/0abert/dgapmf_site.htm)
- Esping-Andersen, G. (1996), *Welfare States in Transition*, Londres, Sage.
- Ferner, A. (1994), “The State as employer”, em Richard Hyman e Anthony Ferner (orgs.), *New Frontiers in European Industrial Relations*, Oxford, Blackwell.
- Ferrera, M., A. Hemerijck, e M. Rhodes (2000), *O Futuro da Europa Social: Repensar o Trabalho e a Protecção Social na Nova Economia*, Oeiras, Celta Editora.
- Freidson, E. (1986), *Professional Powers*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Freidson, E. (1994), *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy*, Cambridge, Polity Press.
- Golden, M. (1992), “Conclusion: current trends in trade union politics”, em Miriam Golden et al. (orgs.), *Bargaining for Change: Union Politics in North America and Europe*, Nova Iorque, Cornell University Press, pp. 307-333.
- Gomes, J. Salis (2001), “Perspectivas da moderna gestão pública em Portugal”, em Juan Mozzicafreddo e João Salis Gomes (orgs.), *Administração e Política: Perspectivas de Reforma da Administração Pública na Europa e nos Estados Unidos*, Oeiras, Celta Editora.
- Gruening, G. (2001), “Origin and theoretical basis of New Public Management”, em *International Public Management Journal*, 4, pp. 1-25.
- Jacobi, O., e W. Kowalsky (2002), “Regulated and controlled liberalisation: a means to reconcile market efficiency and social cohesion?”, em *Transfer*, vol. 8, nº 2 (Verão).
- Kanavos, P., e M. McKee (1998), “Macroeconomic constraints and health challenges facing European health systems”, em Richard Saltman, Josep Figueras e Constantino Sakellarides (orgs.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Buckingham, Open University Press, pp. 23-52.
- Katz, H. C. (1993), “The decentralization of collective bargaining: A literature review and comparative analysis”, em *Industrial and Labor Relations Review*, 47, pp. 3-22.
- Katz, Daniel, e Robert Kahn (1966), *The Social Psychology of Organizations*, Nova Iorque, John Wiley & Sons.
- Lash, S., e J. Urry (1987), *The End of Organized Capitalism*, Madison, WI, The University of Wisconsin Press.
- Lloyd, C. (2002), “Decentralization in the NHS: prospects for workplace unionism”,

- em *British Journal of Industrial Relations*, 35 (3), pp. 427-446.
- Mozzicafreddo, J. (2002), *Estado-Providência e Cidadania em Portugal*, Oeiras, Celta Editora.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2008), *Relatório Primavera 2008 – Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas*, acessível em <http://www.observaport.org/OPSS/Relatorios/RP2008.htm>
- OECD (1995), *Governance in Transition – Public Management Reforms in OECD Countries*, Paris, OECD.
- Oliver, A. e E. Mossialos (2005), “European health systems reforms: Looking backward to see forward?”, em *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30 (1-2), pp. 7-28.
- Pontusson, J. (1992), “Introduction: Organizational and political-economic perspectives on union politics”, em Miriam Golden *et al.* (orgs.), *Bargaining for Change: Union Politics in North America and Europe*, Nova Iorque, Cornell University Press, pp. 1-44.
- Primo Cella, G. (2008), “Citizenship, the market and democracy”, em *Transfer*, vol. 14, nº 2 (Verão), pp. 333-349.
- Ross, G., e A. Martin (1999), “European unions face the millennium”, em Andrew Martin e George Ross (orgs.), *The Brave New World of European Labour*, Oxford, Berghahn Books, pp. 1-25.
- Santos, B. de Sousa (1992), *O Estado e a Sociedade em Portugal (1974-1988)*, Porto, Edições Afrontamento.
- Sarvas, S., *et al.* (1998), “Contracting models and provides competition”, em Richard Saltman, Josep Figueras e Constantino Sakellarides (orgs.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Buckingham, Open University Press, pp. 157-179.
- Stoleroff, A. (1988), “Sindicalismo e relações industriais em Portugal”, em *Sociologia Problemas e Práticas*, nº 4, Lisboa, CIES-ISCTE, Celta Editora.
- Stoleroff, A., e R. Naumann (1993), “A sindicalização em Portugal: a sua medida, a sua distribuição e os seus determinantes”, em *Sociologia Problemas e Práticas*, nº 19, Lisboa, CIES-ISCTE, Celta Editora.
- Stoleroff, A. (1996), “Sociologia e a gestão de recursos humanos”, em *Organizações e Trabalho*, nº 15.
- Stoleroff, A. (2007), “Relações laborais nas empresas e sistema de relações industriais em Portugal”, em José Manuel Leite Viegas, Helena Carreiras e Andrés Malamud

- (orgs.), *Portugal no Contexto Europeu. Vol. I: Instituições e Política*, Lisboa, CIES-ISCTE, Celta Editora.
- Storey, J. (1995a), “Human resource management: still marching on, or marching out?”, em John Storey (org.), *Human Resource Management: A Critical Text*, Londres, Routledge.
- Storey, J. (org.) (1995b), *Human Resource Management: A Critical Text*, Londres, Routledge.
- Streeck, W. (1987), “The uncertainties of management in the management of uncertainty: employers, labor relations and industrial adjustment in the 1980s”, em *Work Employment and Society*, vol. 1, nº 3.
- Traxler, F. (1995) “Farewell to labour market associations? Organized versus disorganized decentralization as a map for industrial relations”, em C. Crouch e F. Traxler (orgs.), *Organized Industrial Relations in Europe: What Future?*, Avebury, Aldershot, pp. 3-19.
- Upchurch, M. (2003), “Public sector employment”, em Graham Hollinshead, Peter Nichols e Stephanie Tailby (orgs.), *Employee Relations*, 2ª ed., Harlow, Prentice Hall.